

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

TÍTULO : **EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y
DEPRESIÓN ESTADO-RASGO EN
PACIENTES COVID-19 DE UN
HOSPITAL DE LA CIUDAD DE JAUJA
– 2021**

Para Optar el : Título Profesional de Psicóloga

Autora : Bachiller Gianella Araceli Campos Barzola

Asesor (a) : Mg. Jessenia Vásquez Artica

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación : Mayo del 2021- Febrero del 2022

Huancayo – Perú

2022

DEDICATORIA

A mis padres, Elías y Reyna, quienes de manera constante han dispuesto herramientas afectivas, cognitivas y conductuales indispensables para mi formación personal y profesional, los cuales, en el proceso de aprendizaje me han enseñado a vivir con amor, sensatez y compromiso frente a los logros y adversidades.

Gianella Araceli Campos Barzola.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por los valores que movilizaron mis acciones a lo largo de mi desarrollo personal, a mis maestros, por el soporte académico que me brindaron durante mi formación profesional, al Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, por el acceso al Servicio Diferenciado Covid-19, y a mis asesores, por su tiempo y experticia, que hoy se refleja en la presente contribución científica.

La autora.

INTRODUCCIÓN

Un grupo especialmente vulnerable ante la crisis de la pandemia, son las personas que contrajeron el Covid-19 (Shigemura y otros., 2020); puesto que, además de su patología física, experimentan temor o angustia por su estado de salud, culpa por las personas que pudieron infectar, estrés por su inactividad personal y laboral, incertidumbre y frustración sobre su futuro y miedo a la muerte, a causa del distanciamiento social por hospitalización (Li y otros., 2020); factores que pueden estar contribuyendo a la aparición de diversas patologías psiquiátricas. La presión psicológica de las contingencias hospitalarias contribuiría a que los pacientes sospechosos o confirmados de Covid-19 estén más vulnerables frente a la exposición de eventos privados intensos y frecuentes como pensamientos o recuerdos y emociones o sensaciones de tipo aversivo que repercutiría su vida a nivel personal, familiar, social y económico; lo cual, en un intento de control, evasión, disminución o alteración, los llevaría a desarrollar patrones de evitación experiencial (Santamaría, 2020) y; consecuentemente, la aparición de diversas patologías psiquiátricas como la depresión a causa de la exacerbación de los sentimientos de soledad, tristeza, desesperación, negación, síntomas ansiosos, insomnio o hipersomnia, irritabilidad, ideación suicida, etc. (Ornell y otros., 2020).

En ese sentido, se torna de vital importancia esclarecer el lugar de las variables estudiadas y la posible relación entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes que contrajeron la enfermedad del Covid-19. El Hospital Domingo Olavegoya ubicado en el Jr. San Martín 1153 de la ciudad de Jauja, es una Red de Salud perteneciente a la Región Junín que alberga a pacientes Covid-19 durante su proceso de recuperación, los cuales, no son ajenos a la problemática ya descrita. Por tal razón, el presente estudio enfocó su atención en las principales consecuencias de la emergencia sanitaria sobre la salud mental de uno de los grupos más vulnerables de la emergencia sanitaria, como son los pacientes infectados por Covid-19, en términos de evitación experiencial y depresión estado-rasgo, con el propósito de valorar la relación de la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021. Para ello se empleó el método general científico y el método específico descriptivo, de tipo básica con un nivel correlacional y un diseño no experimental de corte transversal descriptivo-correlacional. Asimismo, se realizó la recolección de datos mediante el Cuestionario de Aceptación Acción II – AAQ-II de Hayes y el Inventario de Depresión Estado Rasgo – IDER de Spielberger, en una muestra específica correspondiente a 100 pacientes Covid-19. El presente documento científico se encuentra dispuesto estructuralmente por lo siguiente:

El capítulo I expone el planteamiento del problema, la descripción de la realidad problemática, la delimitación del problema en su dimensión temporal, espacial y teórica, seguidamente presenta la formulación del problema, la justificación del estudio en términos sociales, teóricos y metodológicos y, finalmente da a conocer los objetivos que dirigen la actividad investigativa.

El capítulo II describe los principales antecedentes académicos nacionales e internacionales, las bases teóricas que fundamentan el estudio y el marco conceptual de las variables analizadas.

El capítulo III detalla la hipótesis general y específicas manejadas para el presente estudio, así como, la definición conceptual y operacional de cada una de las variables analizadas.

El capítulo IV presenta la metodología puntualizando el método general y específico, el tipo de investigación, el nivel de investigación, el diseño de investigación, la población y la muestra, el tipo de muestreo, las técnicas e instrumentos utilizados para recolectar los datos, las técnicas para procesar y analizar los datos y los aspectos éticos que condujeron el estudio.

El capítulo V precisa los resultados de investigación a nivel descriptivo e inferencial a través de la contrastación de hipótesis. Además, se presenta el análisis de resultados mediante discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Por último, se dispone las referencias bibliográficas acorde a lo establecido por las Normas APA y los anexos como la matriz de consistencia, la matriz de operacionalización de las variables, la matriz de la operacionalización de los instrumentos, los instrumentos utilizados en el estudio, la constancia de aplicación, la confiabilidad y validez de los instrumentos, la data de procesamiento, el consentimiento informado, la declaración de confidencialidad y las fotos de aplicación de instrumentos.

La autora.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii

INTRODUCCIÓN.....	iv
CONTENIDO.....	vi
CONTENIDO DE TABLAS.....	ix
CONTENIDO DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2. Delimitación del problema.....	18
1.3. Formulación del problema.....	19
1.3.1. Problema General.....	19
1.3.2. Problemas Específicos.....	19
1.4. Justificación.....	19
1.4.1. Social.....	19
1.4.2. Teórica.....	20
1.4.3. Metodológica.....	20
1.5. Objetivos.....	21
1.5.1. Objetivo General.....	21
1.5.2. Objetivos Específicos.....	21
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Antecedentes.....	22
2.2. Bases teóricas.....	29
2.2.1. Evitación experiencial.....	29
2.2.2. Depresión estado-rasgo.....	40
2.3. Marco conceptual.....	57
CAPÍTULO III HIPÓTESIS.....	59
3.1. Hipótesis general.....	59
3.2. Hipótesis específicas.....	59
3.3. Variables.....	60

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.....	62
4.1. Método de investigación.....	62
4.2. Tipo de Investigación.....	62
4.3. Nivel de Investigación.....	63
4.4. Diseño de la Investigación.....	63
4.5. Población y muestra.....	64
4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	66
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	69
4.8. Aspectos éticos de la Investigación.....	71
CAPÍTULO V RESULTADOS.....	73
5.1. Descripción de resultados.....	74
5.2. Contrastación de hipótesis.....	80
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO.....	85
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	111
Anexo 1 Matriz de consistencia.....	112
Anexo 2 Matriz de operacionalización de las variables.....	114
Anexo 3 Matriz de la operacionalización del instrumento.....	116
Anexo 4 Instrumento de investigación y constancia de su aplicación.....	118
Anexo 5 Solicitud presentada al hospital.....	120
Anexo 6 Carta de aceptación emitida por el hospital.....	121
Anexo 7 Confiabilidad y validez del instrumento.....	122
Anexo 8 Informes de evaluación del juicio de expertos.....	126
Anexo 9 La data del procesamiento de datos.....	132
Anexo 10 Consentimiento informado.....	136
Anexo 11 Declaración de confidencialidad.....	137
Anexo 12 Fotos de aplicación del instrumento.....	138

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 <i>Población y muestra del estudio</i>	65
Tabla 2 <i>Ficha técnica del Cuestionario de Aceptación Acción – AAQ-II</i>	67
Tabla 3 <i>Ficha técnica del Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER</i>	68

Tabla 4 <i>Evitación experiencial y depresión estado en pacientes Covid-19.</i>	74
Tabla 5 <i>Evitación experiencial y depresión rasgo en pacientes Covid-19.</i>	75
Tabla 6 <i>Evitación experiencial y eutimia estado en pacientes Covid-19.</i>	76
Tabla 7 <i>Evitación experiencial y distimia estado en pacientes Covid-19.</i>	77
Tabla 8 <i>Evitación experiencial y eutimia rasgo en pacientes Covid-19.</i>	78
Tabla 9 <i>Evitación experiencial y distimia rasgo en pacientes Covid-19.</i>	79
Tabla 10 <i>Correlación entre evitación experiencial y depresión Estado-Rasgo.</i>	80
Tabla 11 <i>Correlación entre evitación experiencial y eutimia estado.</i>	81
Tabla 12 <i>Correlación entre evitación experiencial y distimia estado.</i>	82
Tabla 13 <i>Correlación entre evitación experiencial y eutimia rasgo.</i>	83
Tabla 14 <i>Correlación entre evitación experiencial y distimia rasgo.</i>	84
Tabla 15 <i>Confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAQ-II.</i>	122
Tabla 16 <i>Validez interna del Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAQ-II.</i>	123
Tabla 17 <i>Índice de concordancia de juicio de expertos del AAQ-II.</i>	123
Tabla 18 <i>Confiabilidad Del Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER.</i>	124
Tabla 19 <i>Validez interna del Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER.</i>	125
Tabla 20 <i>Índice de concordancia de juicio de expertos del IDER.</i>	125

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 <i>Modelo contextual de la depresión.</i>	45
Figura 2 <i>Esquema de diseño.</i>	63
Figura 3 <i>Evitación experiencial y depresión estado en pacientes Covid-19.</i>	74

Figura 4 <i>Evitación experiencial y depresión rasgo en pacientes Covid-19.</i>	75
Figura 5 <i>Evitación experiencial y eutimia estado en pacientes Covid-19.</i>	76
Figura 6 <i>Evitación experiencial y distimia estado en pacientes Covid-19.</i>	77
Figura 7 <i>Evitación experiencial y eutimia rasgo en pacientes Covid-19.</i>	78
Figura 8 <i>Evitación experiencial y distimia rasgo en pacientes Covid-19.</i>	79

RESUMEN

La presente investigación planteó abordar el problema, ¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja? Cuyo objetivo fue establecer la relación de la presencia de

dichos fenómenos en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021. El estudio se dirigió por el método general científico y el método específico descriptivo, el nivel correlacional, el tipo básico y el diseño no experimental de corte transversal descriptivo-correlacional. Asimismo, la recolección de datos fue guiada por el Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ-II y el Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER, en una muestra no probabilística intencional de 100 pacientes Covid-19 del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Entre los resultados se resalta un nivel moderado (59%) de evitación experiencial y la manifestación leve del estado (77%) y rasgo (71%) de la depresión. La comprobación de hipótesis a través del coeficiente de Correlación de Rho de Spearman – Bivariados, reflejó un p-valor (0,000), menor al nivel alfa (0,05), con el cual, se concluye que existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021. En ese sentido, se recomienda el diseño de estrategias de prevención, promoción e intervención de la salud mental de los pacientes Covid-19, basada en la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT), en torno al fenómeno de evitación experiencial y la depresión estado-rasgo.

Palabras claves: Evitación experiencial, depresión estado-rasgo, pacientes Covid-19.

ABSTRACT

The present investigation proposed to address the problem, what is the relationship between experiential avoidance and state-trait depression in Covid-19 patients from a hospital in the city of Jauja? Whose objective was to establish the relationship of the presence of these

phenomena in Covid-19 patients of a hospital in the city of Jauja - 2021. The study was conducted by the general scientific method and the specific descriptive method, the correlational level, the basic type and the non-experimental descriptive-correlational cross-sectional design. Likewise, data collection was guided by the Acceptance and Action Questionnaire - AAQ-II and the State-Trait Depression Inventory - IDER, in an intentional non-probabilistic sample of 100 Covid-19 patients from the Domingo Olavegoya Hospital in Jauja. Among the results, a moderate level (59%) of experiential avoidance and the mild manifestation of the state (77%) and trait (71%) of depression stand out. The verification of the hypothesis through the Spearman's Rho Correlation coefficient - Bivariate, reflected a p-value (0.000), lower than the alpha level (0.05), with which it is concluded that there is a direct and significant relationship between the experiential avoidance and state-trait depression in Covid-19 patients from a hospital in the city of Jauja - 2021. In this sense, the design of prevention, promotion and intervention strategies for the mental health of Covid-19 patients is recommended, based on the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), around the phenomenon of experiential avoidance and state-trait depression.

Keywords: Experiential avoidance, state-trait depression, Covid-19 patients

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Desde que se informó la presencia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19) en Wuhan – China, la infección se ha diseminado de manera exponencial en todo el mundo (Tesini, 2021) y; debido a la amenaza de la enfermedad, el 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud la declaró como pandemia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Desde ese momento, la vida de las personas ha sufrido importantes cambios y repercusiones (Brusadelli y otros., 2020), definidas por las diversas medidas de distanciamiento social dirigidas a prevenir y contener la transmisión del virus (Zanino y otros., 2020).

Hoy en día, la pandemia de la Covid-19 envuelve un conjunto de dificultades que afectan la salud física y mental de las personas, no solo por el temor y desafío que representa la enfermedad del coronavirus, sino también por la enorme presión, incertidumbre e imprevisibilidad social, económica, laboral y sanitaria (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020; Kroska y otros., 2020) que deja los más de

173,005,553 casos confirmados y 3,727,605 muertes en todo el mundo (OMS, 2021); cifras que en el Perú, se representa por 1,983,570 contagios y 186,511 fallecidos (Ministerio de Salud [MINSA], 2021).

Un grupo especialmente vulnerable ante la crisis de la pandemia, son las personas que contrajeron el Covid-19 (Shigemura y otros., 2020); puesto que, además de su patología física, experimentan temor o angustia por su estado de salud, culpa por las personas que pudieron infectar, estrés por su inactividad personal y laboral, incertidumbre y frustración sobre su futuro y miedo a la muerte, a causa del distanciamiento social por hospitalización (Li y otros., 2020); factores que pueden estar contribuyendo a la aparición de diversas patologías psiquiátricas. Así lo confirman, Ornell y otros. (2020), quienes refieren que los pacientes hospitalizados sospechosos o confirmados de Covid-19, estarían atravesando por una fuerte presión psicológica que conlleva a sentimientos de soledad, tristeza, desesperación, negación, síntomas ansiosos, insomnio o hipersomnias, irritabilidad, ideación suicida, y demás síntomas que agudizan la salud mental.

Toda esta situación generaría que los pacientes estén más expuestos a mantener contacto con eventos privados como pensamientos o recuerdos (*“puedo contagiar”, “no me voy a recuperar”, “estoy triste”, “estoy ansioso”, “¿cómo viviré a partir de ahora?”* y otros) y emociones o sensaciones (*preocupación, tristeza, inquietud, ansiedad, irritabilidad, entre otros*) de tipo aversivo que repercutirían su vida a nivel personal, familiar, social y económico; al igual que, en sus pasatiempos, proyectos, valores y metas. Frente a dichos eventos privados, los pacientes pueden tener la sensación de caer en un círculo vicioso al no poder “desapegarse” de sus pensamientos y emociones que; resultan siendo más difíciles, intensas y frecuentes; lo cual, en un

intento de control, evasión, disminución o alteración, llevaría a la persona a desarrollar patrones de evitación experiencial que; a pesar de sus efectos positivos a corto plazo, el malestar psicológico puede verse incrementado a mediano y largo plazo (Santamaría, 2020).

Es común que las personas empleen respuestas de evitación para hacerle frente a aquello que les genera malestar crónico y generalizado; sin embargo, el uso habitual de este patrón puede llevarlos a vivir una vida limitada caracterizada de profundo sufrimiento que afectaría varias esferas de la vida (Wilson y Luciano, 2002). Al respecto Secer y otros. (2020), señalan que las reacciones de evitación experiencial son un factor de riesgo en el contexto de la pandemia; dado que, podrían exacerbar la salud mental de los pacientes que se encuentran expuestos de manera más frecuente a pensamientos y emociones aversivas causadas por su enfermedad.

La revisión de estudios sobre el impacto de la pandemia sobre la salud mental de pacientes hospitalizados por Covid-19 reporta; principalmente, episodios depresivos desde un nivel leve hasta niveles más graves acompañados de síntomas psicóticos que se encuentran asociados a la enfermedad infecciosa (Paredes y otros., 2020). Tal es el caso de Rogers y otros. (2020) en países de Europa, que evidenciaron que el 32,6% de pacientes ingresados por Covid-19 presentaron estado de ánimo depresivo, el 10,5% de pacientes recuperados presentaron trastorno depresivo y el 14,9% de pacientes podría presentar alteración crónica de su estado de ánimo, incluso posterior a la enfermedad del coronavirus. Por otro lado, los estudios desarrollados en Norteamérica con pacientes Covid-19, reportaron que el 91,9% de infectados presentaron humor depresivo y el 86,5% disminución de la vitalidad, aspectos que se asocian a una mayor prevalencia de depresión bajo el contexto hospitalario (Lorenzo

y otros., 2021); así como, una mayor manifestación de síntomas depresivos en el 52,4% de personas que informaron haber enfermado de Covid-19, lo que implicaría una mayor predisposición de los pacientes a experimentar síntomas de depresión posterior a su recuperación (Perlis y otros., 2021).

En ese sentido, Carissa Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del portal de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020), señala que la depresión forma parte de una “epidemia silenciosa” presente en Latinoamérica, incluso antes del brote de la Covid-19, lo cual, agrava la situación de los pacientes infectados por la Covid-19, dado que cerca del tercio de los recuperados podrían padecer cambios prolongados en su estado de ánimo, llevándolos a generar patologías afectivas que se constituyan como una disposición estable de su personalidad.

En el Perú, Luque (2020) evidenció que el 63,9% de pacientes manifestaron síntomas de depresión tras el padecimiento de la Covid-19; lo cual, significa una frecuencia de hasta cinco veces más en la presentación de síntomas depresivos por parte de los pacientes que contrajeron el virus. Al respecto, Raquel Ruiz, psicóloga del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) en una entrevista para la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (2020), señaló que los pacientes hospitalizados por Covid-19 tendrán un impacto psicológico negativo caracterizado por la tristeza, soledad, miedo, aburrimiento, confusión e ira que; consecuentemente, los lleve a generar trastornos del estado de ánimo. Asimismo, Ayar Nizama; especialista en psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en un seminario virtual de la Universidad San Ignacio de Loyola (2021), indicó que el

23% de pacientes recuperados de Covid-19 evidenciaron síntomas de depresión, los cuales, se hacen más probables cuando la enfermedad respiratoria fue grave.

Si bien es cierto, diversas investigaciones le han prestado atención al impacto de la pandemia sobre la salud mental de la población en general, son pocos los estudios que se han enfocado en los pacientes Covid-19; considerando que estos forman parte del grupo más expuesto y vulnerable en torno a la pandemia. Asimismo, los estudios respecto a la evitación experiencial en el actual contexto; a diferencia de la depresión, han sido abordados de manera limitada en pacientes Covid-19 y; tomando en cuenta que el fenómeno ha sido ampliamente estudiado como una dimensión funcional de diversos trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad y otras alteraciones psicóticas (Patrón, 2012; Ruiz y otros., 2013). La presente investigación se torna de vital importancia para esclarecer el lugar de las variables estudiadas en el contexto actual de la pandemia y la posible relación entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes de Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja, 2021.

1.2. Delimitación del problema

Delimitación temporal: Este estudio tuvo una extensión de nueve meses, comenzando en mayo del 2021 y finalizando en febrero del 2022.

Delimitación espacial: Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Domingo Olavegoya ubicado en el Jr. San Martín 1153 de la ciudad de Jauja, capital de la Provincia de Jauja, de la Región Junín, Perú.

Delimitación teórica: Este estudio se fundamentó en el postulado teórico de la Evitación Experiencial de Hayes y otros. (1996) y la Depresión Estado-Rasgo planteado por Spielberger y otros. (2008).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Este estudio es de beneficio para uno de los grupos más vulnerables frente a la pandemia, como son los pacientes infectados por Covid-19, permitiendo tener una aproximación de las principales consecuencias de la emergencia sanitaria sobre la salud mental en términos de evitación experiencial y depresión Estado-Rasgo. Asimismo, genera conciencia real sobre la situación mental que atraviesan los pacientes en torno al afrontamiento de la enfermedad

respiratoria para que el personal sanitario del Hospital Domingo Olavegoya pueda abordar esta problemática con una perspectiva más clara de prevención, promoción e intervención basada en la eficacia de las Terapias de Tercera Generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

1.4.2. Teórica

Considerando que la pandemia de la Covid-19 es un evento extraordinario y que la literatura en torno a fenómenos psicológicos frente a esta problemática es escasa, el presente estudio ayuda a llenar vacíos para la comprensión del postulado de (Hayes y otros., 1996) sobre la evitación experiencial y el planteamiento de (Spielberger y otros., 2008) sobre la depresión estado-rasgo en uno de los grupos más vulnerables como son los pacientes que contrajeron la enfermedad del Covid-19, así como, el esclarecimiento del papel de la evitación experiencial como dimensión funcional de la depresión. En ese sentido, ayuda a generalizar los resultados a contextos similares y sirve como precedente científico para próximas investigaciones de mayor alcance.

1.4.3. Metodológica

Los resultados hallados en el presente estudio permiten plantear otras formas y alcances de investigación que pretendan explicar, resolver o intervenir de manera práctica, metodológica o técnica sobre las variables analizadas bajo contextos similares. De igual modo, la adaptación, validación y confiabilidad de los instrumentos; AAQ-II encargado de medir la Evitación Experiencial e IDER para valorar la Depresión Estado-Rasgo en pacientes Covid-19, ayuda a obtener datos veraces y objetivos en el marco de los principios operacionales e

instrumentales inherentes a la práctica y que; además, sirven de antecedente para posteriores investigaciones.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Establecer la relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.
- Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.
- Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.
- Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Es preciso señalar que la revisión de antecedentes académicos relacionados a la variable Evitación Experiencial; a diferencia de la depresión, abordada en el presente estudio muestra una escasa actividad investigativa en el contexto de la pandemia por covid-19 y; sobre todo, en la población objetivo (pacientes infectados con el virus). En ese sentido, se describen los estudios más análogos a la presente:

Antecedentes internacionales

Lorenzo y otros. (2021) en Cuba, a través de su estudio “*Síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con COVID-19 en Pinar del Río*”, se propusieron evaluar la sintomatología depresiva de los pacientes diagnosticados e ingresados con Covid-19 al “Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio”; investigación de nivel descriptivo de corte transversal, tipo aplicada y diseño no experimental descriptivo, para la recolección de información manejaron las historias clínicas y entrevistas semiestructuradas en una muestra no probabilística de 37

pacientes con Covid-19 mayores de 20 años. El análisis de datos mediante la estadística descriptiva reportó una frecuencia del 91,89% de pacientes con humor depresivo, 86,48% con disminución de vitalidad y 83,78% con disminución atención y concentración. Asimismo, hallaron una prevalencia de humor depresivo en el 100% de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (Asma Bronquial e Hipotiroidismo) que contrajeron el virus, seguido de la pérdida de confianza uno mismo y la disminución de vitalidad. Concluyendo que la percepción negativa de la enfermedad de Covid-19 se expresa en mayor prevalencia de sintomatología depresiva.

Guardado (2021) en México, a través de su estudio *“Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por Covid-19”*, se propuso determinar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por Covid-19 en función a su evolución clínica; investigación de nivel descriptivo de corte longitudinal, tipo aplicada y diseño no experimental prospectivo, para la recolección de información manejó fichas sociodemográficas y la “Escala Hospitalaria de ansiedad y Depresión” – HADS en una muestra no probabilística de 61 pacientes con Covid-19 mayores de 18 años. Entre los resultados más resaltantes se encontró que en el ingreso un 7% de pacientes manifestaba morbilidad ansiosa, frente a un 22,8% con trastorno de ansiedad y un 3,5% de pacientes con morbilidad depresiva, frente a un 5,3% con trastorno de depresión, cifras que se vieron disminuidas en función a la evolución clínica de los pacientes. El coeficiente de correlación r de Pearson no reportó relación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad (0,138) o depresión (0,323) y la ventilación mecánica invasiva; así como, la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva por los días de internamiento y el volumen o saturación de oxígeno.

Secer y otros. (2020) en Turquía, a través de su estudio *“El efecto del miedo a COVID-19 en las habilidades de ajuste psicológico de los profesionales de la salud: papel mediador de la evitación experiencial y la resiliencia psicológica”*, se propusieron a examinar el papel mediador de la evitación experiencial y la resiliencia psicológica como habilidades de ajuste psicológico en el impacto del miedo que desarrollaron los profesionales sanitarios contra el brote de Covid-19; investigación de nivel explicativo, de tipo aplicada y diseño no experimental correlacional causal, para la recolección de información manejaron escalas para valorar el miedo al Covid-19, la evitación experiencial, la resiliencia, el estrés, la ansiedad y la depresión en una muestra no probabilística de 390 profesionales de la salud de entre 20 y 65 años. Entre otros aspectos se encontró que el miedo desarrollado en relación al Covid-19 ha implicado un factor fundamental para el desarrollo de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en el personal sanitario; lo cual, según el análisis de datos a través del modelo de ecuaciones estructurales, tuvo un efecto predictivo fuerte y negativo en sus habilidades de ajuste y/o adaptación psicológica; no obstante, se evidenció que la resiliencia psicológica cumple un papel mediador protector que limita el efecto y, la evitación experiencial representa un factor de riesgo negativo que agrava el efecto psicológico.

Kroska y otros. (2020) en Estados Unidos, a través de su estudio *“Flexibilidad psicológica en el contexto de la adversidad del COVID-19: asociaciones con la angustia”*, se propusieron examinar la flexibilidad psicológica frente a la adversidad relacionada con la pandemia en relación con la angustia general y peritraumática; investigación de nivel explicativo, tipo aplicada y diseño no experimental correlacional-causal, para la recolección de información manejaron la “Medida de Adversidad Pandémica” – PAM, la “Evaluación de procesos de Terapia de Aceptación

y Compromiso” – CompACT, el “Inventario de Distrés Peritraumático” – PDI y la “Escala de angustia psicológica de Kessler-10” – K10 en una muestra no probabilística de 485 participantes. El análisis de regresión jerárquica evidenció; por un lado, la relación significativa de la adversidad pandémica con la angustia general ($\beta = 0.34$), así como, la disminución de angustia general a través de la apertura a la experiencia y la conciencia conductual; por otro lado, la asociación de la adversidad pandémica con el mayor sufrimiento peritraumático ($\beta = 0.40$); lo cual, puede verse disminuida con la conciencia conductual y la apertura a la experiencia. Concluyendo que una mayor adversidad pandémica y una menor flexibilidad psicológica se asocian a la prevalencia de angustia general y angustia peritraumática.

Vásquez (2018) en España, a través de su estudio *“La evitación experiencial y la autoestima como factores de vulnerabilidad psicosocial en los trastornos emocionales: ¿variables independientes o relacionadas?”*, se propuso analizar el efecto mediador de la evitación experiencial y el autoestima sobre los síntomas ansiosos y depresivos; investigación de nivel explicativo, tipo aplicada y diseño no experimental correlacional causal, para la recolección de información manejó el “Cuestionario Breve de Evitación Experiencial” – CBEE, la “Escala de autoestima de Rosenberg” – EAR, el “Cuestionario de salud del paciente-9” – PHQ-9 y la “Escala 7 de trastorno de ansiedad generalizada” – GAD-7 en una muestra no probabilística de 174 pacientes de entre 18 y 73 años. Los datos descriptivos reportaron una media de 56,13% de pacientes con evitación experiencial, 24,97% con un nivel bajo de autoestima, 15,09% con sintomatología depresiva moderada severa y un 12,59% con ansiedad moderada. El análisis de correlaciones r de Pearson evidenció una relación estadísticamente significativa y positiva entre los niveles de evitación experiencial y

la sintomatología ansiosa y depresiva; en contraste, con la relación significativa negativa entre la autoestima y los síntomas de ansiedad y depresión.

Antecedentes nacionales

Sánchez y otros. (2021) en Lima, a través del estudio *“Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19”*, se propusieron determinar la presencia de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios en el contexto de Covid-19; investigación de nivel descriptivo, tipo aplicada y diseño no experimental descriptivo-comparativo, para la recolección de información manejaron el “Inventario de comportamiento psicosocial desajustado ante la COVID-19” y el “Cuestionario de Aceptación y Acción II” – AAQ-II” en una muestra no probabilística de 1246 estudiantes de once universidades del Perú. El análisis de datos descriptivos reportó frecuencias de ansiedad en el 51,2%, depresión en el 45%, somatización en el 30% y evitación experiencial en el 40,3% de estudiantes universitarios. Respecto al género, se encontró mayores indicadores de ansiedad en mujeres (45,2%) que en varones (36,7%); así como, indicadores más altos de ansiedad, depresión y evitación experiencial en estudiantes universitarios mayores de 26 años.

Román (2021) en Lima, a través de su estudio *“Ansiedad y evitación experiencial en estudiantes de Psicología de una universidad estatal de Lima Metropolitana”*, se propuso analizar si la ansiedad estado-rasgo se relaciona con la evitación experiencial en estudiantes universitarios; investigación de nivel descriptivo, tipo aplicada y diseño no experimental descriptivo-correlacional, para la recolección de información manejó el “Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo” – IDARE y el “Cuestionario de Aceptación y Acción-II” – AAQ-II en una muestra no probabilística

de 259 estudiantes del I y V ciclo de formación universitaria. Los resultados descriptivos evidenciaron una media de 40,66 para ansiedad estado, 40,82 para ansiedad rasgo y 30,37 para evitación experiencial. El análisis de correlación de Spearman reportó un valor de 0,82; es decir, la ansiedad estado-rasgo guarda una relación positiva significativa con la evitación experiencial. Concluyendo que, la presencia de evitación experiencial en los universitarios generaría mayor ansiedad estado-rasgo, y viceversa.

Luque (2020) en Piura, a través de su estudio *“Ansiedad y depresión en pacientes post COVID-19 Hospital Carlos Monge Medrano 2020”*, se propuso determinar niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados y recuperados de covid-19; investigación de nivel descriptivo, tipo aplicada y diseño no experimental prospectiva, para la recolección de información manejó la “Escala Psicopatológica Depresiva” – EPD-6, la “Escala de ansiedad de Lima de 8 ítems” – ELA-8 y fichas de datos epidemiológicos en una muestra no probabilística de 61 pacientes de entre 20 y 87 años que recibieron tratamiento por Covid-19. Entre otros resultados se reportó que el 1,6% de pacientes presentaba antecedentes de ansiedad y el 13.1% antecedentes de depresión; cifras que se vieron incrementadas tras el padecimiento de la enfermedad del Covid-19, donde el 50,8% de paciente manifestó ansiedad y el 63,9% depresión. Concluyendo que los pacientes post Covid-19 incrementaron sus síntomas de ansiedad y la depresión hasta 30 y 5 veces, respectivamente.

Velásquez y otros. (2018) en Lima, a través de su estudio, *“Evitación experiencial, rumiación e impulsividad en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”*, se propusieron evaluar si la evitación experiencial se relaciona con la rumiación y la impulsividad de estudiantes universitarios; investigación de nivel descriptivo, tipo aplicada y diseño no experimental descriptivo-comparativo, para la

recolección de información manejaron el “Cuestionario de Aceptación y Acción” – AAQ-II, la “Escala de Impulsividad de Barratt” – BIS-11 y la “Escala de Respuestas Rumiativas” – RRS en una muestra no probabilística de 2859 universitarios de entre 16 y 46 años. El coeficiente de correlación de Spearman evidenció relaciones estadísticamente significativas entre evitación experiencial, rumiación e impulsividad y; relación moderada significativa entre rumiación e impulsividad; es decir, las altas puntuaciones de evitación experiencial se corresponden a mayores niveles de rumiación e impulsividad; así como, la presencia de rumiación se asocia a la impulsividad en los estudiantes universitarios.

Guillén (2018) en Lima, a través de su estudio *“Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana”*, se propuso determinar si la evitación experiencial se relaciona con la ansiedad en los estudiantes universitarios; investigación de nivel descriptivo, tipo aplicada y diseño no experimental descriptivo-correlacional, para la recolección de información manejó el “Cuestionario de Aceptación y Acción” – AAQ-II y el “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad” – ISRA en una muestra no probabilística de 183 estudiantes universitarios. Se halló una media de 30,25 para la evitación experiencial y 147,91 para la ansiedad. El análisis de correlación de Spearman evidenció un coeficiente de 0,569; es decir, la evitación experiencial se relaciona de manera positiva significativa con la ansiedad; al igual que, en el componente cognitivo (0.584), fisiológico (0.512) y motor (0.456). Finalmente, se encontraron diferencias en cuanto al género en la respuesta fisiológica de ansiedad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Evitación experiencial

Fundamentación empírica de la evitación experiencial

Es posible que el criterio general que comprenden los trastornos psicológicos sea el funcionamiento particular acompañado de sufrimiento constante que genere resultados poco productivos. De manera que, tanto la satisfacción como el sufrimiento, van precedidos por acciones llevadas a cabo por la propia persona. No obstante, lo que se identifica como sufrimiento difiere de un trastorno a otro (Luciano y otros., 2005); tal es así que, en función de la alteración psicológica lo que se busca es eliminar sentimientos de tristeza o soledad, miedo o ansiedad, recuerdos de imágenes traumáticas, etc. (Hayes y otros., 1996; Luciano y Hayes, 2001).

Si bien es cierto que dichas diferencias definen y delimitan de manera categorial los trastornos psiquiátricos mediante síntomas y síndromes en los sistemas de clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), un análisis funcional de los diversos repertorios conductuales muestra que éstos comparten un mismo tronco como elemento funcional, el cual ha sido denominado Evitación Experiencial Destructiva o Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes y otros., 1996; Luciano y Hayes, 2001). Motivo por el cual, la evitación experiencial ha sido tomada como una alternativa funcional hacia los sistemas de clasificación tradicional que se basan en la topografía (Ferro, 2000).

De tal manera, la evitación experiencial como dimensión funcional serviría de base para dar explicación a diversos problemas psicológicos como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión, control de impulsos, alimentación y síntomas psicóticos como una forma de afrontar las enfermedades y el dolor (Hayes y otros., 2004; Luciano y Valdivia, 2006). Lo particular en cada uno de estos problemas psicológicos establecidos formalmente sería la evitación de la experiencia privada por parte del paciente como parte de la solución a su malestar (Luciano y otros., 2005; Pérez, 2007).

La evitación experiencial como proceso patológico ha sido reconocido por diversas perspectivas teóricas que, usualmente, han utilizado términos más genéricos como “*evitación emocional*” o “*evitación cognitiva*” para referirse a aspectos experienciales relevantes, de los cuales, la persona intenta escapar, modificar o evitar (Hayes y otros., 1996).

No obstante, el concepto como tal; Evitación Experiencial, parte de la teoría psicológica conductual “*post-skinneriana*”, bajo el sustento de la investigación básica del comportamiento verbal y la Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) (Barnes y otros., 2001) que; actualmente, cuenta con una terapia con evidencia empírica (Hayes y otros., 2006) denominada Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes y otros., 1999; Wilson y Luciano, 2002).

Definición de la Evitación Experiencial

Es común que las personas empleen la evitación para hacerle frente a aquello que les genera malestar crónico y generalizado; sin embargo, el uso habitual de este patrón puede llevarlos a vivir una vida limitada caracterizada de

profundo sufrimiento que afecta varias esferas de la vida; dado que, el costo personal de la evitación experiencial es más alto de lo se querría para uno mismo (Wilson y Luciano, 2002).

La evitación experiencial se trata de un fenómeno que acontece cuando la persona no se encuentra dispuesta a mantener contacto con determinadas experiencias privadas; como son, los pensamientos o recuerdos, las emociones o sensaciones, las predisposiciones corporales o comportamentales, etc.; de las cuales, intenta escapar mediante la alteración de la forma o frecuencia de los eventos o el contexto donde se presentan (Hayes y otros., 1996).

Pese a que este patrón conductual resulte aparentemente efectivo a corto plazo, puede convertirse fácilmente en crónico, llegando a producir disfuncionalidad en la vida de la persona (Luciano y Hayes, 2001); puesto que, se trata de un patrón generalizado y rígido de reglas para intentar evitar o controlar de manera inmediata el aumento del malestar mediante la racionalización del comportamiento (Hayes y otros., 1996; Luciano y Hayes, 2001).

Luciano y Valdivia (2006) señalan que el problema de actuar en busca del alivio inmediato puede generar un *efecto boomerang*; es decir, cuando el malestar vuelve a presentarse puede ser más intenso y extenso. Al mismo tiempo, obliga a la persona a intentar desaparecer el malestar una y otra vez con un alivio breve que; consecuentemente, reduce la vida a acciones repetitivas sin éxito que; a su vez, provoca el abandono de otras acciones valiosas para la persona.

Condiciones perjudiciales de la evitación experiencial

Hayes y otros., (1996), señalan que existen determinadas condiciones donde la evitación experiencial de eventos privados (sensaciones, pensamientos, emociones, etc.) pueden resultar perjudiciales:

- a) Cuando el proceso deliberado de reducción, eliminación o escape es contradictorio al resultado esperado, pese a que, quien utiliza el patrón no entienda que la forma de responder ante el evento no funciona; por tal razón, sigue buscando formas de evitación que le den resultados *“positivos”*. De manera habitual, la evitación deliberada envuelve un plan verbal preestablecido que la persona busca cumplir; lo cual, en ciertas áreas de funcionamiento puede resultar problemático debido a que el proceso de regulación verbal involucra el estímulo o contenido que se desea evitar; esto quiere decir que, si la persona no está dispuesta a experimentar una emoción o pensamiento se presentarán con más relevancia porque la regulación verbal de los eventos privados *“no estar dispuesto a X”* implica necesariamente *“estar en relación con X”*. Cuando uno busca sentirse diferente a como se siente y se esfuerza por cambiar de manera deliberada su estado de ánimo lo más probable es que logre su propósito empero a largo plazo el éxito efímero terminaría por inundar otras áreas funcionales.
- b) Cuando la regulación de sensaciones, pensamientos, emociones y demás eventos privados son insensibles o no susceptibles al control deliberado de la regla verbal; así pues, cuando la persona intenta regular el *“problema”* solo consigue exacerbarlo. Este fenómeno tiene una ocurrencia generalizada y cíclica, tal es el caso de una persona que llega a presentar más ansiedad en su intento de no querer experimentar la emoción.

- c) Cuando el cambio de eventos privados aversivos que la persona espera es posible pero el esfuerzo para alcanzarlo lo lleva a desarrollar formas de evitación poco saludables; por ejemplo, el intento de suprimir o eliminar un recuerdo específico mediante el uso de drogas cuyo efecto ayudará a inhibir el recuerdo con un costo muy alto. El problema de esta forma de manejar los eventos privados es que la persona no se encuentra dispuesta a experimentar sus sentimientos y/o recuerdos y; por ende, se limita a vivir libremente. Bajo esta situación el papel de la evitación es restringir la propia historia en función al autoconocimiento acerca de cómo uno siente o piensa, por lo que, al estar pendiente de impedir que las contingencias pasadas se presenten, los días terminan transcurriendo alrededor del temor de eventos privados que; finalmente, se tornan entorpecedoras y limitantes frente a lo que se quisiera hacer por la vida.
- d) Cuando el evento privado que se desea alterar o eliminar no puede ser modificado. Eludir o lidiar con los efectos de la regulación verbal asociada a la pérdida puede convertir el dolor o sentimiento de vacío en trauma y, la persona que utiliza la evitación para escapar de dichos efectos psicológicos se convierte en víctima de sus propias estrategias de evitación.

En términos generales, la evitación experiencial se torna perjudicial cuando el modo supuestamente razonable en que una persona resuelve un problema; evitando que el miedo, dolor, angustia o inseguridad se presenten, no lo lleva a solucionar nada debido a que su actuación se interpone sobre lo realmente importante para su vida. Entonces, el problema radica en “*empecinarse*” en controlar deliberadamente los eventos privados (García, 2009).

Características de la Evitación Experiencial

Tomando en cuenta que las circunstancias y comunidades donde se desarrollan los seres humanos se conforman por contextos verbales, es natural considerar que el sufrimiento psicológico es inherente a la vida de las personas que reaccionarán de manera verbal a los diversos eventos que incluyen su conducta. Los contextos verbales mantenidos socialmente por las comunidades son condiciones básicas para ver las cosas y las propias experiencias; ya sean, como *respuestas normales*, pese a que resulten dolorosas o; como *respuestas anormales*, percibidas como negativas o como barreras para vivir (Wilson y Luciano, 2002).

De modo que, el sufrimiento psicológico radica en aquellas *respuestas anormales* percibidas como barreras; en una sociedad donde se busca de manera generalizada la experimentación de eventos privados “*correctos o apropiados*”; tal es el caso de, la búsqueda de estados emocionales y motivacionales específicos para el buen funcionamiento y la consecución del éxito. Sin embargo, la persona puede experimentar estados que van en contra de lo esperado y; a pesar de ello, responder de manera forzosa para alterar o buscar eventos privados más satisfactorios que; lo lleven a caer en un círculo vicioso o patrón repetitivo de evitación del malestar, angustia, etc. (Wilson y Luciano, 2002). El problema es que el resultado la evitación recurrente va en contra del propósito, dado que, mientras mayor sea el intento por aplacar negativamente los eventos privados aversivos, mayor será el sufrimiento psicológico y la disfuncionalidad de la persona.

En tal sentido, la evitación se caracteriza principalmente por su naturaleza verbal y su función limitante (Wilson y Luciano, 2002), descritas a continuación:

- a) Un aspecto fundamental de la evitación experiencial es su naturaleza verbal; dado que, se trata de reacciones de regulación verbal que impiden el contacto con experiencias privadas (pensamientos, emociones, predisposiciones, sensaciones, etc.); de las cuales, se intenta escapar mediante la alteración de la forma o frecuencia de los eventos o el contexto donde se presentan (Hayes, y otros., 1996). Aparentemente, este patrón comportamental resulta efectivo porque elimina de manera inmediata la experiencia negativa; sin embargo, su sucesión generalizada y crónica puede extender las experiencias aversivas limitando la vida de las personas. Las acciones de escape o evitación tienen como consecuencia inmediata el propósito que tiene la persona frente a la función aversiva del evento o contexto (reducción o evitación); sin embargo, también conducen y envuelven a la persona en una trampa verbal que; por un lado, le atribuyen la razón de ser a la regla de evitación “*hacer lo que cree que es correcto*” de acuerdo a las contingencias pasadas y al efecto inmediato de reducir la función aversiva y; por el otro, limita la vida de la persona al no permitirle alcanzar el bienestar esperado por el efecto rebote de la supresión que lo llevan a vivir con/y por el problema que se extienden a diversas áreas vitales. Es así que, bajo el intento de sentirse mejor la persona logra sentirse peor, entrando y saliendo de un ciclo destructivo de evitación (Wilson y Luciano, 2002).
- b) La evitación experiencial se trata de una clase de respuesta funcional limitante; es decir, la persona que hace uso de este patrón ha aprendido a

comportarse frente a los eventos privados aversivos a través de reacciones o topografías caracterizadas por la eliminación o evitación; ya sea, llorando, analizando, reflexionando, culpándose, agrediendo, aislándose, bebiendo, etc., lo cual, desde una perspectiva funcional son formas o tipos de respuestas irrelevantes para el análisis; como lo son, las características físicas del evento o el contenido de los pensamientos o sentimientos y la predisposición corporal de la persona; puesto que, el aspecto fundamental está marcado por el plan deliberado de control de los eventos privados. De manera que, las contingencias complejas que operan para mantener e integrar funcionalmente los episodios de conducta, *refuerzan negativamente* la respuesta de evitación y *confirman positivamente* el propósito deliberado de la razón de ser y la coherencia de las ideas de eliminar o reducir los eventos privados aversivos para procurar sentirse bien. En tanto, el *premio* de reducir parcialmente y escapar temporalmente del evento aversivo mediante acciones socialmente esperadas se fortalece y potencia como la solución “*correcta y apropiada*” frente al malestar que; consiguientemente, se instaura en el repertorio de conductas de la persona ajustado a sus propias contingencias de conductas de evitación para reducir o eliminar el sufrimiento (Wilson y Luciano, 2002).

Lo paradójico de la evitación experiencial es, justamente, que el sufrimiento de la persona se basa en hacer lo que cree que debe hacer para reducir o eliminar el malestar (invirtiendo tiempo y esfuerzo) y; contrariamente, a la larga obtiene más de aquello que le genera sufrimiento, limita su vida e imposibilita la consecución de sus objetivos, metas y valores. La atmósfera de una persona con evitación experiencial se caracteriza por el escape de eventos

privados que alteran otras áreas; ya que, la persona hace lo que cree que es correcto, no consigue el efecto esperado y se empieza a cuestionar la razón de todo lo que le sucede “*cada vez estoy peor, sufro mucho y me siento fatal, ¿qué está pasando con mi vida?*”. Y es precisamente, el ciclo de actuación de esfuerzos supuestamente correctos para solucionar el problema los que componen el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes y otros., 1999).

No obstante, la cuestión de si tal funcionamiento es o no útil y si genera o no un desajuste entre lo que hace y espera una persona para sí misma, depende en gran medida de sus valores (lo que uno quiere para su vida); cabe decir, si para una persona utilizar el patrón conductual de evitación va acorde a sus valores no se trataría de una alteración o trastorno psicológico (Luciano y Hayes, 2001). Por lo tanto, “la evitación experiencial no es un fenómeno intrínsecamente patológico, lo es cuando acaba limitando lo que la persona quiere hacer con su vida” (Wilson y Luciano, 2002, pág. 75).

Teoría que sustenta el estudio de la evitación experiencial

La Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) como aproximación analítica funcional del lenguaje y la cognición humana ha tenido una importante contribución empírica hacia el estudio de la evitación experiencial. Desde la TMR, se entiende que el “*comportamiento relacional derivado*” se trata de una operante generalizada y aprendida a lo largo de la historia de entrenamiento a través de una variedad de modelos en diferentes contextos situacionales que se encuentran controlados por antecedentes y consecuentes. Por ende, la “*equivalencia de estímulos*” es una clase de respuesta definida por la acción de enmarcar eventos de manera relacional. Esta acción es considerada como

proceso fundamental de los diversos comportamientos verbales de los seres humanos (Barnes y otros., 2005).

Cabe decir que la diferencia entre *organismos verbales* y *organismos no verbales*, radica en que los primeros tienen la capacidad de adquirir relaciones o niveles lingüísticos más abstractos que los hace seres con autoconocimiento; lo cual, por un lado, facilita la adaptación humana a circunstancias específicas y, por el otro, origina profundo malestar y sufrimiento. Respecto a lo último, el autoconocimiento desarrollado por una persona en su historia particular le estaría generando una gran limitación en su vida, cosa que no sucede con los *animales* como *organismos no verbales* quienes se desenvuelven en circunstancias positivas y negativas sin reparar en el significado de lo está sucediendo en su presente o lo que sucederá después; en otras palabras, *viven* sin la disposición de una parte de sí mismos que les permita ser *conscientes* de lo que perciben, sienten, piensan o recuerdan (Skinner, 1971 y; Hayes, 1984).

A partir del comportamiento verbal se entiende que la evitación experiencial tiene sus bases en el proceso natural del lenguaje; es decir, un patrón que se amplifica culturalmente bajo el enfoque “*sentirse bien*” y “*evitar el dolor*”. Lo desafortunado del intento de evitar eventos privados aversivos es que su importancia funcional tiende a aumentar a través de los esfuerzos de control verbal que conducen a resultados negativos conceptualizados que; a su vez, tienden a reducir el repertorio conductual de la persona para hacerle frente a los eventos temidos, debido a que muchas de las acciones terminan evocando dichos eventos (Hayes y otros., 2006).

Los diversos modos de responder ante la presencia de malestar o sufrimiento se conforman por una clase funcional *operante* reforzada de manera positiva – *hacer lo que uno considera correcto* – y negativa – *reduce de manera inmediata parte del dolor*. No obstante, las conductas dirigidas a reducir el malestar son opuestas a aquellas conductas ajustadas, vitales y encaminadas a lo que realmente importa. Es por ello, que este patrón es común en los diferentes trastornos diferenciados categorialmente, donde la psicopatología funcional se centra en el conflicto entre las contingencias naturales y las contingencias que sostienen las reglas verbales de la persona para alcanzar su plan de vida (Luciano y otros., 2005).

Evaluación y medición de la evitación experiencial

Uno de los instrumentos más utilizadas para evaluar la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica es el Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ planteado por Hayes y otros. (2004), de hecho, buena parte de la evidencia empírica respecto al tema ha sido obtenido a partir de su aplicación. El AAQ ha sido ampliamente revisado y, actualmente, cuenta con varias versiones adaptadas a diferentes contextos de aplicación (Bond y otros., 2011).

Dado que la AAQ ofrece una de las medidas más confiables y válidas de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica; como constructos funcionales de un amplio rango de trastornos psicopatológicos, se han realizado diversas adaptaciones al español. Es así que, la primera versión española del AAQ la realizó Barraca (2004); no obstante, se observaron algunos problemas de consistencia interna y estructura factorial en la primera versión del AAQ. En consecuencia, Bond y otros. (2011) planteó el AAQ-II con el objetivo de superar

dichas limitaciones que; posteriormente, Ruiz y otros. (2013) adaptaron al español.

Es probable que la evitación experiencial excesiva se asocie con niveles más altos de psicopatología (depresión, ansiedad, estrés, etc.) y una baja calidad de vida en todos los ámbitos (Hayes y otros., 2004). Por lo que, contar con el “Cuestionario de Aceptación y Acción – II” – AAQ-II como instrumento que mida el grado de evaluación negativa de eventos privados (sensaciones, pensamientos o sentimientos) y, por ende, su evitación, es fundamental (Bond y otros., 2011).

2.2.2. Depresión estado-rasgo

Depresión

La depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes a nivel global, sus principales características envuelven tristeza, desinterés, anhedonia o pérdida de placer, alteraciones del sueño y/o apetito, cansancio o fatiga, culpa y problemas de concentración. En su estado recurrente y crónico puede llegar a dificultar severamente el desempeño funcional en áreas personales como la escuela o el trabajo; así como, la capacidad para hacerse cargo de la vida diaria. La gravedad del trastorno puede conducir al suicidio, no obstante, puede ser tratado con medicamentos y acompañamiento psicoterapéutico (OMS, 2017).

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2018) refiere que la depresión clínica es un trastorno grave y común del estado de ánimo que genera síntomas que repercuten la forma en que una persona siente, piensa y actúa frente a las actividades cotidianas (trabajar, comer, dormir, etc.). El diagnóstico del

trastorno depresivo requiere de la presencia de sintomatología durante dos semanas como mínimo.

En ese sentido, la depresión es una enfermedad mental que conduce a una disminución cada vez mayor de la funcionalidad y la calidad de vida que puede provocar una marcada discapacidad y un incremento en el uso de servicios de salud mental junto con un aumento de cifras de mortalidad a causa de la morbilidad con otras afecciones medicas (Mori y Caballero, 2010).

Fundamentación clínica de la depresión

La delimitación conceptual de la depresión en el marco de la psicopatología permite entender este término desde tres aristas; en primer lugar, como síntoma, puede manifestarse dentro de otras alteraciones mentales; seguidamente, como síndrome, agrupa procesos clínicos a través de sus elementos particulares como la tristeza, culpa, inhibición, anhedonia, etc., expresados en diversos espectros mórbidos y; finalmente, como enfermedad, comprende trastornos independientes de origen biológico con sus propias características etiológicas, psicopatología particular, cursos de evolución, signos patognomónicos, pronósticos clínicamente predictivos y tratamientos específicos para cada cuadro cínico (Vallejo, 2011).

Así también, es posible definirla desde una perspectiva puramente clínica relacionada a su manejo en el contexto hospitalario, así pues, la depresión se trataría de un trastorno psíquico del estado de ánimo asociado fundamentalmente al afecto depresivo que puede verse acompañado de alteraciones biológicas, somáticas, cognitivas y conductuales en comorbilidad con otros cuadros psicopatológicos y/o médicos (Vallejo, 2011; Heinze y Camacho, 2012). Dentro

de esta idea, la depresión clínica distingue una serie de trastornos del estado de ánimo; como son, el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno depresivo recurrente, el trastorno depresivo no específico, la depresión atípica que *supone un reto diagnóstico*, la depresión doble, la personalidad depresiva o depresión crónica, el trastorno mixto (ansiedad-depresión), la depresión estacional, la depresión subsindrómica y la depresión enmascarada (Pérez y otros., 2003), que comparten la misma complejidad diagnóstica pero no la etiología que es característica de cada cuadro representativo en la clínica por su diversidad y extensión patológica.

Las conceptualizaciones antes revisadas parten de perspectivas psicopatológicas y médico psiquiátricas ligadas al diagnóstico clínico por medio de las clasificaciones categoriales de las enfermedades mentales (DSM-CIE); sin embargo, también es necesario comprender a la depresión desde la configuración de signos y síntomas que se distribuyen espectralmente en la diversidad de morbilidades propias de su etiopatogenia que pertenecen a alguna forma de desviación conductual (Chinchilla y otros., 2011); lo cual, hace primordial su comprensión en la práctica clínica mediante algún enfoque teórico y psicoterapéutico que permita valorar su frecuencia e impacto para ajustar un tratamiento de acuerdo a la necesidad del paciente.

Enfoques teóricos y psicoterapéuticos de la depresión

En el afán de comprender y tratar la depresión como parte de los padecimientos psiquiátricos más frecuentes en la clínica actual se han planteado una variedad de perspectivas teóricas y psicoterapéuticas como las de apoyo breve, interpersonales o de grupo, familiares y de pareja, psicoanalíticas,

psicodinámicas, conductuales, cognitivas y contextuales (Medina y otros., 2015). A continuación, se revisará los enfoques psicológicos que han demostrado mayor evidencia empírica, eficacia, efectividad y eficiencia en el campo clínico (Pérez y otros., 2003):

Enfoque conductual, la aproximación conductual de la depresión sugiere que se trata de un fenómeno generalizado y aprendido por medio de interacciones negativas entre el individuo y su entorno; por ejemplo, relaciones interpersonales negativas con bajas tasas de refuerzo. Estas interacciones negativas con el ambiente pueden estar influidas por emociones, cogniciones, conductas que se interrelacionan recíprocamente. En tanto, las estrategias terapéuticas conductuales se basan en cambiar aquellos patrones desadaptativos de sentir, pensar y actuar (Vásquez y otros., 2000). Desde el modelo conductual, la terapia radica en modificar la conducta del individuo que se caracteriza por hábitos aprendidos de manera involuntaria a través de la repetición de eventos ambientales *estímulo-respuesta*. Para lograr el cambio conductual, el terapeuta hace uso de técnicas de condicionamiento, reforzamiento positivo y negativo, entrenamiento en autocontrol, desensibilización sistemática, entrenamiento aversivo, relajación muscular, persuasión y exhortación, etc.; que incrementen las hechos y situaciones que refuercen de manera potencial al paciente depresivo y; además, le provean un conjunto de habilidades para reforzar sus propias conductas provenientes de la interrelación con su entorno (Pérez y otros., 2003).

Enfoque cognitivo, el supuesto teórico de esta perspectiva reside en las cogniciones que subyacen los efectos y conductas del individuo; es decir, la forma en que la persona estructura el mundo determina en gran medida sus emociones y conductas. Desde el modelo cognitivo, la depresión puede ser

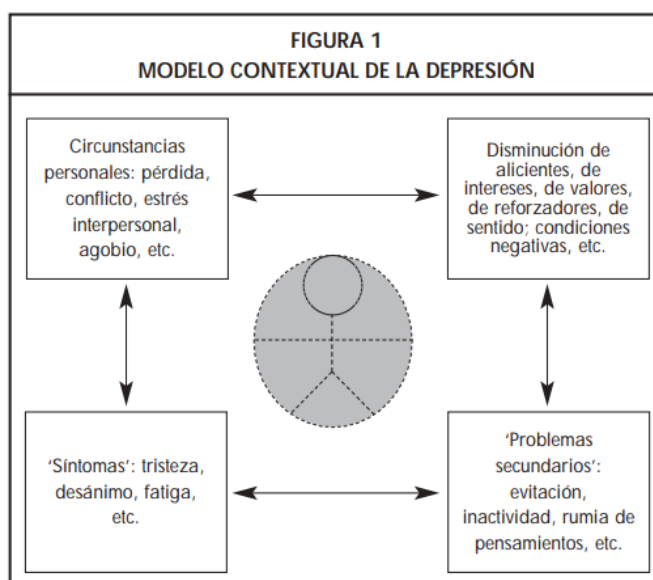
entendida mediante tres componentes; *la triada cognitiva* que engloba patrones de pensamiento que inducen al individuo depresivo a tener una visión negativa de sí mismo, interpretar sus experiencias como cargadas de demandas u obstáculos y visionar su futuro de manera negativa anticipando la dificultad y sufrimiento; *los esquemas* que implican aquellas conceptualizaciones distorsionadas que provocan el sufrimiento por la pérdida de control de los procesos de pensamiento y; *los errores cognitivos* que mantienen al paciente depresivo crédulo de sus conceptualizaciones negativas propios de su estado; pese a que, exista evidencia de lo contrario (Beck y otros., 2010). Frente a ello, la terapia cognitiva tiene como principal objetivo tratar al paciente a través del cambio de su autopercepción y de su realidad; por el cual, se requiere de una participación activa *paciente-terapeuta* en la identificación de patrones desadaptativos de pensamiento. Para ese fin, el terapeuta hace uso de técnicas cognitivas como la psicoeducación y la asignación de tareas que le permita al paciente entender sus cogniciones distorsionadas y mejorar su funcionamiento (Medina y otros., 2015).

Enfoque contextual, en concordancia con esta perspectiva la depresión no es algo que el individuo tiene, según el entendimiento de otros enfoques teóricos, como si se tratase de una condición, desequilibrio o déficit patógeno que está dentro sí; sino de una situación – *sin alicientes* – en la que uno se encuentra inmerso. Desde este modelo la depresión puede originarse a partir de diferentes circunstancias contextuales que no pueden ser generalizables; tal es así que, el comienzo de la depresión puede deberse, por ejemplo, a la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo, el término de una relación, la imposibilidad de conseguir una meta, la dificultad de hacerle frente a la vida o; alguna otra razón

que no puede ser fácilmente asociado a un evento o acontecimiento particular, lo cual, lleva a considerar que las condiciones que anteceden a la depresión se gestan mucho antes de que el individuo sea consciente de su existencia. La terapia contextual de la depresión se basa en la Activación Conductual (AC) que se ajusta al principio de “acción” que ponen en marcha los individuos deprimidos, dado que, estos suelen responder de una manera que podría estar manteniendo su condición; dicho de otro modo, gran parte de las conductas de los individuos depresivos tomarían el papel de síntomas que estarían siendo evitados. Por lo anterior, los síntomas de depresión se mantendrían por los procesos de evitación conductual que el propio individuo estaría poniendo en marcha. La evitación experiencial puede adoptar varias formas, desde permanecer en casa evadiendo actividades cotidianas hasta interactuar con los demás sin despegarse de sus pensamientos rumiativos. En términos generales, este enfoque concibe a la depresión como una forma de evitación funcional (Pérez, 2007).

Figura 1

Modelo contextual de la depresión.



Nota. Pérez (2007).

Psicopatología de la depresión

El estado patológico de la depresión tiene como eje nuclear la alteración del afecto expresado por una importante y profunda tristeza que envuelve al individuo hasta deteriorar todas sus esferas funcionales personales e interpersonales. De hecho, clínicamente la depresión se condensa en cinco grandes áreas; como son, la afectividad, la cognición, la conducta, la biología y la somatización. Si bien el estado afectivo principal de la depresión es la tristeza, también pueden manifestarse otros estados emocionales secundarios como la ansiedad, irritabilidad u hostilidad; lo cual, va variando en función al trastorno de estado de ánimo; tal es el caso de la depresión neurótica, donde la ansiedad adquiere mayor representatividad (Vallejo, 2011).

De manera general, la clínica referida a los trastornos depresivos se caracteriza por la presencia de síntomas nucleares como la tristeza patológica y la anhedonia o incapacidad para sentir placer. Es importante comprender que, a diferencia de la tristeza vital normal, la tristeza patológica conlleva a una gran afectación funcional (personal, social, laboral, etc.), desproporción de su expresión respecto al factor desencadenante y frecuencia e intensidad en la presentación de síntomas; además, durante el contacto con el paciente se podrán identificar algunos signos característicos del estado depresivo como facie decaída, apariencia descuidada, disminución de reactividad, inhibición psicomotora, bradipsiquia, irritabilidad, etc. Entre otros síntomas afectivos, aparecen la apatía o desinterés, la abulia o falta de iniciativa y la desesperanza. Paralelamente pueden presentarse síntomas somáticos como insomnio o hipersomnias, disminución del apetito, pérdida de peso, reducción de la lívido, cansancio o fatiga extrema. Los síntomas cognitivos engloban de manera

frecuente problemas de atención y/o concentración, ideas obsesivas, ideas de ruina, culpa e ideación suicida (Cardelle y Lorenzo, 2009).

Se debe tener en cuenta que la aparición de signos y/o síntomas varía de un paciente a otro y que por naturaleza propia del estado de ánimo pueden ser ocultados. Por ello, contar con la cooperación de personas externas será útil para la adquisición de información, determinación del diagnóstico y establecimiento del tratamiento. La entrevista diagnóstica no debería ser un interrogatorio sino un discurso con el que se pueda armar la historia clínica; no obstante, con la finalidad de aclarar y afinar aspectos psicopatológicos pueden plantearse preguntas directas y cerradas (Cardelle y Lorenzo, 2009).

Etiología de la depresión

La naturaleza mórbida de la depresión conlleva a inferir que su configuración etiológica no sólo radica en trastornos anatómicos estructurales, desbalances neuroquímicos, fisiopatología neuroendocrina, configuración genética en términos de tendencias y predisposiciones propios de los niveles de organización biológica; sino también, en otros niveles de organización correspondientes a lo social y psicológico que dan explicación a su carácter pluricausal y plurifactorial que lo constituye como una enfermedad psíquica compleja, sistémica y heterogénea (Silva, 2002). Seguidamente, se propone la explicación de los componentes más relevantes dentro de la etiología depresiva:

Bioquímicos cerebrales, postula uno de los supuestos teóricos más estudiados dentro del cuadro clínico de la depresión asociado a las monoaminas cerebrales, como son, la noradrenalina, la dopamina y la serotonina; basado en el déficit relativo o absoluto de norepinefrina en determinadas sinapsis

cerebrales y un déficit significativo de noradrenalina como condición para la aparición de sintomatología depresiva, cabe indicar que esta teoría se fundamenta en los estudios psicofarmacológicos (Vélez y otros., 2010).

Neuroendocrinos, esta teoría tiene sus respaldos en los múltiples estudios que han demostrado anomalías en el eje hipotálamo pituitaria adrenal (HPA) causado por el aumento del factor liberador de la corticotrofina (CRF) en plasma y líquido cefalorraquídeo (LCR), curva plana de producción de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) al incitar con CRF, aumento del cortisol y respuesta nula a la prueba de supresión de cortisol con la dexametasona en pacientes con cuadro psicopatológico depresivo (Vélez y otros., 2010); asimismo, un importante hallazgo comprueba la disminución de la secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño, incluso después de que el paciente haya demostrado mejoría (Hales y otros., 1996).

Genéticos y familiares, tiene sus bases en los análisis familiares y de pedigrí que postulan la existencia de factores genéticos en la depresión, tal es así que, es más común de 1,5 a 3 veces en familiares biológicos de primer grado que padecen el trastorno, respecto a la población en general. En cuanto a gemelos monocigóticos el factor genético es de 37% en varones y 31% en mujeres y; en gemelos dicigóticos es de 23% en varones y 25% en mujeres; de modo que, tomando los datos de diversos estudios se calcula que la heredabilidad se encuentra entre el 36% y 75%, demostrándose así la importancia del componente genético en la psicopatología depresiva (Vélez y otros., 2010).

Psicológicos y sociales, los aspectos psicosociales asociados al incremento de la incidencia y prevalencia de la depresión señalan como sus

principales causantes a los sucesos vitales y el estrés ambiental característicos de acontecimientos como la ausencia de cuidadores a temprana edad sea por fallecimiento o abandono, violencia y abuso sistemático, ausencia o pérdida de soporte social o factores protectores, desempleo (Cardelle y Lorenzo, 2009); así como, la permanencia o exposición prolongada a desastres naturales, guerras, campos de concentración, enfermedades epidémicas o pandémicas, desintegración política y social (Vélez y otros., 2010).

Psicógenos, implican factores psicológicos y emocionales presentes en la etiología de la depresión; desde un punto de vista de personalidad, existiría una mayor vulnerabilidad en la estructuración límite, anancástica e histriónica. Asimismo, los enfoques psicológicos basados en evidencia que intentan darle una explicación más o menos acertada a los factores psíquicos y emocionales causantes de la depresión; por ejemplo, la teoría conductual por medio de los mecanismos de indefensión aprendida e interacciones negativas con bajas tasas de refuerzo, la teoría cognitiva a través de las distorsiones cognitivas o del pensamiento, la teoría del modelo integrado con la interacción de la predisposición biológica-genética y los factores psicológico-ambientales (Cardelle y Lorenzo, 2009; Vélez y otros., 2010) y, recientemente, la teoría contextual mediante la disminución de alicientes que conducen a la evitación experiencial y; consecuentemente, a una mayor presentación del trastorno (Pérez, 2007).

Características diagnósticas de la depresión

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) enmarca los cuadros depresivos en Trastorno de

desregulación perturbador del estado de ánimo, Trastorno de depresión mayor (episodio único, episodio recurrente), Trastorno depresivo persistente (distimia), Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo debido a otra afección médica, Otro trastorno depresivo especificado y Trastorno depresivo no especificado (APA, 2014); en contraste, con lo presentado por el DSM-IV-TR que especifica el Trastorno de depresión mayor de episodio único o recidivante, el Trastorno distímico y el Trastorno depresivo no especificado dentro de las alteraciones del estado ánimo (APA, 2002).

El trastorno de depresión mayor se caracteriza principalmente por la presencia de estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer (anhedonia) por más de dos semanas causando malestar clínico significativo y deterioro de la funcionalidad en áreas importantes para la persona. Su diagnóstico requiere el acompañamiento de cinco o más síntomas, como son, el estado depresivo subjetivo (sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza, etc.) u objetivo (llanto), disminución significativa del interés o placer de la mayor parte de actividades, alteración del apetito por aumento o disminución que provoque una importante pérdida de peso, alteración del sueño por insomnio o hipersomnia, alteración psicomotora por retraso o agitación, fatiga extrema que genera pérdida de energía, sentimientos inapropiados y excesivos de inutilidad y culpa, disminución de la concentración o dificultad para tomar decisiones y pensamientos repetitivos de muerte o ideación suicida; indicadores que se encuentran presentes gran parte del día o de manera cotidiana (APA, 2014).

El trastorno depresivo persistente o distimia se caracteriza por el estado de ánimo deprimido presente casi todo el tiempo por un periodo mínimo de dos años, según lo reportado por la información subjetiva y objetiva. Engloba

síntomas como la alteración del apetito por aumento o disminución, alteración del sueño por insomnio o hipersomnia, fatiga extrema que genera pérdida de energía, baja autoestima, disminución de la concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza; presentes por lo menos dos meses seguidos durante dos años causando malestar clínico significativo y deterioro de la funcionalidad en áreas importantes para la persona (APA, 2014).

Por otro lado, dentro de las especificaciones para los cuadros depresivos, el DSM-V da a conocer una *escala de gravedad* basado en la cantidad de síntomas y el grado de discapacidad clínica funcional. El grado *leve* donde “pocos o ningún síntoma son más que necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral”. El grado *moderado* donde “el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve y grave”. El grado *grave* donde “el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral” (APA, 2014).

Evaluación y medición clínica de la depresión

El tema de clasificar los trastornos de depresión de acuerdo a una estructura unitaria, binaria o múltiple y tomar en cuenta la naturaleza categorial o dimensional del espectro son controversias que aún no quedan claras (Vallejo, 2011); por lo mismo, la evaluación y diagnóstico clínico del cuadro se ha

centrado en definirlos y delimitarlos mediante los síntomas y síndromes contemplados en los sistemas de clasificación del DSM y la CIE.

La naturaleza categorial o dimensional de los trastornos mentales como la depresión es un tema de gran relevancia clínica y científica. Tal es así que, las implicaciones del modelo categorial para definir y estimar cuadros clínicos se reflejan en datos epidemiológicos, estudios e investigaciones, instrumentos de medida y programas de intervención (Agudelo y otros., 2007).

Un análisis de la clasificación de trastornos depresivos de las distintas versiones del DSM evidencia claramente que el criterio fundamental para el diagnóstico de uno de los cuadros es la frecuencia de la presencia de síntomas; a saber, para diagnosticar un trastorno depresivo mayor se debe tener en cuenta indicadores de tristeza, desánimo, apatía, anhedonia y/o baja autoestima presentes por lo menos dos semanas, acompañado de síntomas de alteración del apetito, disminución de la atención concentración, sentimientos de inutilidad y culpa, entre otros; los cuales, para el diagnóstico de distimia requieren estar presentes por lo menos dos años. Por ende, según lo establecido por el DSM, el carácter de la presencia de un cuadro depresivo se debe a su frecuencia e intensidad (Spielberger y otros., 2002).

En ese sentido, los instrumentos de evaluación diagnóstica confunden la medición de la severidad manifestada por el contenido de los ítems, con la frecuencia manifestada por las escalas de respuesta, o viceversa; lo cual, implica una dificultad en el momento de estimar el atributo que se busca medir y una confusión a la hora de evaluar el cuadro. De igual manera, la construcción de los ítems que componen las escalas muchas veces subestima aquellos niveles bajos

de afectación, dado que, al tratarse de un modelo categorial de *presencia-ausencia*, no se registran los casos donde las puntuaciones no son suficientes para ajustarse a un diagnóstico, afectando, a su vez, las cuestiones asociadas al tratamiento. También se debe considerar que estimar niveles bajos de afectación repercute en la investigación, donde se trabaja con muestras clínicas y no clínicas; por lo cual, contar con instrumentos de medida sensibles a esta problemática es esencial (Spielberger y otros., 2008).

Depresión Estado-Rasgo

Una importante contribución a la comprensión teórica y clínica de las emociones es la diferenciación entre estado como el grado de afectación y rasgo como la frecuencia de ocurrencia. Así lo hicieron Ritterband y Spielberger en 1996; quienes encontraron la forma de evaluar y medir la depresión en términos de estado y rasgo como dos formas de expresión del estado de ánimo deprimido. La manifestación de un atributo como estado da cuenta de una experiencia temporal asociada a un suceso actual, inmediato y específico, mientras que la manifestación rasgo implica la expresión anímica estable y duradera en relación con la personalidad que puede generalizarse inter-situacionalmente (Merino y otros., 2012).

Dentro de esta consideración, el rasgo tomaría un papel relativamente estable – *predisposición* – para responder puntual y particularmente a una situación, mientras que el estado serían aquellas condiciones mentales y emocionales transitorias. Por lo tanto, la presencia de una condición patológica como rasgo definido estructuralmente aumentaría el riesgo de enfrentar

situaciones cotidianas en el marco de dicha característica (Spielberger y otros., 2008).

Las limitaciones de las escalas de medida basadas en el modelo categorial imperante en la psicopatología, radican justamente en la desatención de la afectación y la frecuencia de los síntomas de la depresión. Atendiendo a dicha necesidad, Spielberger tomando como base los estudios previos de Ritterband y Spielberger (1996), diseño el “Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo – ST/DEP” como instrumento de medida del componente afectivo de la depresión en sus dimensiones Estado-Rasgo, sensibles a valorar la severidad y frecuencia de la afectación que demuestra utilidad en el ámbito de la clínica e investigación. El instrumento fue adaptado al español por Spielberger y otros. (2008) y recibió en nombre de Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER).

Modelo dimensional que sustenta el estudio de la depresión Estado-Rasgo

La Depresión Estado-Rasgo Contempla, por un lado, el grado de afectación o severidad de la depresión como condición puntual (Estado) y, por el otro, la frecuencia de ocurrencia de la depresión como disposición estable de la afectividad (Rasgo) (Spielberger y otros., 2008).

Es así que, el IDER – *Inventario de Depresión Estado-Rasgo* – se ofrece como un autoinforme de medida de la dimensión Estado (grado de afectación) y la dimensión Rasgo (frecuencia de ocurrencia) y; sus correspondientes subescalas, Distimia (presencia de afectividad negativa) y Eutimia (ausencia de afectividad positiva) del componente afectivo de la depresión (Spielberger y otros., 2008).

Depresión estado, esta dimensión contempla el grado de afectación (severidad) de la depresión como condición puntual que implica la presencia de síntomas de ánimo depresivo y/o anhedonia durante un periodo no menor de dos semanas, acompañados de los criterios diagnósticos del Trastorno depresivo mayor definidos en el DSM-IV-TR. Por lo que, altas puntuaciones en la depresión como estado se corresponderían con episodios o cuadros de depresión mayor (Spielberger y otros., 2008).

La primera subescala de la depresión como estado es la *Distimia estado*, da cuenta del grado o severidad en el que el estado de la depresión se hace presente durante la evaluación en concordancia con la presencia de afecto negativo; como son, la tristeza, el decaimiento, la desdicha, el hundimiento y/o los sentimientos de pena. De modo que, su puntuación alta se correspondería con la presencia de reacciones emocionales negativas temporales asociados a hechos o situaciones puntuales y particulares capaces de generar sensaciones de malestar generalizado, tristeza, soledad, disgusto, miedo, ansiedad u hostilidad (Spielberger y otros., 2008).

La segunda subescala de la depresión como estado viene a ser la *Eutimia estado*, da cuenta del grado o severidad con el que el estado de la depresión se hace presente durante la evaluación en concordancia con la ausencia de afecto positivo; como son, inversamente el sentimiento de bienestar, el entusiasmo, el ánimo, la energía y la felicidad. De modo que, su puntuación alta se correspondería con la pérdida o disminución de la sensación de interés y placer (anhedonia), pérdida del entusiasmo, disminución de la energía, bajo nivel de alerta mental, baja esperanza ante el futuro asociados a hechos o situaciones puntuales y particulares con carácter temporal (Spielberger y otros., 2008).

Depresión rasgo, esta dimensión contempla la frecuencia de ocurrencia de la depresión como disposición estable de la afectividad que implica mayor duración, pero menor intensidad que en el estado de la depresión, y que hace más vulnerable al individuo hacia el desarrollo de reacciones depresivas. Por lo que, altas puntuaciones en la depresión como rasgo se correspondería con el diagnóstico del trastorno depresivo persistente (distimia) o trastorno bipolar (Spielberger y otros., 2008).

Una de las subescalas de la depresión como rasgo es la *Distimia rasgo*, da cuenta de la frecuencia de ocurrencia de la depresión durante la evaluación en concordancia con la presencia de afecto negativo; como son, la tristeza, el decaimiento, el hundimiento, la desgracia y el desgano. Cuando su puntuación es alta significa que el individuo tiene una predisposición general para responder negativamente a los diversos acontecimientos de la vida que son interpretados de manera desfavorable y, por ende, genera vulnerabilidad hacia el establecimiento de episodios depresivos y alteraciones psicopatológicas del estado de ánimo. La distimia rasgo se evidencia en las actitudes de pesimismo, intranquilidad y malestar general presentes casi todo el tiempo y bajo circunstancias vitales asociadas a características estructurales de personalidad (Spielberger y otros., 2008).

Otra subescala de la depresión como rasgo concierne a la *Eutimia rasgo*, da cuenta de la frecuencia de ocurrencia de la depresión durante la evaluación en concordancia con la ausencia de afecto positivo; como son, inversamente el disfrute de la vida, la dicha, la plenitud, la energía y la esperanza. Cuando su puntuación es alta significa que el individuo mantiene actitudes de desinterés a lo largo del tiempo, sentimientos frecuentes de desesperanza, pese a que, no

exista eventos vitales, significativos y objetivos correspondientes a dichos sentimientos negativos. La eutimia rasgo genera que el individuo tenga una interpretación inversa a los múltiples acontecimientos cotidianos, provocando la posibilidad de incrementar respuestas afectivas, cognitivas y conductuales negativas; así como, la predisposición de desarrollar episodios y cuadros depresivos (Spielberger y otros., 2008).

2.3. Marco conceptual

Evitación experiencial: Se trata de un fenómeno que acontece cuando la persona no se encuentra dispuesta a mantener contacto con determinadas experiencias privadas; como son, los pensamientos o recuerdos, las emociones o sensaciones, las predisposiciones corporales o comportamentales, etc.; de las cuales, intenta escapar mediante la alteración de la forma o frecuencia de los eventos o el contexto donde se presenta (Hayes y otros., 1996).

Depresión Estado-Rasgo: Contempla, por un lado, el grado de afectación o severidad de la depresión como condición puntual (Estado) y, por el otro, la frecuencia de ocurrencia de la depresión como disposición estable de la afectividad (Rasgo) (Spielberger y otros., 2008).

Depresión estado: Contempla el grado de afectación (severidad) de la depresión como condición puntual que implica la presencia de síntomas de ánimo depresivo y/o anhedonia durante un periodo no menor de dos semanas, acompañados de los criterios diagnósticos del Trastorno depresivo mayor definidos en el DSM-IV-TR (Spielberger y otros., 2008).

Distimia estado: Da cuenta del grado o severidad en el que el estado de la depresión se hace presente durante la evaluación en concordancia con la presencia de

afecto negativo; como son, la tristeza, el decaimiento, la desdicha, el hundimiento y/o los sentimientos de pena (Spielberger y otros., 2008).

Eutimia estado: Da cuenta del grado o severidad con el que el estado de la depresión se hace presente durante la evaluación en concordancia con la ausencia de afecto positivo; como son, inversamente el sentimiento de bienestar, el entusiasmo, el ánimo, la energía y la felicidad (Spielberger y otros., 2008).

Depresión rasgo: Contempla la frecuencia de ocurrencia de la depresión como disposición estable de la afectividad que implica mayor duración, pero menor intensidad que en el estado y que hace más vulnerable al individuo hacia el desarrollo de reacciones depresivas. Por lo que, altas puntuaciones en la depresión como rasgo se correspondería con el diagnóstico del trastorno depresivo persistente (distimia) o trastorno bipolar (Spielberger y otros., 2008).

Distimia rasgo: Da cuenta de la frecuencia de ocurrencia de la depresión durante la evaluación en concordancia con la presencia de afecto negativo; como son, la tristeza, el decaimiento, el hundimiento, la desgracia y el desgano (Spielberger y otros., 2008).

Eutimia rasgo: Da cuenta de la frecuencia de ocurrencia de la depresión durante la evaluación en concordancia con la ausencia de afecto positivo; como son, inversamente el disfrute de la vida, la dicha, la plenitud, la energía y la esperanza (Spielberger y otros., 2008).

CAPÍTULO III HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión Estado-Rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión Estado-Rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa.

3.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa.

Hipótesis específica 2

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa.

Hipótesis específica 3

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa.

Hipótesis específica 4

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa.

3.3. Variables

Variable 1: Evitación experiencial

Definición conceptual: Se trata de un fenómeno que acontece cuando la persona no se encuentra dispuesta a mantener contacto con determinadas experiencias privadas; de las cuales, intenta escapar mediante la alteración de la forma o frecuencia de los eventos o el contexto donde se presenta (Hayes y otros., 1996).

Definición operacional: La variable Evitación Experiencial se medirá a través del Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ planteado por Hayes y otros. (1996) en su segunda edición adaptada al español AAQ-II (Cárdenas y Preciado, 2020), que evalúa el grado de evitación experiencial frente a los eventos privados como pensamientos, emociones, predisposiciones, etc.

Variable 2: Depresión Estado-Rasgo

Definición conceptual: Contempla, por un lado, el grado de afectación o severidad de la depresión como condición puntual (Estado) y, por el otro, la frecuencia de ocurrencia de la depresión como disposición estable de la afectividad (Rasgo) (Spielberger y otros., 2008).

Definición operacional: La variable Depresión Estado-Rasgo se medirá a través del Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER planteado por Spielberger y otros. (2002), en su adaptación al español por Spielberger y otros. (2008), que evalúa la presencia de depresión como Estado o grado de afectación y Rasgo o frecuencia de ocurrencia.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

El método general que empleó el presente estudio fue el método científico, dado que, se constituye como un sistema de procedimientos, tácticas, estrategias, técnicas e instrumentos que permiten resolver problemas de investigación mediante la comprobación de hipótesis científicas de relación entre uno o más fenómenos presentes en la realidad (Carrasco, 2006).

Asimismo, como método específico se utilizó el descriptivo que consiste en la descripción, análisis e interpretación sistemática de hechos o fenómenos en su estado actual y forma natural a través de técnicas y procedimientos que permitan su comprobación y no den lugar a la subjetividad (Carrasco, 2006).

4.2. Tipo de Investigación

La investigación fue de tipo básica, debido a que dirige la búsqueda de nuevos principios, leyes y campos de estudio manteniendo como finalidad el descubrimiento y enriquecimiento del conocimiento mediante la recolección de información de la

realidad con resultados que puedan generalizarse para el desarrollo de modelos científicos o teóricos (Sánchez y Reyes, 2015).

4.3. Nivel de Investigación

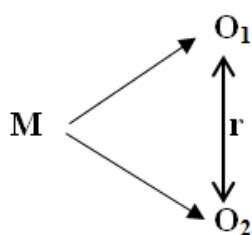
El nivel que guio la presente investigación fue el correlacional, puesto que, se pretende vincular dos o más fenómenos, hechos, conceptos o variables en un determinado contexto para conocer su grado de relación o asociación mediante la comprobación de hipótesis con la finalidad de analizarlos y sintetizarlos en términos estadísticos (Hernández y Mendoza, 2019).

4.4. Diseño de la Investigación

La investigación utilizó un diseño no experimental de corte transversal correlacional, orientado a determinar el grado de relación que existe entre dos o más fenómenos, eventos o variables, observadas y estudiadas sobre una misma muestra por medio de técnicas estadísticas de análisis de correlación (Sánchez y Reyes, 2015).

Figura 2

Esquema de diseño.



Dónde:

M = Muestra conformada por los pacientes Covid-19 atendidos en Hospital Domingo Olavegoya de la Red de Salud de Jauja – Junín.

O₁ = Observación de la variable Evitación Experiencial.

O₂ = Observación de la variable Depresión Estado-Rasgo.

r = Correlación entre ambas variables.

4.5. Población y muestra

Población

Se considera población a aquel conjunto de todos los casos que comparten una serie de características o especificaciones ambientales, contextuales, sociales, económicas y demás (Hernández y Mendoza, 2019). Por ende, la población de este estudio se constituyó por todos los pacientes Covid-19 que fueron atendidos en el Hospital Domingo Olavegoya de la Red de Salud de Jauja – Junín, ubicado en el Jr. San Martín 1153 de la ciudad de Jauja, capital de la Provincia de Jauja, de la Región Junín, Perú.

Muestra

Se considera muestra a aquel subgrupo representativo y elemental de la población de estudio para que los datos recolectados y analizados puedan ser generalizables (Hernández y Mendoza, 2019). Por lo tanto, la muestra de este estudio se constituyó por 100 pacientes Covid-19 que fueron atendidos en el Hospital Domingo Olavegoya de la Red de Salud de Jauja – Junín, ubicado en el Jr. San Martín 1153 de la ciudad de Jauja, capital de la Provincia de Jauja, de la Región Junín, Perú.

Muestreo

El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico intencional por accesibilidad, orientado por el contexto y las características de la investigación; así como, la disponibilidad y consentimiento de participación de los sujetos que forman parte de la población, siempre y cuando, esta sea representativa para el estudio (Sánchez y Reyes, 2015).

Tabla 1
Población y muestra del estudio.

	Población	Muestra
N° de pacientes	Todos los pacientes Covid-19	100
Total		100

Criterio de Inclusión:

- Pacientes Covid-19 mayores de 18 años que fueron atendidos en el Hospital Domingo Olavegoya de la Red de Salud de Jauja – Junín.
- Pacientes Covid-19 que aceptaron participar en el estudio según lo indicado en el consentimiento informado.
- Pacientes Covid-19 que se encontraron en la disposición física y/o mental para participar en el estudio.
- Pacientes Covid-19 que contestaron de manera satisfactoria el Cuestionario de Aceptación Acción II – AAQ-II.
- Pacientes Covid-19 que contestaron de manera satisfactoria el Inventario de depresión Estado-Rasgo – IDER.

Criterios de exclusión:

- Pacientes Covid-19 menores de 18 años que fueron atendidos en el Hospital Domingo Olavegoya de la Red de Salud de Jauja – Junín.
- Pacientes Covid-19 que no aceptaron participar en el estudio según lo indicado en el consentimiento informado.
- Pacientes Covid-19 que no se encontraron con la disposición física y/o mental para participar en el estudio.
- Pacientes Covid-19 que no contestaron de manera satisfactoria el Cuestionario de Aceptación Acción II – AAQ-II.

- Pacientes Covid-19 que no contestaron de manera satisfactoria el Inventario de depresión Estado-Rasgo – IDER.

4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnicas

La técnica que se manejó en este estudio fue la encuesta, puesto que, se recolectaron datos ordenados y sistemáticos del fenómeno o realidad mediante un conjunto de reactivos y cuestiones direccionados a brindar respuestas descriptivas con rigor científico a los problemas específicos (Hernández y Mendoza, 2019).

Instrumentos

Se emplearon dos tipos de instrumentos; por un lado, el cuestionario como formato o documento de preguntas dirigidas esencialmente a evaluar, recoger y sintetizar información de uno o más fenómenos, constructos o variables analizadas y; por el otro, el inventario como formato o documento más amplio y abierto que el cuestionario, orientado a la identificación de datos sobre determinados aspectos como hábitos, conductas, actitudes, intereses, personalidad, etc. (Sánchez y Reyes, 2015). De modo que, los instrumentos que se manejaron en el presente estudio fueron el Cuestionario de Aceptación Acción II – AAQ-II y el Inventario de depresión Estado-Rasgo – IDER. Dada la contingencia sanitaria y situación hospitalaria de los pacientes Covid-19 la evaluación de ambos instrumentos se realizó a través de la modalidad de telellamada.

Tabla 2*Ficha técnica del Cuestionario de Aceptación Acción – AAQ-II*

Cuestionario de Aceptación Acción II – AAQ-II	
Ficha Técnica	
Autor	: Hayes y otros. (2004).
Adaptación	: Cárdenas y Preciado (2020)
Aplicación	: Individual o colectiva.
Ámbito de aplicación	: De 18 – a más años de edad.
Duración	: 10 minutos aproximadamente.
Finalidad	: Evalúa el grado de Evitación Experiencial.
Modo de aplicación	: La aplicación consta de una Escala Likert de 1 a 7 alternativas (nunca es verdad, muy raramente es verdad, raramente es verdad, a veces es verdad, frecuentemente es verdad, casi siempre es verdad, siempre es verdad).
Conformación	: El instrumento unidimensional se encuentra conformado por 7 ítems con un formato de respuestas de Likert.
Tipificación	: El instrumento unidimensional se encuentra conformado por ítems referidos al patrón conductual desadaptativo de evitación de experiencias privadas (pensamientos, emociones, predisposiciones, etc.) mediante la alteración de la forma o frecuencia de los eventos o el contexto donde se presenta.
Confiabilidad	: El nivel de fiabilidad mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach de .837 lo que significa que tiene un valor aceptable y confiable.
Validez	: La validez de contenido mediante el método de criterio de jueces es de 0,90, asimismo, la validez por consistencia interna obtenidos de α y ω es de 0,94 para los siete ítems que evalúan la Evitación Experiencial.

Tabla 3*Ficha técnica del Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER*

Inventario de depresión Estado-Rasgo – IDER	
Ficha Técnica	
Autor	: Spielberger y otros. (2002).
Adaptación	: Spielberger y otros. (2008).
Aplicación	: Individual o colectiva.
Ámbito de aplicación	: Adolescentes, jóvenes y adultos.
Duración	: 7 – 10 minutos, aproximadamente.
Finalidad	: Evalúa el componente Estado o grado de afectación y Rasgo o frecuencia de ocurrencia de la depresión.
Modo de aplicación	: La aplicación consta de una Escala Likert de 1 a 4 alternativas (nada, algo, bastante, mucho).
Conformación	: El instrumento se encuentra conformado por 20 ítems diferenciados por género (mujeres y varones) con un formato de respuesta de Likert y 2 dimensiones.
Tipificación	: El instrumento se encuentra conformado por 10 ítems para la dimensión Estado o grado de afectación y 10 ítems para la dimensión Rasgo o frecuencia de ocurrencia.
Confiabilidad	: El coeficiente de Alpha de Crombach es de 0,93 para la Depresión Estado y 0,90 para la Depresión Rasgo.
Validez	: La validez de constructo mediante el método de análisis factorial confirmatorio es de 0,92 para Depresión Estado-Rasgo.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Estadística descriptiva

El trabajo de investigación empleó la estadística descriptiva para evaluar, describir, cuantificar y presentar de manera sintética la totalidad de observaciones realizadas a las variables a través de la aplicación de técnicas e instrumentos, informando el comportamiento de una variable sobre otra. Esta técnica de procesamiento y análisis tiene dos clases de medidas, por un lado, la medida de tendencia central que se direcciona a la proporción del valor promedio del total de puntajes utilizados para variables de naturaleza nominal, ordinal e intervalo y, por otro lado, la medida de variabilidad que se dirige a determinar la dispersión de los valores en función a la distancia en la distribución (Sánchez y Reyes, 2015). Por lo que, en el presente trabajo de investigación se dio a conocer los resultados a través de medidas de tendencia porcentual evidenciadas en tablas cruzadas de contingencia que describirán la relación de las variables y dimensiones, así como, figuras de porcentaje para representar gráficamente los datos hallados.

Estadística inferencial:

Asimismo, se utilizó la estadística inferencial para comparar las medias de dos o más conjuntos de valores, puntajes o datos en función a su variabilidad que permita establecer la probabilidad en que dichas diferencias son reales u objeto del azar. Esta técnica de procesamiento y análisis es posible con la aplicación de determinados estadísticos que ostenten un margen de error del nivel Alfa permitido al 0.05% (5%) para ciencias sociales y conductuales. Entre los tipos de estadística descriptiva se encuentran los paramétricos para datos con distribución normal (escalas de intervalo) y los no paramétricos para datos que no presentan distribución normal (escalas

nominales y ordinales) (Sánchez y Reyes, 2015). Por lo que, la comprobación de hipótesis se realizó mediante la aplicación de la estadística no paramétrica, como es, la prueba de Coeficiente de Correlación de Rho de Spearman bivariados para la comprobación de la hipótesis general y las hipótesis específicas, puesto que, las variables evitación experiencial y la depresión estado y rasgo son de tipo ordinal.

Procesamiento de datos:

La recolección y comprobación de datos estuvo dirigida por una serie sistemática de pasos que ayudaron a cumplir de manera exitosa los objetivos, problemas e hipótesis proyectadas. A continuación, se describen los pasos que se siguieron:

- Se llevó a cabo la evaluación de instrumentos a la muestra seleccionada mediante la modalidad telefónica dada la contingencia sanitaria y situación de los pacientes Covid-19.
- Se realizó la calificación de cuestionarios e inventarios con la finalidad de evidenciar las puntuaciones y resultados de cada participante de la muestra.
- Se trasladaron cada uno de los datos y valores recogidos al Programa Estadístico de Ciencias Sociales – SPSS en su versión 25.
- Se ejecutó el procesamiento de datos por medio la estadística descriptiva con el objetivo de obtener la relación gráfica en tablas y figuras.
- Se efectuó el diseño de tablas y figuras mediante el Programa de Microsoft Excel en su versión 2019.
- Se ejecutó el procesamiento de datos por medio de la estadística inferencial con las Pruebas Estadísticas no paramétricas Chi Cuadrada y Rho de Spearman bivariados.

- Se presentaron los resultados inferenciales evidenciando el valor de significancia (p-valor) y el nivel Alpha para valorar el nivel de relación entre las variables analizadas.
- Se realizó el análisis de resultados mediante la discusión de los mismos.

4.8. Aspectos éticos de la Investigación

El desarrollo y ejecución del presente estudio estuvo guiado por el Código de Ética del Reglamento General de Investigación de la Universidad Peruana los Andes (UPLA), correspondientes a los artículos 27° Principios que rigen la actividad investigativa y 28° Normas de comportamiento ético de quienes investigan (Consejo Universitario de la UPLA, 2019). En ese sentido, se buscó la protección de la identidad, diversidad, libertad, privacidad, confidencialidad y derecho a la voluntad informativa de los pacientes que participaron en el estudio, todo ello se alcanzó mediante:

- La presentación del consentimiento informado que consigne información relevante respecto a la investigación y permita la libre participación manifiesta de los pacientes.
- La protección de la identificación de los pacientes mediante el uso anónimo y ético de sus datos direccionados específicamente a los fines investigativos que, además, permita velar la confidencialidad de la información.
- La búsqueda del bienestar e integridad física y psicológica de los pacientes por medio de una investigación basada en la beneficencia y no maleficencia que garantice la minimización de efectos adversos y la maximización de beneficios.
- La responsabilidad para actuar con pertinencia y veracidad en cada una de las fases del proceso investigativo.

- La ejecución de estudios originales, pertinentes y coherentes asegurando la validez y fiabilidad de los métodos siendo conscientes de las consecuencias de la actividad investigativa, garantizando el anonimato y confidencialidad, tratando con sumo cuidado y responsabilidad los datos obtenidos y reportando abierta, completa y oportunamente los hallazgos sin incurrir en faltas deontológicas como la falsificación parcial o total de información, el plagio parcial o total de artículos o investigaciones de otros autores con el fin de garantizar la transparencia y cumplimiento de la actividad investigativa.

CAPÍTULO V RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados tratados desde dos perspectivas; en primera instancia, se da a conocer el análisis a nivel descriptivo mediante la exposición de tablas cruzadas o de contingencia y figuras, que detallan de manera gráfica el comportamiento de los datos a través de la media porcentual de frecuencia y porcentaje; en segunda instancia, se presenta la contrastación de hipótesis mediante la estadística inferencial del coeficiente de Correlación de Rho de Spearman – Bivariados (dos variables), el cual, expresa el valor de dirección y el nivel de relación entre las variables, así como, el p-valor de significancia a través de la contrastación con el nivel Alfa (0,05). Posteriormente, se resuelven los problemas de investigación a través de la comprobación de hipótesis en función a la decisión, conclusión e interpretación estadística.

5.1. Descripción de resultados

Tabla 4

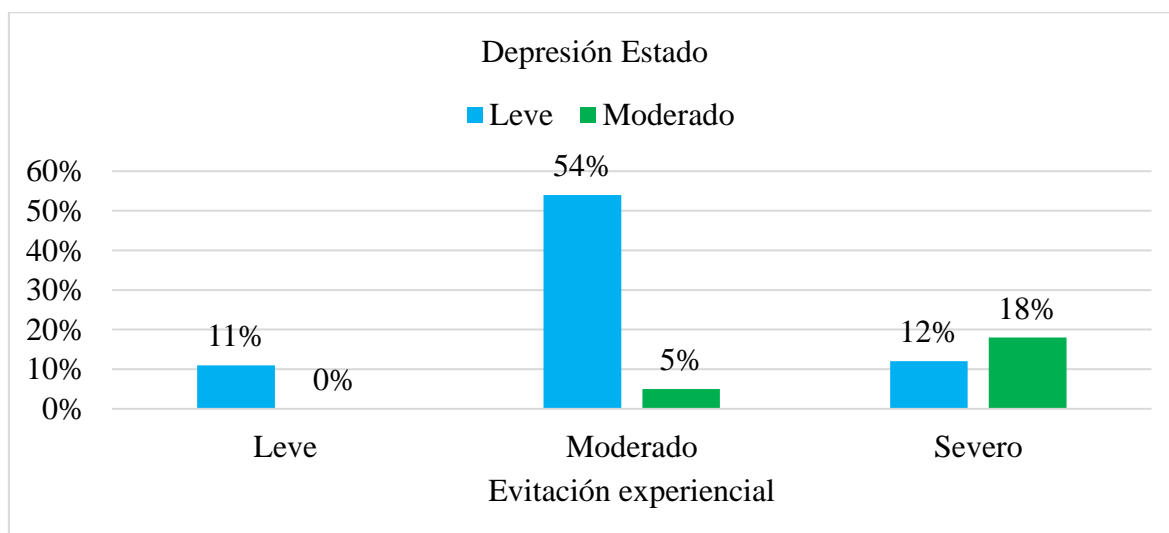
Evitación experiencial y depresión estado en pacientes Covid-19.

Evitación experiencial		Depresión estado		Total
		Leve	Moderado	
Leve	F	11	0	11
	%	11%	0%	11%
Moderado	F	54	5	59
	%	54%	5%	59%
Severo	F	12	18	30
	%	12%	18%	30%
Total	F	77	23	100
	%	77%	23%	100%

Nota. La mayoría evidenció evitación experiencial moderado y depresión estado leve.

Figura 3

Evitación experiencial y depresión estado en pacientes Covid-19.



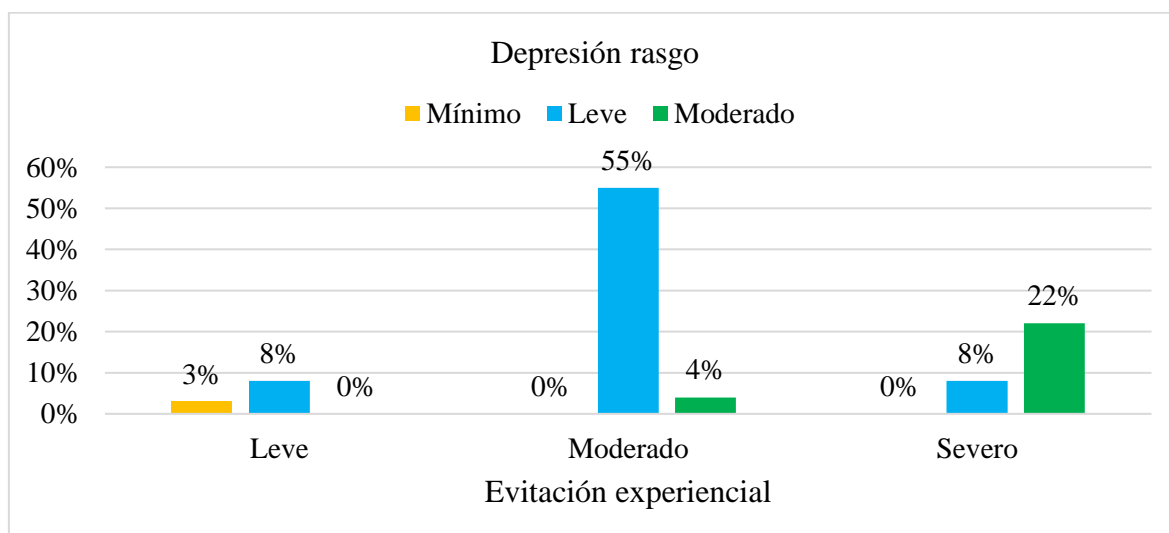
Nota. Resultados en base al AAQ II y el IDER – 2021.

Interpretación: De acuerdo con la Tabla 4 y Figura 3, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, los cuales, a su vez, manifestaron depresión estado en un nivel leve. Asimismo, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 54% manifestó un grado de afectación de depresión leve y el 5% moderado. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 12% reveló depresión como condición puntual leve y el 18% moderado.

Tabla 5*Evitación experiencial y depresión rasgo en pacientes Covid-19.*

Evitación experiencial		Depresión rasgo			Total
		Mínimo	Leve	Moderado	
Leve	f	3	8	0	11
	%	3%	8%	0%	11%
Moderado	f	0	55	4	59
	%	0%	55%	4%	59%
Severo	f	0	8	22	30
	%	0%	8%	22%	30%
Total	f	3	71	26	100
	%	3%	71%	26%	100%

Nota. La mayoría evidenció evitación experiencial moderado y depresión rasgo leve.

Figura 4*Evitación experiencial y depresión rasgo en pacientes Covid-19.*

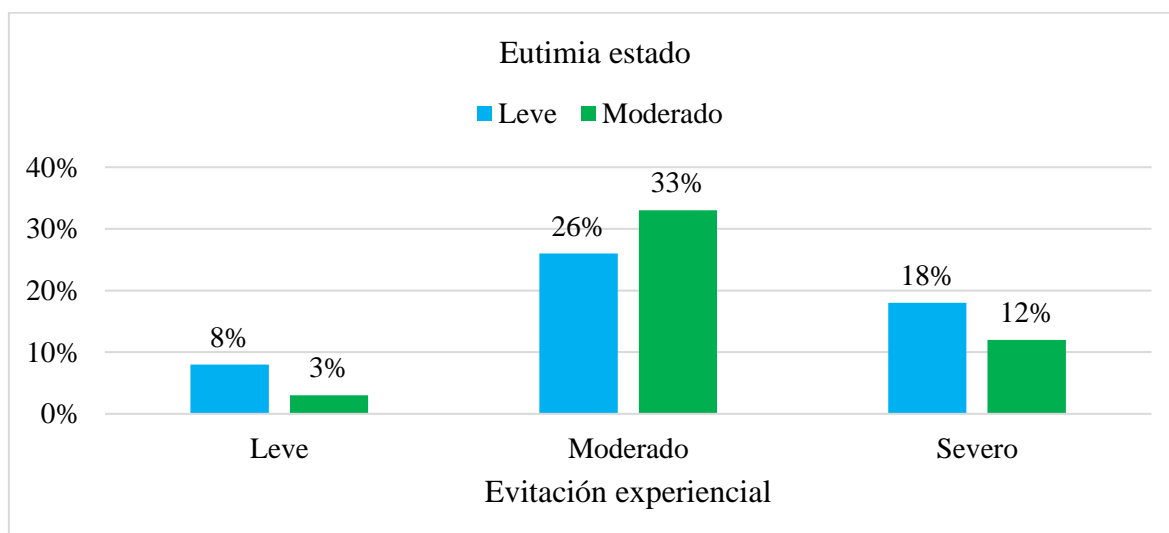
Nota. Resultados en base al AAQ-II y el IDER – 2021.

Interpretación: De acuerdo con la Tabla 5 y Figura 4, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de los cuales, el 3% manifestó depresión rasgo en un nivel mínimo y el 8% leve. Igualmente, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 55% manifestó una frecuencia de ocurrencia de depresión leve y el 4% moderado. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 8% reveló depresión como disposición estable mínimo y el 22% moderado.

Tabla 6*Evitación experiencial y eutimia estado en pacientes Covid-19.*

Evitación experiencial		Eutimia estado		Total
		Leve	Moderado	
Leve	f	8	3	11
	%	8%	3%	11%
Moderado	f	26	33	59
	%	26%	33%	59%
Severo	f	18	12	30
	%	18%	12%	30%
Total	f	52	48	100
	%	52%	48%	100%

Nota. La mayoría presentó evitación experiencial moderado y eutimia estado leve.

Figura 5*Evitación experiencial y eutimia estado en pacientes Covid-19.*

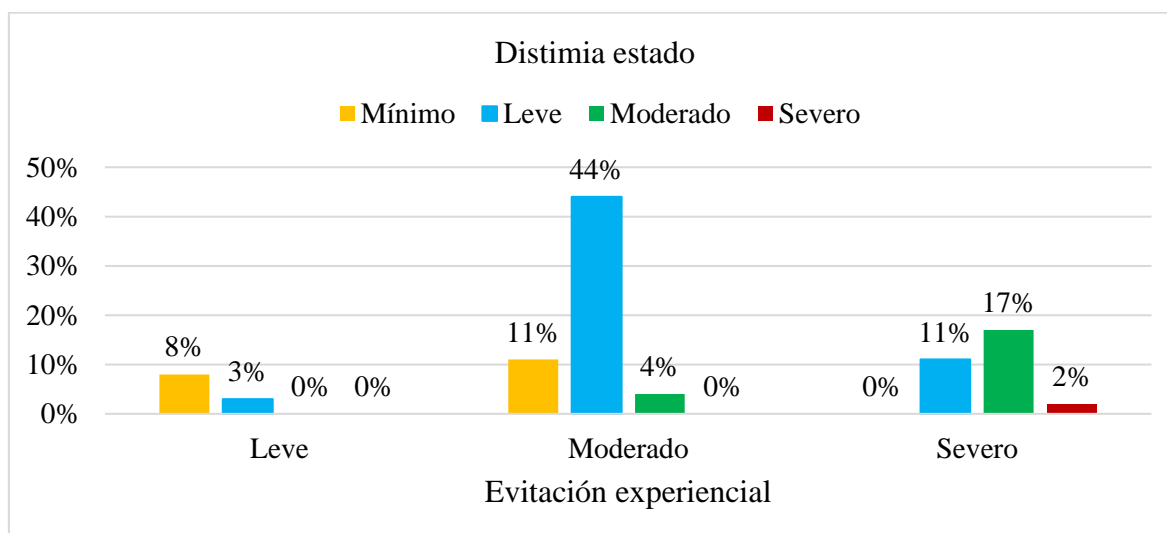
Nota. Resultados en base al AAQ-II y el IDER – 2021.

Interpretación: Según lo observado en la Tabla 6 y Figura 5, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de estos, el 8% manifestó eutimia estado en un nivel leve y el 3% moderado. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 26% manifestó un grado leve en la ausencia de afectos positivos y el 33% moderado. Finalmente, del 31% con evitación experiencial en un nivel severo, el 18% reveló la ausencia de afectos positivos de carácter temporal en un nivel leve y el 12% moderado.

Tabla 7*Evitación experiencial y distimia estado en pacientes Covid-19.*

Evitación experiencial		Distimia estado				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Leve	f	8	3	0	0	11
	%	8%	3%	0%	0%	11%
Moderado	f	11	44	4	0	59
	%	11%	44%	4%	0%	59%
Severo	f	0	11	17	2	30
	%	0%	11%	17%	2%	30%
Total	f	19	58	21	2	100
	%	19%	58%	21%	2%	100%

Nota. La mayoría presentó distimia estado leve y evitación experiencial moderado.

Figura 6*Evitación experiencial y distimia estado en pacientes Covid-19.*

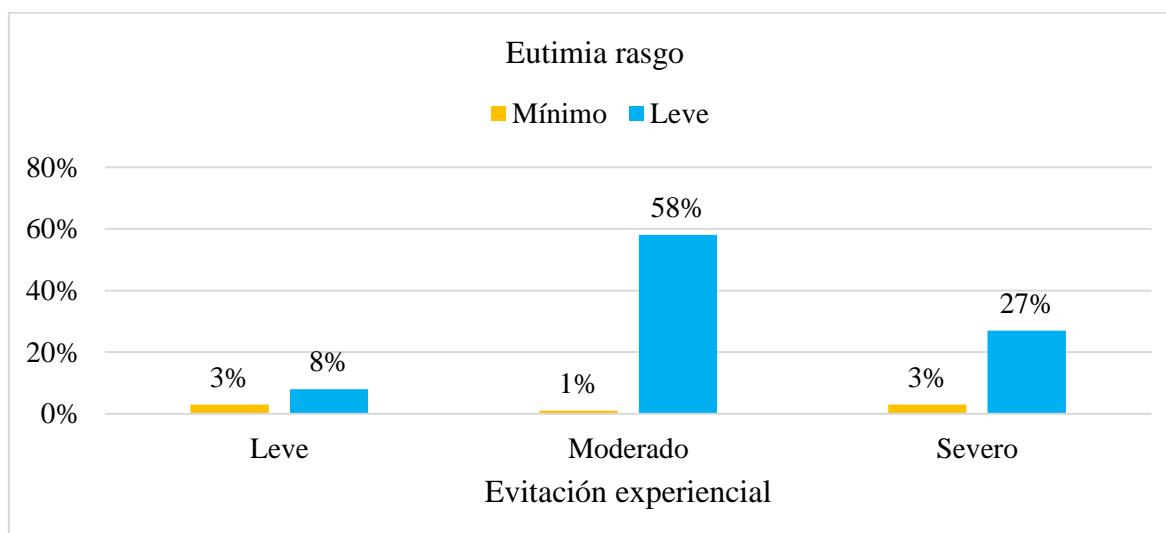
Nota. Resultados en base al AAQ-II y el IDER – 2021.

Interpretación: Según lo observado en la Tabla 7 y Figura 6, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de estos, el 8% manifestó distimia estado en un nivel mínimo y el 3% leve. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 11% manifestó un grado mínimo en la presencia de afectos negativos, el 44% leve y el 4% moderado. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 11% reveló la presencia de afectos positivos de carácter temporal en un nivel leve, el 17% moderado y el 2% severo.

Tabla 8*Evitación experiencial y eutimia rasgo en pacientes Covid-19.*

Evitación experiencial		Eutimia rasgo		Total
		Mínimo	Leve	
Leve	F	3	8	11
	%	3%	8%	11%
Moderado	F	1	58	59
	%	1%	58%	59%
Severo	F	3	27	30
	%	3%	27%	30%
Total	F	7	93	100
	%	7%	93%	100%

Nota. La mayoría presentó eutimia rasgo leve y evitación experiencial moderado.

Figura 7*Evitación experiencial y eutimia rasgo en pacientes Covid-19.*

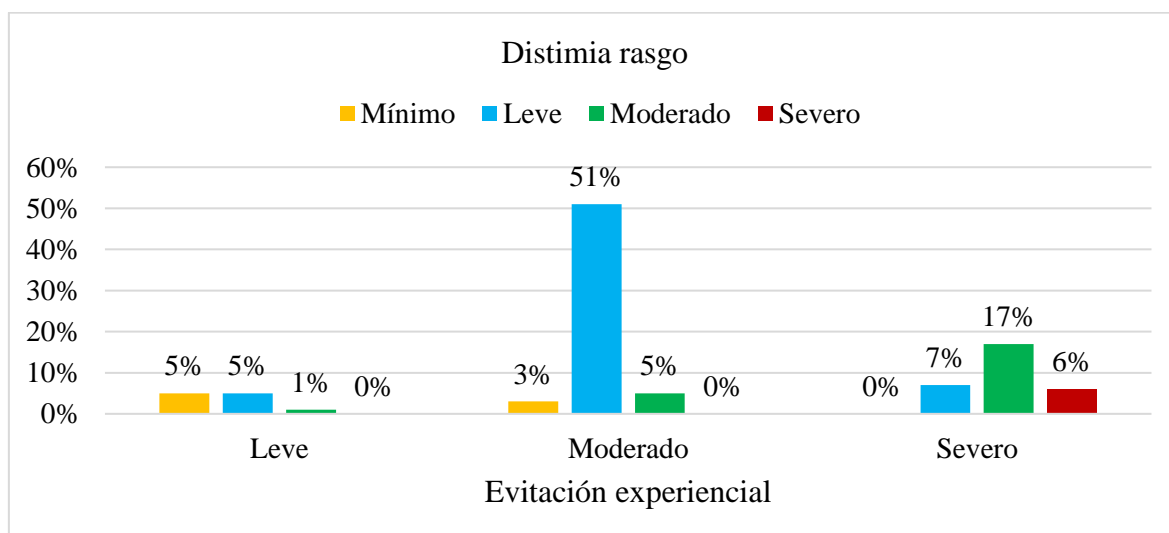
Nota. Resultados en base al AAQ-II y el IDER – 2021.

Interpretación: Según lo observado en la Tabla 8 y Figura 7, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de ellos, el 3% manifestó eutimia rasgo en un nivel mínimo y el 8% leve. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 1% manifestó una frecuencia mínima en la ausencia de afectos positivos y el 58% leve. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 3% reveló la ausencia de afectos positivos de carácter general en un nivel mínimo y el 27% leve.

Tabla 9*Evitación experiencial y distimia rasgo en pacientes Covid-19.*

Evitación experiencial		Distimia rasgo				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Leve	f	5	5	1	0	11
	%	5%	5%	1%	0%	11%
Moderado	f	3	51	5	0	59
	%	3%	51%	5%	0%	59%
Severo	f	0	7	17	6	30
	%	0%	7%	17%	6%	30%
Total	f	8	63	23	6	100
	%	8%	63%	23%	6%	100%

Nota. La mayoría presentó eutimia rasgo leve y evitación experiencial moderado.

Figura 8*Evitación experiencial y distimia rasgo en pacientes Covid-19.*

Nota. Resultados en base al AAQ-II y el IDER – 2021.

Interpretación: Según lo observado en la Tabla 9 y Figura 8, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de ellos, el 5% manifestó distimia rasgo, tanto en un nivel mínimo como leve, y el 1% leve. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 3% manifestó una frecuencia mínima en la presencia de afectos negativos, el 51% leve y el 5% moderado. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 7% reveló la presencia de afectos negativos de carácter general en un nivel leve, el 17% moderado y el 6% severo.

5.2. Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa y significativa.

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La **H₁** se aprueba. **Es significativo**

P-valor $> \alpha$ = La **H₀** se aprueba. **No es significativo**

Prueba de Coeficiente de Rho de Spearman - Bivariadas

Tabla 10

Correlación entre evitación experiencial y depresión Estado-Rasgo.

Variable	Nº	Rho de Spearman	P-valor	Valoración	Nivel alfa
Evitación Experiencial	100	0,548	0,000	<	0,05
Depresión estado-rasgo		0,702	0,000		

Lectura del p-valor: El p-valor (0,000 y 0,000) de la depresión estado-rasgo es menor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, existe relación directa y significativa.

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna. El valor de Rho de Spearman es de 0,548 para el estado y 0,702 para el rasgo, es decir, la relación de la depresión estado es directa y moderada, y la depresión rasgo es directa y alta.

Conclusiones estadísticas: H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión Estado-Rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.

Interpretación: Existe relación directa y significativa entre las variables, es decir, los niveles de evitación experiencial se relacionan con la presencia de depresión estado-rasgo en los pacientes Covid-19 del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja – 2021.

Hipótesis específica 1

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa y significativa.

Prueba de Coeficiente de Rho de Spearman - Bivariadas

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La **H₁** se aprueba. **Es significativo**

P-valor $> \alpha$ = La **H₀** se aprueba. **No es significativo**

Tabla 11

Correlación entre evitación experiencial y eutimia estado.

Variable	Nº	Rho de Spearman	P-valor	Valoración	Nivel alfa
Evitación Experiencial Eutimia estado	100	-0,021	0,833	>	0,05

Lectura del p-valor: El p-valor (0,833) es mayor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no existe relación directa y significativa.

Decisión estadística: Se acepta la hipótesis nula, y se rechaza la hipótesis alterna. El valor de Rho de Spearman es de -0,021, es decir, la relación no es directa.

Conclusiones estadísticas: H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa y significativa.

Interpretación: No existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la eutimia estado, es decir, los niveles de evitación experiencial no se relacionan con el grado de depresión como condición puntual en términos de ausencia de afectos positivos en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja.

Hipótesis específica 2

- H₁** La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.
- H₀** La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa y significativa.

Prueba de Coeficiente de Rho de Spearman - Bivariadas

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La **H₁** se aprueba. **Es significativo**

P-valor $> \alpha$ = La **H₀** se aprueba. **No es significativo**

Tabla 12

Correlación entre evitación experiencial y distimia estado.

Variable	Nº	Rho de Spearman	P-valor	Valoración	Nivel alfa
Evitación Experiencial Distimia estado	100	0,668	0,000	<	0,05

Lectura del p-valor: El p-valor (0,000) es menor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, existe relación directa y significativa.

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna. El valor de Rho de Spearman es 0,668, es decir, la relación es directa y alta.

Conclusiones estadísticas: H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.

Interpretación: Existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la distimia estado, es decir, los niveles de evitación experiencial se relacionan con el grado de depresión como condición puntual en términos de presencia de afectos negativos en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja.

Hipótesis específica 3

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa y significativa.

Prueba de Coeficiente de Rho de Spearman - Bivariadas

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La **H₁** se aprueba. **Es significativo**

P-valor $> \alpha$ = La **H₀** se aprueba. **No es significativo**

Tabla 13

Correlación entre evitación experiencial y eutimia rasgo.

Variable	Nº	Rho de Spearman	P-valor	Valoración	Nivel alfa
Evitación Experiencial Eutimia rasgo	100	0,059	0,560	>	0,05

Lectura del p-valor: El p-valor (0,560) es mayor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no existe relación directa y significativa.

Decisión estadística: Se acepta la hipótesis nula, y se rechaza la hipótesis alterna. El valor de Rho de Spearman es de 0,059, es decir, la relación es directa pero baja.

Conclusiones estadísticas: H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa y significativa.

Interpretación: No existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo, es decir, los niveles de evitación experiencial no se relacionan con la frecuencia de depresión como disposición estable en términos de ausencia de afectos positivos en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja.

Hipótesis específica 4

H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.

H₀ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 no es directa y significativa.

Prueba de Coeficiente de Rho de Spearman - Bivariadas

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La **H₁** se aprueba. **Es significativo**

P-valor $> \alpha$ = La **H₀** se aprueba. **No es significativo**

Tabla 14

Correlación entre evitación experiencial y distimia rasgo.

Variable	Nº	Rho de Spearman	P-valor	Valoración	Nivel alfa
Evitación Experiencial Distimia rasgo	100	0,680	0,000	<	0,05

Lectura del p-valor: El p-valor (0,000) es menor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, existe relación directa y significativa.

Decisión estadística: Se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna. El valor de Rho de Spearman es 0,680, es decir, la relación es directa y alta.

Conclusiones estadísticas: H₁ La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa y significativa.

Interpretación: Existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la distimia rasgo, es decir, los niveles de evitación experiencial se relacionan con la frecuencia de depresión como disposición estable en términos de presencia de afectos negativos en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO

Si bien es cierto, diversas investigaciones le han prestado atención al impacto de la pandemia sobre la salud mental de la población en general, son pocos los estudios que se han enfocado en los pacientes Covid-19; considerando que estos forman parte del grupo más expuesto y vulnerable en el contexto hospitalario, puesto que, además de su patología física, experimentan temor o angustia por su estado de salud, culpa por las personas que pudieron infectar, estrés por su inactividad personal y laboral, incertidumbre o frustración sobre su futuro, y miedo a la muerte (Li y otros., 2020), factores que podrían estar contribuyendo a la aparición de diversas patologías psiquiátricas caracterizadas por la soledad, tristeza, desesperación, negación, tensión o presión, insomnio o hipersomnias, irritabilidad, entre otros síntomas que agudizan la salud mental (Ornell y otros., 2020).

Toda esta situación generaría que los pacientes estén en contacto directo, intenso y frecuente con eventos privados (emociones, sensaciones y/o pensamientos) de tipo aversivo, por ejemplo, tristeza “me siento decaído” o preocupaciones “no me voy a recuperar”, y en el intento de control, alteración, evasión o disminución, los estaría conduciendo a aliviar su dolor, malestar y/o enfermedad a través del uso de patrones de evitación (Santamaría, 2020).

La evitación experiencial ha sido un fenómeno ampliamente estudiado como dimensión funcional de diversos trastornos psiquiátricos, por lo que, es probable que su presentación excesiva se asocie con niveles más altos de psicopatología como depresión, ansiedad u otras alteraciones psicológicas (Hayes y otros., 2004) y, tomando en cuenta que, la revisión de estudios del impacto de la pandemia sobre la salud mental de los pacientes hospitalizados por Covid-19, reportan principalmente episodios depresivos, desde un nivel leve hasta niveles más graves acompañados de síntomas psicóticos (Paredes y otros., 2020), es vital esclarecer el lugar de las variables analizadas en el contexto actual de la pandemia, y la posible relación entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19. En ese sentido, se abordan los resultados del presente estudio:

Como respuesta a la relación entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo, se encontró que; por un lado, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, los cuales, a su vez, manifestaron depresión estado en un nivel leve. Asimismo, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 54% manifestó un grado de afectación leve y el 5% moderado. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 12% reveló depresión como condición puntual leve y el 18% moderado (véase Tabla 4 y Figura 3); por otro lado, el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de los cuales, el 3% manifestó depresión rasgo en un nivel mínimo y el 8% leve. Igualmente, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 55% manifestó una frecuencia de ocurrencia de depresión leve y el 4% moderado. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 8% reveló depresión como disposición estable mínimo y el 22% moderado (véase Tabla 5 y Figura 4).

Lo anterior indica que la mayoría de pacientes Covid-19 (89%) presentó patrones problemáticos de evitación experiencial en el intento de desapegarse de sus pensamientos y

emociones desagradables mediante el control, evasión, disminución o alteración, generando que estas sean más difíciles, intensas y frecuentes (Santamaría, 2020). Pese a que, la evitación experiencial es un fenómeno común para hacer frente a situaciones de malestar crónico o generalizado y con efectos positivos a corto plazo, puede conllevar a vivir una vida limitada caracterizada de profundo sufrimiento en varias esferas de la vida (Wilson y Luciano, 2002), dado que, el no estar dispuesto a experimentar una emoción o pensamiento negativo, conlleva a relacionarse directamente con ellas (experiencias privadas), cuya función puede ser limitante y problemática al presentarse de manera cíclica y constante (Hayes y otros., 1996). Así lo evidencia el estudio de Secer y otros. (2020), que encontró que la evitación experiencial representaría un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, cuya disminución estaría mediada por una mayor apertura a la experiencia y la conciencia conductual. Por lo que, las reacciones de evitación experiencial serían un factor de riesgo para la salud mental de los pacientes Covid-19 en el contexto hospitalario, ya que se encuentran expuestos de manera más frecuente a emociones y pensamientos de tipo aversivo a causa de su enfermedad, los cuales, repercutirían su vida a nivel personal, familiar, social y económico, al igual que, en sus pasatiempos, proyectos, valores y metas (Santamaría, 2020).

Asimismo, en cuanto a la manifestación de depresión estado-rasgo, se desprende que el 77% de pacientes Covid-19 evidenció depresión estado en un nivel leve y el 71% depresión rasgo en un nivel leve. La depresión estado contempla el grado de afectación o severidad de la depresión como condición puntual que implica la presencia de síntomas de ánimo depresivo y/o anhedonia durante un periodo no menor de dos semanas (Spielberger y otros., 2008). Aun cuando estos resultados indican un grado leve de afectación de depresión estado como condición puntual frente a la situación hospitalaria en la mayoría de pacientes Covid-19, no quiere decir que no existan tales síntomas, puesto que, en muchos casos se ha

evidenciado la alta prevalencia de depresión asociada a la enfermedad por coronavirus, tal es así que el 23% de depresión estado se presentó en un nivel moderado. En efecto, un estudio llevado a cabo en Europa, reportó estado de ánimo depresivo en el 32,6% de pacientes ingresados por Covid-19, trastorno depresivo en el 10,5% de pacientes recuperados y se estima que 14,9% podría presentar alteración crónica de su estado de ánimo, incluso posterior a su recuperación (Rogers y otros., 2020). Así también, en Latinoamérica se encontró una alta prevalencia de humor depresivo (91,0%) y disminución de la vitalidad (86,5%) en pacientes infectados por Covid-19, aspectos que se asocian a una mayor prevalencia de depresión bajo el contexto hospitalario (Lorenzo y otros., 2021); así como, una elevada manifestación de síntomas depresivos en el 29% de pacientes hospitalizados por Covid-19, los cuales, a las dos semanas de recuperación persistieron en el 20% de evaluados (Parker y otros., 2021). De igual forma, se distinguió una mayor manifestación de síntomas depresivos en el 52,4% de personas que informaron haber enfermado de Covid-19, lo que implicaría una mayor predisposición de los pacientes a experimentar síntomas de depresión posterior a su recuperación (Perlis y otros., 2021). Al respecto, conviene analizar la depresión rasgo como la frecuencia de ocurrencia de depresión como disposición estable de la afectividad que implica mayor duración, pero menor intensidad que en el estado de la depresión, el cual hace más vulnerable al individuo hacia el desarrollo de reacciones depresivas (Spielberger y otros., 2008). En tanto, los resultados evidencian una frecuencia leve de ocurrencia de la depresión como disposición estable en la mayoría de pacientes Covid-19 (71%), no obstante, la prevalencia de este tipo de manifestación de depresión podría generar vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas, teniendo en cuenta, además, que el 26% de pacientes con dicha manifestación se ubica en un nivel moderado. Frente a ello, se reconoce que la depresión forma parte de una “epidemia silenciosa” presente en Latinoamérica, independientemente del brote del nuevo coronavirus

SARS-CoV-2, lo cual, agravaría la situación de los pacientes Covid-19, debido a que cerca del tercio de los recuperados podrían padecer cambios prolongados en su estado de ánimo, llevándolos a generar patologías afectivas que se constituyan como una disposición estable de su personalidad (ONU, 2020). De ahí que, la manifestación de depresión en el 63,9% de pacientes tras el padecimiento de Covid-19, se habría incrementado en hasta cinco veces, respecto a la presencia de síntomas depresivos (Luque, 2020); el cual, según Ayar Nizama, especialista en psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental, se haría más probable cuando la enfermedad respiratoria fue grave (USIL, 2020).

En vista de este resultado, se torna imprescindible indagar la principal afección mental que los pacientes Covid-19 de la ciudad de Jauja estarían experimentando. La Jefa del Centro de Salud Mental Comunitario del Valle del Mantaro, Lizzeth Aldana, a través de la plataforma virtual de la Dirección Regional de Salud (DIRESA, 2020), da a conocer un aumento de hasta un 25% de alteraciones psicológicas a consecuencia de la emergencia sanitaria, cuya manifestación psicológica recurrente en pacientes Covid-19 estaría caracterizada por el trastorno depresivo, a causa del aislamiento por hospitalización. Asimismo, el Seguro Social de Salud (EsSalud, 2020) de la Región Junín, a través de sus canales y rutas de atención psicológica (llamadas telefónicas o teleconsulta), encontró que los pacientes que padecen de Covid-19 presentan una mayor predisposición a padecer cuadros de depresión.

Por consiguiente, es comprensible la relación que existe entre la evitación experiencial y depresión estado-rasgo, tal y como lo demuestra la contrastación de hipótesis a través del coeficiente de correlación de Rho de Spearman – Bivariadas, que reportó un p-valor de 0,000, tanto para el estado como para el rasgo de la depresión, menores al nivel alfa (0,05), los cuales, indicarían que existe relación directa y estadísticamente significativa, además, un valor rho de 0,548 para el estado y 0,702 para el rasgo, es decir, la relación de la

depresión estado es directa y moderada, y la depresión rasgo es directa y alta (véase Tabla 10). Así pues, la evitación experiencial en la mayoría de pacientes Covid-19 del Hospital Domingo Olavegoya, se constituiría como un patrón conductual de solución y/o afrontamiento inmediato y generalizado de su enfermedad a través de reglas rígidas con el objetivo de intentar evitar o controlar el aumento del malestar mediante la racionalización del comportamiento (Luciano y Hayes, 2001), que conllevaría a desarrollar síntomas depresivos como condición puntual, ya sea como distimia estado (malestar general, tristeza, ansiedad, miedo, hostilidad, disgusto, soledad) o eutimia estado (pérdida de interés, anhedonia, bajo nivel de energía, pérdida de entusiasmo, disminución en el nivel de alerta mental, pobre esperanza frente al futuro), que explicarían el grado de afectación ante situaciones específicas del entorno de carácter temporal; y reacciones depresivas como disposición general, ya sea como distimia rasgo (pesimismo, intranquilidad, actitud de malestar la mayor parte del tiempo) o eutimia rasgo (actitud desinteresada, sentimientos permanentes de desesperanza, posibilidad de responder cognitiva, afectiva y conductualmente de forma negativa) que explicaría la frecuencia de ocurrencia de depresión ante las circunstancias vitales (Spielberger y otros., 2008), experimentados por los pacientes en el contexto hospitalario. Cabe concluir que, existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, es decir, la evitación experiencial se constituiría como un patrón conductual que pese ser aparentemente positivo a corto plazo, conllevaría a desarrollar síntomas depresivos ante la situación hospitalaria que atraviesan los pacientes, así como, estados o reacciones depresivas ante diversas situaciones de la vida, por lo tanto, la evitación experiencial representaría un factor de riesgo que agravaría la salud mental del paciente, si es presenta ocurrencia generalizada y cíclica (largo plazo).

En relación con lo hallado en el presente estudio, se encuentra la investigación de Lorenzo y otros. (2021), quienes reportaron una frecuencia del 91,89% de pacientes con humor depresivo asociado a la percepción negativa de la enfermedad de Covid-19, es decir, mientras mayor sea el grado de evaluación negativa de sensaciones, pensamientos o sentimientos y, por ende, su evitación, mayor sería la prevalencia de sintomatología depresiva. Por su parte, Vásquez (2018) encontró una media de 56,13% de pacientes con evitación experiencial y un 15,09% con sintomatología depresiva moderada, puntuaciones que se correlacionaron de manera positiva y estadísticamente significativa, lo que quiere decir, a mayor nivel de evitación experiencial se observaría una mayor intensidad en la sintomatología depresiva.

Para la comprensión pertinente de los análisis planteados líneas arriba, se dispuso estudiar las dimensiones del estado y el rasgo de la depresión, que en ambos casos son, la eutimia, entendida de manera general como afectividad positiva, y la distimia, caracterizada por la afectividad negativa (Agudelo y otros., 2014), y su correspondiente correlación con la evitación experiencial. Relaciones que contribuyeron a vislumbrar mejor la disposición de las interacciones entre los fenómenos analizados y el porqué de su significancia. Tales resultados se presentan a continuación:

En cuanto a la relación entre la evitación experiencial y la eutimia estado, se halló que el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de estos, el 8% manifestó eutimia estado en un nivel leve y el 3% moderado. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 26% manifestó un grado leve en la ausencia de afectos positivos y el 33% moderado. Finalmente, del 31% con evitación experiencial en un nivel severo, el 18% reveló la ausencia de afectos positivos de carácter temporal en un nivel leve y el 12% moderado (véase Tabla 6 y figura 5). Dichos porcentajes reflejan que la mayoría de pacientes Covid-19 presentó eutimia estado leve (52%), este da

cuenta del grado en el que la depresión se hizo presente durante la evaluación en concordancia con la ausencia de afecto positivo (Agudelo y otros., 2014), por lo que, a pesar de la etimología positiva que posee la eutimia, una puntuación alta de esta dimensión implicaría una baja afectividad positiva (Spielberger y otros., 2008), no obstante, los resultados indican que los pacientes no experimentaron alta pérdida de interés, bajo nivel de energía, anhedonia o disminución de la capacidad para experimentar placer, pérdida de entusiasmo, pobre esperanza frente al futuro o disminución total en el nivel de alerta mental (Spielberger y otros., 2008). En tal sentido, la evitación experiencial no estaría generando eutimia estado en los pacientes Covid-19, tal y como lo demuestra la comprobación de hipótesis a través del coeficiente de Correlación de Rho de Spearman que reportó un p-valor de 0,833, mayor al nivel alfa (0,05), es decir, no existe relación directa y estadísticamente significativa (véase tabla 11). Por lo tanto, se concluye que no existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021, esto significa que, la evitación experiencial no se relaciona con el grado de depresión caracterizada por la ausencia de afecto positivo (sentimiento de bienestar, ánimo, entusiasmo, satisfacción, energía), cuyo carácter es temporal en los pacientes.

En cuanto a la relación entre la evitación experiencial y la distimia estado, se encontró que el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de estos, el 8% manifestó distimia estado en un nivel mínimo y el 3% leve. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 11% manifestó un grado mínimo en la presencia de afectos negativos, el 44% leve y el 4% moderado. Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 11% reveló la presencia de afectos positivos de carácter temporal en un nivel leve, el 17% moderado y el 2% severo (véase Tabla 7 y Figura 6). Resultados que evidencian que la mayoría de pacientes Covid-19

manifiesta distimia estado leve (58%), este da cuenta del grado en el que la depresión se hizo presente durante la evaluación en concordancia con la presencia de afecto negativo (Agudelo y otros., 2014), cuyo carácter es temporal y suele estar asociado con eventos específicos o puntuales que generarían sensación de malestar general, tristeza, miedo, ansiedad, hostilidad, soledad, disgusto, y demás síntomas (Spielberger y otros., 2008), que estarían presentes en el 21% de pacientes en un nivel moderado y en el 2% en un nivel severo, con los cuales, se demostraría que el manejo problemático de respuestas de evitación experiencial tendría que ver con la distimia estado, en la medida de que los pacientes podrían estar rindiéndose ante los patrones conductuales de evitación de emociones o pensamientos desagradables en torno a las condiciones hospitalarias (Hayes y otros., 1996). Así pues, se entendería que la distimia estado es aquella reacción emocional que caracterizaría la manifestación de depresión en los pacientes Covid-19 y se relacionaría directamente con la evitación experiencial. Esta conjetura se corrobora mediante la comprobación de hipótesis a través del coeficiente de correlación de Rho de Spearman que reportó un p-valor de 0,000, menor al nivel alfa (0,05), el cual, indicaría que existe relación directa y estadísticamente significativa (véase Tabla 12). Cabe concluir que la evitación experiencial y la distimia estado se relacionan de manera directa y significativa en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, esto es, a mayor nivel de evitación experiencial, mayor grado de depresión caracterizada por la presencia de afecto negativo (malestar general, tristeza, ansiedad, miedo, hostilidad, disgusto, soledad), cuyo carácter es temporal en los pacientes.

En cuanto a la relación entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo, se determinó que el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de ellos, el 3% manifestó eutimia rasgo en un nivel mínimo y el 8% leve. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 1% manifestó una frecuencia mínima en la ausencia de afectos positivos y el 58% leve. Finalmente, del 30% con evitación

experiencial en un nivel severo, el 3% reveló la ausencia de afectos positivos de carácter general en un nivel mínimo y el 27% leve (véase Tabla 8 y Figura 7). Cifras que representan una manifestación leve de eutimia rasgo en la mayoría de pacientes Covid-19 (93%), el cual, da cuenta de la frecuencia de ocurrencia de la depresión durante la evaluación en concordancia con la ausencia de afecto positivo que se mantiene en el tiempo (Agudelo y otros., 2014), sin embargo, los resultados no indican el mantenimiento de una actitud desinteresada o sentimientos permanentes de desesperanza (Spielberger y otros., 2008), que llevarían al paciente Covid-19 a interpretar de manera adversa (afectiva, cognitiva y conductualmente) la situación hospitalaria en la que se encuentran, así como, las distintas situaciones vitales y, consecuentemente, generar episodios o trastornos del estado de ánimo (Hayes y otros., 1996). Según los datos encontrados, la evitación experiencial no estaría generando eutimia rasgo en los pacientes Covid-19, tal y como lo demuestra la comprobación de hipótesis mediante el coeficiente de Correlación de Rho de Spearman que reportó un p-valor de 0,560, mayor al nivel alfa (0,05), es decir, no existe relación directa y estadísticamente significativa (véase tabla 13). En tal sentido, se concluye que no existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, esto significa que, la evitación experiencial no se relaciona con la frecuencia de depresión caracterizada por la ausencia de afecto positivo (esperanza, dicha, plenitud, disfrute de la vida, energía), cuyo carácter es estable ante las circunstancias vitales.

En cuanto a la relación entre la evitación experiencial y distimia rasgo, se demostró que el 11% de pacientes Covid-19 presentó evitación experiencial leve, de ellos, el 5% manifestó distimia rasgo, tanto en un nivel mínimo como leve, y el 1% leve. Además, del 59% de pacientes que evidenció evitación experiencial moderado, el 3% manifestó una frecuencia mínima en la presencia de afectos negativos, el 51% leve y el 5% moderado.

Finalmente, del 30% con evitación experiencial en un nivel severo, el 7% reveló la presencia de afectos negativos de carácter general en un nivel leve, el 17% moderado y el 6% severo (véase Tabla 9 y Figura 8). De acuerdo con estos datos, la mayoría de pacientes Covid-19 se ubicaría en un nivel leve de distimia rasgo (63%), el cual da cuenta de la frecuencia de la depresión durante la evaluación en concordancia con la presencia de afecto negativo que se mantiene en el tiempo (Agudelo y otros., 2014), así como lo demuestran los pacientes Covid-19 ante cualquier situación adversa de la vida, respondiendo de manera negativa ante la valoración desfavorable de los acontecimientos que generarían vulnerabilidad frente al desarrollo de reacciones depresivas y cuadros psicopáticos del estado de ánimo, caracterizadas por la actitud de malestar, pesimismo e intranquilidad (Spielberger y otros., 2008), cuyo detonador tendría que ver con el manejo problemático de respuestas de evitación experiencial de los pacientes Covid-19; toda vez que podrían estar haciendo uso generalizado de patrones conductuales de evitación de eventos privados (emociones y/o pensamientos) de tipo aversivo para enfrentar las circunstancias vitales (Hayes y otros., 1996). De modo que, la ocurrencia de depresión en los pacientes Covid-19, se explicaría por la distimia rasgo como reacción emocional negativa que se relacionaría de manera directa con la evitación experiencial. Dicha proposición se confirma en la comprobación de hipótesis a través del coeficiente de correlación de Rho de Spearman que reportó un p-valor de 0,000, menor al nivel alfa (0,05), el cual, indicaría que existe relación directa y estadísticamente significativa (véase Tabla 14). Con ello, se concluye que la evitación experiencial y la distimia rasgo se relacionan de manera directa y significativa en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, es decir, a mayor nivel de evitación experiencial, mayor frecuencia de depresión caracterizada por la presencia de afecto negativo (pesimismo, intranquilidad, actitud de malestar la mayor parte del tiempo), cuyo carácter es estable ante las circunstancias vitales.

Por último, el hecho de que la mayoría de pacientes Covid-19 del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja haya presentado altos niveles de evitación experiencial asociados a una prevalencia leve de depresión estado-rasgo, conlleva a hipotetizar la presencia y atención de otras alteraciones psicopatológicas caracterizadas por los sentimientos de tristeza o soledad, miedo o ansiedad, recuerdos de imágenes traumáticas, entre otras., que podrían explicar mejor la presencia del fenómeno en el contexto hospitalario, toda vez que, la evitación experiencial representa un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Por tanto, se hace necesaria la formulación de nuevos estudios que ayuden a dilucidar dicha problemática.

CONCLUSIONES

1. Existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, es decir, es decir, la evitación experiencial se constituiría como un patrón conductual, que pese ser aparentemente positivo a corto plazo, conllevaría a desarrollar síntomas depresivos ante la situación hospitalaria que atraviesan los pacientes, así como, estados o reacciones depresivas ante diversas situaciones de la vida
2. No existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, esto significa que, la evitación experiencial no se relaciona con el grado de depresión caracterizada por la ausencia de afecto positivo (sentimiento de bienestar, ánimo, entusiasmo, satisfacción, energía), cuyo carácter es temporal en los pacientes.
3. Existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la distimia estado en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, esto es, a mayor nivel de evitación experiencial, mayor grado de depresión caracterizada

- por la presencia de afecto negativo (malestar general, tristeza, ansiedad, miedo, hostilidad, disgusto, soledad), cuyo carácter es temporal.
4. No existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, esto significa que, la evitación experiencial no se relaciona con la frecuencia de depresión caracterizada por la ausencia de afecto positivo (esperanza, dicha, plenitud, disfrute de la vida, energía), cuyo carácter es estable ante las circunstancias vitales.
 5. Existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en los pacientes Covid-19 de un Hospital de la ciudad de Jauja – 2021, es decir, a mayor nivel de evitación experiencial, mayor frecuencia de depresión caracterizada por la presencia de afecto negativo (pesimismo, intranquilidad, actitud de malestar la mayor parte del tiempo), cuyo carácter es estable ante las circunstancias vitales.

RECOMENDACIONES

1. Publicar los resultados abordados por la presente contribución científica, con el objetivo de que los usuarios dispongan de la información, no sin antes, instruirlos para el adecuado manejo e interpretación de datos y, de tal manera, evitar las consecuencias de su incorrecta y/o mala aplicación.
2. Dar continuidad a los resultados hallados en la presente investigación a través de análisis más extensos, y si es que así se considerase, ejecutar cambios o mejoras en la metodología investigativa, que permita la generalización de resultados sobre la salud mental, en términos de evitación experiencial y depresión estado-rasgo de pacientes Covid-19 en el contexto hospitalario.
3. Se exhorta la formulación de nuevos estudios sobre el fenómeno de la evitación experiencial frente a otras alteraciones psicológicas (ansiedad, estrés postraumático, síntomas psicóticos) que, al igual que, los trastornos depresivos, podrían manifestarse por los pacientes Covid-19 en el contexto hospitalario.
4. Al Hospital Domingo Olavegoya, tomar los resultados del presente estudio para tener una perspectiva más clara de prevención y promoción de la salud mental de los

pacientes Covid-19, así como, intervención basada en la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en torno al fenómeno de la evitación experiencial y, consecuentemente, la depresión estado-rasgo.

5. A la Universidad Peruana Los Andes, promover e incentivar la investigación por medio de inversiones dirigidas a estudios internos y externos de docentes, estudiantes y egresados, siguiendo la línea de investigación y los principios éticos que rige la práctica científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, D., Spielberger, C. D., & Buela, C. G. (Junio de 2007). La depresión ¿Un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, XXX(3), 20-28. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam073c.pdf>
- Agudelo, V. D., Gómez, M. Y., & López, P. L. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, XXXII(1), 71-84. Recuperado el 31 de Enero de 2022, de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a06.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR* (Primera ed.). (A. J. López-Ibor, Ed.) Barcelona, España: Masson. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de <https://books.google.com.pe/books?id=m6Wdcfn80DwC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=true>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (Primera ed.). (R. Restrepo, Trad.) Whashington, DC, Estados Unidos: APA. Recuperado el 18 de Mayo de 2021, de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Barnes, H. D., Rodríguez, V. M., & Whelan, R. (2005). La Teoría de los Marcos Relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, XXXVII(2), 255-275. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n2/v37n2a03.pdf>
- Barnes, H. Y., Hayes, S. C., Barnes, H. D., & Roche, B. (2001). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. *Advances in Child Development and Behavior*, XXVIII(1), 101-138. doi:10.1016 / s0065-2407 (02) 80063-5
- Barraca, M. J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, IV(3), 505-515. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de <https://www.ijpsy.com/volumen4/num3/97/spanish-adaptation-of-the-acceptance-and-EN.pdf>
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Gary, E. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (Décimonovena ed.). Bilbao, España: Desclée De Brouwer. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de

https://www.academia.edu/28242118/Terapia_cognitiva_de_la_depresion_Aaron_T_Beck_19a_ed

- Bond, F. W., Hayes, S., Baer, R., Carpintero, K., Guenole, N., Orcutt, H., . . . Zettle, R. (Diciembre de 2011). Propiedades psicométricas preliminares del Cuestionario de Aceptación y Acción-II: una medida revisada de inflexibilidad psicológica y evitación experiencial. *Behavior Therapy, ILII(4)*, 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brusadelli, E., Schubert, C., & Salcuni, S. (4 de December de 2020). Facing the coronavirus pandemic era. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, XXIII(1)*, 199-201. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33585303/>
- Cardelle, P. F., & Lorenzo, G. T. (2009). *Manual del Residente en Psiquiatría* (Primera ed.). Madrid, España: ENE. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/16888619/Manual_de_Residente_en_Psiquiatria
- Cárdenas, R. L., & Preciado, S. y. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario de aceptación y acción II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana*. Universidad César Vallejo, Escuela Profesional de Psicología. Lima: Repositorio de la Universidad César Vallejo. Recuperado el 18 de Junio de 2021, de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51414/C%c3%a1rdenas_RLA-Preciado_SRMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carrasco, D. S. (2006). *Metodología de la Investigación Científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación* (Primera ed.). Lima, Perú: San Marcos. Recuperado el 18 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/26909781/Metodologia_de_La_Investigacion_Cientifica_Carrasco_Diaz_1_
- Chinchilla, A., Correas, J., Quintero, F. J., & Vega, M. (2011). *Breviario de urgencias psiquiátricas* (Primera ed.). Barcelona, España: Elsevier Masson. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de <https://www.elsevier.com/books/breviario-de-urgencias-psiquiaticas/unknown/978-84-458-2036-0>
- Consejo Universitario de la UPLA. (16 de Septiembre de 2019). Reglamento General de Investigación de la Universidad Peruana los Andes. Huancayo, Perú. Recuperado el 18 de Junio de 2021, de <https://upla.edu.pe/nw/wp-content/uploads/2020/01/Reglamento-General-de-Investigaci%C3%B3n-2019.pdf>
- Dirección Regional de Salud. (10 de Octubre de 2020). Junín en 25% se incrementó ansiedad, depresión y estrés a consecuencia del Covid-19. *DIRESA - Junín*. Huancayo, Perú. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020101024_video_junin_en_25_se_increment_ansiedad_depresin_y_estrs_a_consecuencia_del_covid19

- Ferro, G. R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, *XII*(3), 445-450. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de <http://www.psicothema.com/pdf/355.pdf>
- García, M. M. (Septiembre de 2009). La Terapia de Aceptación y Compromiso. *Máster en Psicología Clínica, Adultos-Infantil: Formación de Psicoterapeutas de Conducta*(Primera). León, España: Centro de Psicología Conductual . Recuperado el 4 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/8174535/LA_TERAPIA_DE_ACECTACION_Y_COMPROMISO_PROFESOR_TUTOR_Mois%C3%A9s_Garc%C3%ADa_Mel%C3%B3n_Le%C3%B3n_Septiembre_de_2009
- Guardado, B. R. (2021). *Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por Covid-19*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina. San Nicolás de los Garza: Repositorio de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado el 12 de Mayo de 2021, de <http://eprints.uanl.mx/20784/3/Tesis%20Dr%20Ricardo%20Guardado%20Posgrado%20FINAL1.pdf>
- Guillén, C. L. (2018). *Evitación experiencial y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana*. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Psicología. Lima: Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1610/1.-Evitaci%C3%B3n%20experiencial%20y%20ansiedad%20en%20estudiantes%20de%20una%20universidad%20privada%20de%20Lima%20metropolitana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C., & Talbott, J. A. (1996). *Tratado de Psiquiatría* (Segunda ed.). Barcelona, España: Ancora, S.A. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/22473616/Tratado_de_psiquiatr%C3%ADa_Robert_E_Hales
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, *XII*(1), 99-110. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <https://contextualscience.org/files/Hayes%201984.pdf>
- Hayes, S. C., Bisset, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. D., Cooper, I. D., & Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, *IL*(1), 33-47 . doi:<https://doi.org/10.1007/BF03395305>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *ILIV*(1), 1-25. doi:10.1016 / j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies? *Behavior Therapy*, *XXXV*(1), 35-54. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de

https://www.researchgate.net/publication/222560834_DBT_FAP_and_ACT_How_empirically_oriented_are_the_new_behavior_therapy_technologies/link/5e0a56f492851c8364a6d80d/download

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica de cambio consciente* (Primera ed.). (R. Álvarez, Trad.) New York, Estados Unidos: Desclée de Brouwer. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/24962837/Terapia_de_Aceptaci%C3%B3n_y_Compromiso_Proceso_y_Pr%C3%A1ctica_del_Cambio_Consciente_Mindfulness_Hayes

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M., & Strosahi, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, LXIV*(6), 1152-1168. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de <https://contextualscience.org/files/184%20Experiential%20avoidance%20JCCP%201996.pdf>

Hayes, S., Strosahl, K., Wilsom, K., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., . . . Mccurry. (September de 2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, LIV*(1), 553-578. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de https://www.researchgate.net/publication/250916472_Measuring_experiential_avoidance_A_preliminary_test_of_a_working_model

Heinze, M. G., & Camacho, S. P. (2012). *Guía clínica para el manejo de la depresión* (Primera ed.). México, D.F., México: Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf

Hernández, S. R., & Mendoza, T. C. (2019). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (Sexta ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill Interamericana.

Instituto Nacional de Salud Mental. (19 de Febrero de 2018). *Depression*. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de NIMH: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/>

Keyes, C. L., Ryff, C. D., & Shmotkin, D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, LXXXII*(6), 1007–1022. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/11321311_Optimizing_Well-Being_The_Empirical_Encounter_of_Two_Traditions

Kroska, E. B., Roche, A. I., Adamowicz, J. L., & stegall, M. S. (6 de August de 2020). Psychological flexibility in the context of COVID-19 adversity: Associations with distress. *Journal of Contextual Behavioral Science, XVIII*(1), 28–33. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.011>

- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., . . . Xiang, Y. T. (15 de Marzo de 2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, XVI(10), 1732-1738. doi:10.7150/ijbs.45120
- Lorenzo, D. J., Díaz, A. H., Cuello, C. M., Ordoñez, Á. L., & Díaz, G. J. (28 de Febrero de 2021). Síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con COVID-19 en Pinar del Río. *Ciencias Médicas de Pinar del Río*, XXV(1), 1-9. Recuperado el 2 de Junio de 2021, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n1/1561-3194-rpr-25-01-e4858.pdf>
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, I(1), 109-157. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%F1ol&id=6>
- Luciano, S. C., Gutiérrez, M. O., & Rodríguez, V. M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, XXXVII(2), 333-358. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n2/v37n2a08.pdf>
- Luciano, S. M., & Valdivia, S. M. (Mayo de 2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, XXVII(2), 79-91. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Luque, C. N. (2020). *Ansiedad y depresión en pacientes post COVID-19 Hospital Carlos Monge Medrano 2020*. Universidad César Vallejo, Escuela Profesional de Medicina. Piura: Repositorio de la Universidad César Vallejo. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59347/Luque_CNM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Medina, M. M., Sarti, G. E., & Real, Q. T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (Primera ed.). México, D.F., México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
- Merino, S. C., Pflucker, M. D., & Riaño, H. D. (20 de Junio de 2012). Análisis factorial exploratorio del Inventario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP) en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, VIII(2), 319-330. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67925837008.pdf>
- Ministerio de Salud. (21 de Mayo de 2021). *Sala Situacional COVID-19 Perú*. Obtenido de MINSA: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

- Mori, N., & Caballero, J. (Agosto de 2010). Historia Natural de la Depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(10), 86-91. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666002.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (18 de Agosto de 2020). *COVID-19: Un tercio de los pacientes recuperados pueden sufrir ansiedad o depresión*. Recuperado el 21 de Mayo de 2021, de Noticias ONU: <https://news.un.org/es/story/2020/08/1479122>
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Abril de 2017). *Depresión*. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de OMS: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de Marzo de 2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. Recuperado el 26 de Mayo de 2021, de OMS: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de Mayo de 2021). *Panel de control de coronavirus (COVID-19) de la OMS*. Obtenido de World Health Organization: <https://covid19.who.int/>
- Organización Panamericana de la Salud. (1 de Junio de 2020). Covid-19: Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. Washington D. C., Estados Unidos: OPS. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Intervenciones-recomendadas-SMAPS-pandemia-COVID-19.pdf>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Paim, K. F. (3 de Abril de 2020). “Miedo pandémico” y COVID-19: carga y estrategias de salud mental. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 11(3), 232–235.
- Paredes, P. P., Dawaher, D. J., & Chérrez, P. M. (31 de Agosto de 2020). Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, XXXVIII(2), 55-64 . Recuperado el 5 de Junio de 2021, de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3234/2414>
- Parker, C., Shalev, D., Hsu, I., Shenoy, A., Cheung, S., Nash, S., . . . Shapiro, P. (2021). Depression, Anxiety, and Acute Stress Disorder Among Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019: A Prospective Cohort Study. *Psychosomatics*, LXII(2), 211-219. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33198962/>
- Patrón, E. F. (Enero de 2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, XV(1), 5-19. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de

https://www.researchgate.net/publication/45492419_LA_EVITACION_EXPERIENCIAL_Y_SU_MEDICION_POR_MEDIO_DEL_AAQ-II

- Patrón, E. F. (28 de Abril de 2012). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastronos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, *V*(1), 85-95. doi:10.5460/jbhsi.v5.1.38728
- Pérez, Á. M. (2007). La activación conductual y la demedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, *XXVIII*(2), 97-110. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/3685095/LA_ACTIVACION_CONDUCTUAL_Y_LA_DESMEDICALIZACION_DE_LA_DEPRESION
- Pérez, Á. M., Fernández, H. J., Fernández, R. C., & Amigo, V. I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I Adultos* (Primera ed.). Madrid, España: Pirámide. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <https://bibliotecaia.ism.edu.ec/Repo-book/g/Guia-de-tratamientos-psicologicos-eficaces-I-adultos.pdf>
- Perlis, R. H., Ognyanova, K., Santillana, M., Baum, M., Lazer, D., Druckman, J., & Della, V. J. (12 de March de 2021). Association of Acute Symptoms of COVID-19 and Symptoms of Depression in Adults. *JAMA Network Open*, *IV*(3), 1-4. Recuperado el 22 de Mayo de 2021, de <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2777421?resultClick=1>
- Plataforma Digital Única del Estado Peruano. (11 de Septiembre de 2020). *La salud mental después de la COVID-19*. Recuperado el 7 de Junio de 2021, de [gob.pe: https://www.gob.pe/institucion/saludpol/noticias/302237-la-salud-mental-despues-de-la-covid-19](https://www.gob.pe/institucion/saludpol/noticias/302237-la-salud-mental-despues-de-la-covid-19)
- Rogers, J., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., Mcguire, P., Fusar, P. P., . . . David, A. S. (18 de May de 2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, *I*(1), 1-17. doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Román, N. D. (2021). *Ansiedad y evitación experiencial en estudiantes de Psicología de una universidad estatal de Lima Metropolitana*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Profesional de Psicología. Lima: Repositorio de la UNMSM. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16320/Roman_nd.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ruiz, F. J., Langer, H. Á., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, *XXV*(1), 123-129. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9877/9622>

- Sánchez, C. H., & Reyes, M. C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica* (Quinta ed.). Lima, Perú: Business Support Aneth S.R.L.
- Sánchez, C. H., Yarlequé, C. L., Javier, A. L., Nuñez, L. E., Arenas, I. C., Matalinares, C. M., . . . Fernandez, F. C. (15 de Febrero de 2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Rev. Fac. Med. Hum.* , XXI(2), 346-353. Recuperado el 2 de Junio de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n2/2308-0531-rfmh-21-02-346.pdf>
- Santamaría, G. C. (Diciembre de 2020). Evitación experiencial en el contexto de la contingencia sanitaria por Covid-19. *Salud UIS*, LIV(4), 478-480. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11553/11076>
- Secer, I., Ulas, S., & Karaman, O. Z. (21 de October de 2020). The effect of the fear of Covid-19 on healthcare professionals' psychological adjustment skills: Mediating role of experiential avoidance and psychological resilience. *Frontiers in Psychology*, XI(561536), 1-10. doi:10.3389 / fpsyg.2020.561536
- Seguro Social de Salud. (1 de Junio de 2020). *EsSalud Junín implementa teleconsulta para pacientes Covid-19*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-junin-implementa-teleconsulta-para-pacientes-covid-19>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (7 de February de 2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, LXXIV(4). doi:10.1111 / pcn.12988
- Silva, H. (Oktubre de 2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, XL(1), 580-92. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500002&script=sci_arttext
- Skinner, B. F. (1971). *Ciencia y conducta humana* (Segunda ed.). (J. Gallofré, Trad.) Barcelona, España: Fontanella, S.A. Recuperado el 2021 de Junio de 2021, de http://www.conductitlan.org.mx/02_bfskinner/skinner/3.%20ciencia_conducta_humana_skinner.pdf
- Spielberger, C. D., Buela, C. G., & Agudelo, V. D. (2008). *IDER: Inventario de Depresión Estado-Rasgo* (Primera ed.). Madrid, España: TEA Ediciones. Recuperado el 19 de Mayo de 2021, de <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/IDER-Manual-Extracto.pdf>
- Spielberger, C. D., Carretero, D. H., De los Santos, R. M., & Buela, C. G. (29 de Enero de 2002). Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *International Journal of Clinical and Health*

- Psychology*, II(1), 71-89. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720104.pdf>
- Tesini, B. (1 de Febrero de 2021). *Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS y SARS)*. Recuperado el 7 de Junio de 2021, de Manual MSD: Versión para profesionales: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-s%C3%ADndromes-respiratorios-agudos-covid-19-mers-y-sars?query=covid-19>
- Universidad San Ignacio de Loyola. (5 de Marzo de 2021). *Covid-19 en el Perú: Aumentan casos de ansiedad y depresión*. Recuperado el 22 de Junio de 2021, de USIL: <https://www.usil.edu.pe/noticias/covid-19-en-el-peru-aumentan-casos-de-ansiedad-y-depresion#:~:text=Revel%C3%B3%20que%20en%20el%20caso,probabilidad%20de%20sufrir%20estos%20trastornos.>
- Vallejo, R. J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (Séptima ed.). Barcelona, España: Elsevier Masson. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/29508176/Introduccion_a_La_Psicopatologia_y_La_Psiquiatria_de_Vallejo_7ma_Edicion
- Vásquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, VIII(3), 417-449. Recuperado el 19 de Mayo de 2021, de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Vásquez, M. J. (2018). *La evitación experiencial y la autoestima como factores de vulnerabilidad psicosocial en los trastornos emocionales: ¿variables independientes o relacionadas?* Universidad de Sevilla, Facultad de Psicología. Sevilla: Repositorio de la Universidad de Sevilla. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/157758924.pdf>
- Velásquez, C. C., Grajeda, M. A., Montero, L. V., Montgomery, U. W., & Egusquiza, V. K. (23 de Julio de 2018). Evitación experiencial, rumiación e impulsividad en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Revista de Investigación en Psicología*, XXI(1), 15 - 26. Recuperado el 2 de Junio de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/304896884.pdf>
- Vélez, A. H., Rojas, M. W., Borrero, R. J., & Restrepo, M. J. (2010). *Fundamentos de medicina: Psiquiatría* (Quinta ed.). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas. Recuperado el 5 de Junio de 2021, de https://www.academia.edu/34530180/Psiquiatr_a_toro_4ta
- Wilson, K. G., & Luciano, S. M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores* (Primera ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide. Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <https://www.facebook.com/groups/TCCyACenPDF/permalink/315571418635872>

Zanino, M., Vita, L., Noguera, L., Sassul, S., & Bruno, D. (5 de Noviembre de 2020). La divulgación científica: Un aporte a la pandemia por Covid-19. *Cuadernos: Comunicación y medios en Iberoamérica*, V(1), 1-8. Recuperado el 3 de Junio de 2021, de <https://intra.uccuyo.edu.ar/editorial/ojs/index.php/Revistacuadernos/article/view/142/88>

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de consistencia

Anexo 2 Matriz de operacionalización de las variables

Anexo 3 Matriz de la operacionalización del instrumento

Anexo 4 Instrumento de investigación y constancia de su aplicación

Anexo 5 Solicitud presentada al hospital

Anexo 6 Carta de aceptación emitida por el hospital

Anexo 7 Confiabilidad y validez del instrumento

Anexo 8 Informes de evaluación del juicio de expertos

Anexo 9 La data del procesamiento de datos

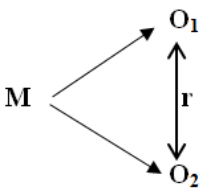
Anexo 10 Consentimiento informado

Anexo 11 Declaración de confidencialidad

Anexo 12 Fotos de aplicación del instrumento

Anexo 1 Matriz de consistencia

Título: EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y DEPRESIÓN ESTADO-RASGO EN PACIENTES COVID-19 DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE JAUJA – 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Establecer la relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>La relación que existe entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Evitación Experiencial</p> <p>Evitación Experiencial (Unidimensional)</p>	<p>Método de Investigación:</p> <p>Científica – descriptiva</p>
<p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.</p> <p>Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.</p>	<p>Hipótesis Específicas:</p> <p>La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.</p> <p>La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia estado en pacientes Covid-19 de un hospital de la</p>	<p>Variable 2:</p> <p>Depresión Estado-Rasgo</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Eutimia estado Distimia estado Eutimia rasgo Distimia rasgo</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>Básica</p> <p>Nivel de Investigación:</p> <p>Correlacional</p> <p>Diseño de Investigación:</p> <p>No experimental de corte transversal, descriptivo correlacional</p>  <pre> graph LR M --> O1 M --> O2 O1 <--> r O2 </pre>
				<p>Población</p> <p>Todos los pacientes Covid-19 que fueron atendidos en el Hospital Domingo Olavegoya de la Red de Salud de Jauja – Junín.</p> <p>Muestra</p>

<p>¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?</p>	<p>Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.</p>	<p>ciudad de Jauja – 2021 es directa.</p>	<p>100 pacientes Covid-19 que fueron atendidos en el Hospital Domingo Olavegoya de la Red de Salud de Jauja – Junín.</p>
<p>¿Cuál es la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021?</p>	<p>Identificar la relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021.</p>	<p>La relación que existe entre la evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.</p>	<p>Técnica de muestreo No probabilístico – intencional por accesibilidad.</p>
		<p>La relación que existe entre la evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 es directa.</p>	<p>Instrumentos: Cuestionario de Aceptación Acción II – AAQ-II Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER</p>

Anexo 2 Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala
EVITACIÓN EXPERIENCIAL	Se trata de un fenómeno que acontece cuando la persona no se encuentra dispuesta a mantener contacto con determinadas experiencias privadas; de las cuales, intenta escapar mediante la alteración de la forma o frecuencia de los eventos o el contexto donde se presenta (Hayes y otros., 1996).	La variable Evitación Experiencial se medirá a través del Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ planteado por Hayes y otros. (2004) en su segunda edición adaptada al español AAQ-II (Cárdenas y Preciado, 2020), que evalúa el grado de evitación experiencial frente a los eventos privados como pensamientos, emociones, predisposiciones, etc.	Unidimensional	Dificultad para vivir plenamente a causa de experiencias y recuerdos dolorosos. Miedo a los sentimientos. Preocupación por no tener el control sobre las preocupaciones. Dificultad de cumplir valores personales a causa de las emociones y preocupaciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.</i> 2. <i>Tengo miedo de mis sentimientos.</i> 3. <i>Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.</i> 4. <i>Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.</i> 5. <i>Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.</i> 6. <i>Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.</i> 7. <i>Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.</i> 	Ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala
DEPRESIÓN ESTADO-RASGO	Contempla, por un lado, el grado de afectación o severidad de la depresión como condición puntual (Estado) y, por el otro, la frecuencia de ocurrencia de la depresión como disposición estable de la afectividad (Rasgo) (Spielberger y otros., 2008).	La variable Depresión Estado-Rasgo se medirá a través del Inventario de Depresión Estado Rasgo – IDER planteado por Spielberger y otros. (2002) en su adaptación al español por Spielberger y otros (2008), que evalúa la presencia de depresión como Estado o grado de afectación y Rasgo o frecuencia de ocurrencia.	Eutimia Estado	Ausencia de afecto positivo como condición puntual (inverso al bienestar, entusiasmo, ánimo, energía y felicidad).	<i>EN ESTE MOMENTO...</i> 1. <i>Me siento bien.</i> 2. <i>Estoy apenado.</i> 3. <i>Estoy decaído.</i> 4. <i>Estoy animado.</i> 5. <i>Me siento desdichado.</i> 6. <i>Estoy hundido.</i> 7. <i>Estoy contento.</i> 8. <i>Estoy triste.</i> 9. <i>Estoy entusiasmado.</i> 10. <i>Me siento enérgico.</i>	Ordinal
			Distimia Estado	Presencia de afecto negativo como condición puntual (tristeza, decaimiento, desdicha, hundimiento y/o pena).		
			Eutimia Rasgo	Ausencia de afecto positivo como disposición estable (inverso al disfrute de la vida, dicha, plenitud, energía y esperanza).	11. <i>Disfruto de la vida.</i> 12. <i>Me siento desgraciado.</i> 13. <i>Me siento pleno.</i> 14. <i>Me siento dichoso.</i> 15. <i>Tengo esperanzas sobre el futuro.</i>	
			Distimia Rasgo	Presencia de afecto negativo como disposición estable (tristeza, decaimiento, hundimiento, desgracia y desgano).	16. <i>Estoy decaído.</i> 17. <i>No tengo ganas de nada.</i> 18. <i>Estoy hundido.</i> 19. <i>Estoy triste.</i> 20. <i>Me siento enérgico.</i>	

Anexo 3 Matriz de la operacionalización del instrumento

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala	Calificación parcial	Calificación total
EVITACIÓN EXPERIENCIAL	Unidimensional	Dificultad para vivir plenamente a causa de experiencias y recuerdos dolorosos.	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7	Ordinal Escala de Likert <i>1 = Nunca es verdad</i> <i>2 = Muy raramente es verdad</i> <i>3 = Raramente es verdad</i> <i>4 = A veces es verdad</i> <i>5 = Frecuentemente es verdad</i> <i>6 = Casi siempre es verdad</i> <i>7 = Siempre es verdad</i>	0-16 = Leve	0-16 = Leve
		Miedo a los sentimientos.			17-32 = Moderado	17-32 = Moderado
		Preocupación por no tener el control sobre las preocupaciones.			33-49= Severo	33-49= Severo
		Dificultad de cumplir valores personales a causa de las emociones y preocupaciones.				

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala	Calificación parcial	Calificación total
DEPRESIÓN ESTADO-RASGO	Eutimia Estado	Ausencia de afecto positivo como condición puntual (inverso al bienestar, entusiasmo, ánimo, energía y felicidad).	1,4,7,9,10	Ordinal Escala de Likert		
	Distimia Estado	Presencia de afecto negativo como condición puntual (tristeza, decaimiento, desdicha, hundimiento y/o pena).	2,3,5,6,8	<i>1 = Nada</i> <i>2 = Algo</i> <i>3 = Bastante</i> <i>4 = Mucho</i>	Cálculo y transformación al percentil al 99%	Cálculo y transformación al percentil al 99%
	Eutimia Rasgo	Ausencia de afecto positivo como disposición estable (inverso al disfrute de la vida, dicha, plenitud, energía y esperanza).	11,13,14,15,20	Ordinal Escala de Likert	0-25 = Mínimo 26-50 = Leve 51-75 = Moderado 76-99 = Severo	0-25 = Mínimo 26-50 = Leve 51-75 = Moderado 76-99 = Severo
	Distimia Rasgo	Presencia de afecto negativo como disposición estable (tristeza, decaimiento, hundimiento, desgracia y desgano).	12,16,17,18,19	<i>1 = Casi nunca</i> <i>2 = A veces</i> <i>3 = A menudo</i> <i>4 = Casi siempre</i>		

Anexo 4 Instrumento de investigación y constancia de su aplicación
Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAQ-II

<i>Table 1</i> Spanish translation of the AAQ-II original items							
Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección							
1	2	3	4	5	6	7	
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuente- mente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad	
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría							
2. Tengo miedo de mis sentimientos							
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos							
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena							
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida							
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo							
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir							

Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER

IDER

Nombre

Profesión

Sexo **V** **M**

Edad

Fecha

/ /

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

**NO SE DETENGA, CONTÍNUÉ CONTESTANDO
A LOS ELEMENTOS 11 A 20.**

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

**NO SE DETENGA, CONTÍNUÉ CONTESTANDO
A LOS ELEMENTOS 11 A 20.**

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4

Anexo 5 Solicitud presentada al hospital

Pase a: Docencia "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia" /

Para: atención

Jauja, 03 de 12 2021


DIRECTORA

SOLICITO: PERMISO PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA INVESTIGACIÓN POR CONCEPTO DE TITULACIÓN.

CD. LOURDES ANALIA AYALA DIAZ

DIRECTORA DEL HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA DE LA RED DE SALUD JAUJA – JUNÍN

Yo, Gianella Araceli Campos Barzola, egresada de la carrera profesional de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Los Andes, identificada con DNI N° 71704133, ante usted respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo elaborado el proyecto de investigación titulado *Evitación Experiencial y Depresión Estado-Rasgo en pacientes Covid-19 de una Red de Salud de Jauja – 2021* para optar el título profesional de psicología, solicito **permiso para la aplicación de instrumentos para investigación por concepto de titulación**, cuyo objetivo es evaluar a través de la modalidad de telellamada a los pacientes Covid-19 que puedan acceder al estudio, respetando los principios éticos y de confidencialidad de la investigación y; según su jurisdicción pueda acceder a la muestra.

Por lo expuesto, pido encarecidamente acepte mi petición por ser de justicia.

Jauja, 03 de Diciembre 2021

Jefe de Unidad Docencia e Investigación
Fecha: 03/12/21
PROVEIDO: Afectiva
Pase a:



Gianella Araceli Campos Barzola

DNI N° 71704133

Oficina de Docencia e Investigación
RDG 1.521.1300
N° de contacto de la institución: 32385249
Correo electrónico de la solicitante: xheli102@gmail.com

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD JAUJA
TRAMITE DOCUMENTARIO
LEY N° 27444
REG. DOC.: 05284372 FOLIOS: 1 anillado + 10 folios
REG. EXP.: 03637944 HORA: 18:56
FECHA: 03 DIC 2021 FIRMA: [Signature]
RECEPTOR: _____
OBSERVACIONES: _____

Anexo 6 Carta de aceptación emitida por el hospital



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"



MEMORANDUM N° - 2021-GRJ-DRSJ-RSJA/DE

A : JEFE DEL SERVICIO DIFERENCIADO COVID - 19
Lic. Flor Mercedes I. ABREGOU GALDOS

ASUNTO : PRESENTACION Y AUTORIZA PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

REF : EXP. N° 03637944-2021

FECHA : Jauja, 09 de diciembre de 2021

Mediante el presente le hago llegar cordiales saludos y en atención al documento de la referencia y dando cumplimiento a las disposiciones legales. Esta Dirección presenta y AUTORIZA PERMISO para la aplicación de instrumentos de investigación de la Srta. **Gianella Araceli CAMPOS BARZOLA**, egresada de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Peruana los Andes – Huancayo, quien cumple con los requisitos estipulados.

Por lo que deberá brindarles todas las facilidades del caso para el buen logro de sus objetivos profesionales.

Atentamente,

LAAD/NDEM/mdn

C.c. Archivo



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RDRSJA/DE
CD. LUISDES ANALLA AYALA DÍAZ
COP. 26777
DIRECTOR EJECUTIVO

Anexo 7 Confiabilidad y validez del instrumento

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II – AAQ-II

Prueba del Coeficiente de Alfa de Cronbach

Criterio para determinar la confiabilidad del instrumento:

Según George y Mallery (2003)

P-valor > 0,90 = La confiabilidad es **Excelente**

P-valor > 0,80 = La confiabilidad es **Buena**

P-valor > 0,70 = La confiabilidad es **Aceptable**

P-valor > 0,60 = La confiabilidad es **Relativamente aceptable**

P-valor > 0,50 = La confiabilidad es **Cuestionable**

P-valor < 0,50 = La confiabilidad es **Deficiente**

Tabla 15

Confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAQ-II.

Número de Ítems	Coeficiente del Alfa de Cronbach	Valoración	Nivel Permitido
7	0,793	>	0,50

Nota. Elaboración propia

Entonces: El valor de alfa de Cronbach (0,793) se encuentra por encima del nivel mínimo permitido (0,50). Por lo tanto, el instrumento de evaluación es confiable.

Decisión: El “Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAQ-II” reporta un coeficiente de 0,793, el cual, representa una confiabilidad aceptable con un 79,3% a favor.

VALIDEZ INTERNA DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II – AAQ-II

Prueba de Validez Interna en modalidad de Correlación Ítem - Test

Criterio para determinar la Validez del instrumento:

P-valor < 0,30 = El ítem se observa o se anula.

P-valor \geq 0,30 = El ítem aprueba.

Tabla 16*Validez interna del Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAQ-II.*

Ítem	Correlación Ítem – Test	α si el Ítem es eliminado	Decisión
Ítem 01	0,361	0,794	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 02	0,457	0,778	Aprobado por criterio Ítem -Test
ítem 03	0,511	0,768	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 04	0,642	0,741	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 05	0,687	0,738	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 06	0,496	0,775	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 07	0,542	0,763	Aprobado por criterio Ítem -Test

Nota. Se aprueban todos los ítems por criterio de correlación ítem-test puesto que los valores obtenidos son mayores a 0,30, siendo el valor mínimo 0,361 y el valor máximo de 0,778.

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II –AAQ-II

Prueba de Coeficiente de concordancia de W de Kendall

Criterio para determinar la Validez del instrumento

- P-valor < 0,00** = Concordancia nula
- P-valor > 0,20** = Concordancia baja
- P-valor > 0,40** = Concordancia ligera
- P-valor > 0,60** = Concordancia moderada
- P-valor > 0,80** = Concordancia satisfactoria
- P-valor > 0,90** = Concordancia perfecta

Tabla 17*Índice de concordancia de juicio de expertos del AAQ-II.*

Expertos	Coeficiente de W – Kendall	Valoración	Nivel permitido
Dra. Mercedes Jesús Peña			
Dra. Leda Javier Alva	0,768	>	0,50
Lic. Zenia Villar Victorio			

Entonces: El índice de concordancia (0,768) se encuentra por encima del nivel mínimo permitido (0,50). Por lo tanto, existe concordancia moderada entre los expertos.

Decisión: El “Cuestionario de Aceptación y Acción II – AAQ-II” tiene un coeficiente de concordancia de w - Kendall de 0,768. Es decir, la validez de contenido es moderada con 76,8% a favor.

CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO-RASGO – IDER

Prueba del Coeficiente de Alfa de Cronbach

Criterio para determinar la confiabilidad del instrumento:

Según George y Mallery (2003)

P-valor > 0,90 = La confiabilidad es **Excelente**

P-valor > 0,80 = La confiabilidad es **Buena**

P-valor > 0,70 = La confiabilidad es **Aceptable**

P-valor > 0,60 = La confiabilidad es **Relativamente aceptable**

P-valor > 0,50 = La confiabilidad es **Cuestionable**

P-valor < 0,50 = La confiabilidad es **Deficiente**

Tabla 18

Confiabilidad Del Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER.

Número de Ítems	Coeficiente del Alfa de Cronbach	Valoración	Nivel Permitido
20	0,897	>	0,50

Nota. Elaboración propia

Entonces: El valor de alfa de Cronbach (0,897) se encuentra por encima del nivel mínimo permitido (0,50). Por lo tanto, el instrumento de evaluación es confiable.

Decisión: El “Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER” reporta un coeficiente de 0,897, el cual, representa una confiabilidad buena con un 89,7% a favor.

VALIDEZ INTERNA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO-RASGO – IDER

Prueba de Validez Interna en modalidad de Correlación Ítem - Test

Criterio para determinar la Validez del instrumento:

P-valor < 0,30 = El ítem se observa o se anula.

P-valor \geq 0,30 = El ítem aprueba.

Tabla 19

Validez interna del Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER.

Depresión estado				Depresión rasgo			
Eutimia		Distimia		Eutimia		Distimia	
Correlación Ítem – Test	α si el Ítem es eliminado	Correlación Ítem – Test	α si el Ítem es eliminado	Correlación Ítem – Test	α si el Ítem es eliminado	Correlación Ítem – Test	α si el Ítem es eliminado
0,531	0,701	0,854	0,753	0,526	0,818	0,423	0,831
0,531	0,701	0,457	0,866	0,871	0,715	0,839	0,685
0,531	0,701	0,352	0,877	0,643	0,782	0,651	0,736
0,885	0,615	0,765	0,781	0,603	0,794	0,587	0,757
0,301	0,811	0,867	0,750	0,482	0,826	0,570	0,775

Decisión: Aprobado por criterio Ítem -Test

Nota. Se aprueban todos los ítems por criterio de correlación ítem-test puesto que los valores obtenidos son mayores a 0,30, siendo el valor mínimo 0,301 y el valor máximo de 0,885.

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO-RASGO – IDER

Prueba de Coeficiente de concordancia de W de Kendall

Criterio para determinar la Validez del instrumento

- P-valor < 0,00 = Concordancia nula
- P-valor > 0,20 = Concordancia baja
- P-valor > 0,40 = Concordancia ligera
- P-valor > 0,60 = Concordancia moderada
- P-valor > 0,80 = Concordancia satisfactoria
- P-valor > 0,90 = Concordancia perfecta

Tabla 20

Índice de concordancia de juicio de expertos del IDER.

Expertos	Coeficiente de W – Kendall	Valoración	Nivel permitido
Dra. Mercedes Jesús Peña	0,841	>	0,50
Dra. Leda Javier Alva			
Lic. Zenia Villar Victorio			

Entonces: El índice de concordancia (0,841) es mayor al nivel mínimo permitido (0,50).

Por lo tanto, existe concordancia satisfactoria entre los expertos.

Decisión: El “Inventario De Depresión Estado-Rasgo – IDER” tiene un coeficiente de concordancia de w - Kendall de 0,841. Es decir, la validez de contenido es satisfactoria con 84,1% a favor.

Anexo 8 Informes de evaluación del juicio de expertos

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *Javier Alva Leda*.....
- 1.2. Grado Académico: *Dato en Psicología*.....
- 1.3 Profesión: *Psicóloga*..... Número de Colegiatura: *4536*.....
- 1.4. Institución donde labora: *Universidad Continental*.....
- 1.5. Cargo que desempeña: *Docente*.....

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIO Sobre los ítems del instrumento	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					X
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.					X
SUMATORIA PARCIAL						
SUMATORIA TOTAL						30

[Firma]
Dra. Leda Javier Alva

FIRMA

**INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN
ESTADO-RASGO (IDER)**

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Javier Alva, Leda
- 1.2. Grado Académico: Doctor en Psicología
- 1.3 Profesión: Psicología..... Número de Colegiatura: 4536
- 1.4. Institución donde labora: Universidad Continental
- 1.5. Cargo que desempeña: Docente

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIO Sobre los ítems del instrumento	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					X
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.					X
SUMATORIA PARCIAL						
SUMATORIA TOTAL						30


Dra. Leda Javier Alva
FIRMA

**INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO DE
ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)**

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: JESUS PEÑA, MERCEDES MERRYL
 1.2. Grado Académico: MAGISTER EN PSICOLOGIA, DOCTORA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION.
 1.3 Profesión: PSICÓLOGA... Número de Colegiatura: 6148
 1.4. Institución donde labora: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
 1.5. Cargo que desempeña: DOCENTE

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIO Sobre los ítems del instrumento	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.				X	
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.				X	
SUMATORIA PARCIAL					20	5
SUMATORIA TOTAL		25				



FIRMA

**INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN
ESTADO-RASGO (IDER)**

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: JESUS PEÑA, MERCEDES MERRYL
 1.2. Grado Académico: MAGISTER EN PSICOLOGIA, DOCTORA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION.
 1.3 Profesión: PSICÓLOGA... Número de Colegiatura: 6148
 1.4. Institución donde labora: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
 1.5. Cargo que desempeña: DOCENTE

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIO Sobre los ítems del instrumento	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					5
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					5
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				4	
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.					5
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					5
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.					5
SUMATORIA PARCIAL					4	25
SUMATORIA TOTAL		29				



FIRMA

**INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN
Y ACCIÓN II (AAQ-II)**

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Villar Victorio Zenia Felicia
- 1.2. Grado Académico: Lic. Psicología
- 1.3 Profesión: Psicóloga Número de Colegiatura: 11851
- 1.4. Institución donde labora: ESSALUD
- 1.5. Cargo que desempeña: Psicóloga

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIO Sobre los ítems del instrumento	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.				X	
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.				X	
SUMATORIA PARCIAL						
SUMATORIA TOTAL					24	



 Zenia Villar Victorio
 PSICÓLOGA
 CPP 11851
 CAP III MANTARO - RAJ
 ESSALUD

**INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN
ESTADO-RASGO (IDER)**

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Villar Victorio Zenia Felicia
 1.2. Grado Académico: Lic. Psicología
 1.3 Profesión: Psicóloga Número de Colegiatura: 11851
 1.4. Institución donde labora: EGSAWD
 1.5. Cargo que desempeña: Psicóloga

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIO Sobre los ítems del instrumento	Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.				X	
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.				X	
SUMATORIA PARCIAL						
SUMATORIA TOTAL					24	


 Zenia Villar Victorio
 PSICÓLOGA
 CPP 11851
 CAP. INDEPENDIENTE - RAJ
 FIRMA

Anexo 9 La data del procesamiento de datos

	SEXO	EDAD	Año_inter namiento	Evitación	cat_evitación	ESTADO	cat_estado	RASGO	cat_rasgo	EU_ EST ADO	Cat_Eu estado	DIS_ EST ADO	Cat_Dis estado	EU_ RAS GO	Cat_Eur ango	DIS_ RAS GO	Cat_Dis rango
1	Mujer	40	2021	32	Moderado	19	Leve	16	Leve	10	Leve	9	Leve	7	Leve	9	Leve
2	Varón	35	2021	24	Moderado	17	Leve	16	Leve	11	Moderado	6	Leve	6	Leve	10	Leve
3	Varón	70	2021	21	Moderado	16	Leve	14	Leve	10	Leve	6	Leve	7	Leve	7	Leve
4	Varón	37	2021	27	Moderado	22	Moderado	14	Leve	10	Leve	12	Moderado	8	Leve	6	Leve
5	Mujer	32	2021	41	Severo	22	Moderado	21	Moderado	10	Leve	12	Moderado	9	Leve	12	Moderado
6	Varón	48	2021	12	Leve	16	Leve	15	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	9	Leve	6	Leve
7	Varón	61	2021	24	Moderado	16	Leve	14	Leve	9	Leve	7	Leve	7	Leve	7	Leve
8	Mujer	71	2021	24	Moderado	17	Leve	16	Leve	11	Moderado	6	Leve	8	Leve	8	Leve
9	Varón	41	2021	23	Moderado	17	Leve	11	Leve	11	Moderado	6	Leve	5	Mínimo	6	Leve
10	Mujer	51	2021	18	Moderado	18	Leve	15	Leve	11	Moderado	7	Leve	9	Leve	6	Leve
11	Mujer	35	2021	22	Moderado	18	Leve	16	Leve	10	Leve	8	Leve	9	Leve	7	Leve
12	Mujer	37	2021	12	Leve	15	Leve	10	Mínimo	10	Leve	5	Mínimo	5	Mínimo	5	Mínimo
13	Varón	56	2021	9	Leve	13	Leve	10	Mínimo	8	Leve	5	Mínimo	5	Mínimo	5	Mínimo
14	Varón	63	2021	19	Moderado	18	Leve	17	Leve	11	Moderado	7	Leve	9	Leve	8	Leve
15	Varón	42	2021	38	Severo	19	Leve	17	Leve	11	Moderado	8	Leve	9	Leve	8	Leve
16	Varón	56	2021	35	Severo	17	Leve	14	Leve	11	Moderado	6	Leve	6	Leve	8	Leve
17	Varón	35	2021	20	Moderado	17	Leve	11	Leve	12	Moderado	5	Mínimo	6	Leve	5	Mínimo
18	Mujer	55	2021	36	Severo	22	Moderado	19	Leve	10	Leve	12	Moderado	9	Leve	10	Leve
19	Mujer	38	2021	19	Moderado	17	Leve	16	Leve	11	Moderado	6	Leve	10	Leve	6	Leve
20	Varón	35	2021	37	Severo	24	Moderado	22	Moderado	10	Leve	14	Moderado	10	Leve	12	Moderado
21	Varón	57	2021	35	Severo	19	Leve	17	Leve	10	Leve	9	Leve	10	Leve	7	Leve
22	Varón	33	2021	29	Moderado	19	Leve	17	Leve	10	Leve	9	Leve	9	Leve	8	Leve
23	Varón	47	2021	22	Moderado	18	Leve	15	Leve	10	Leve	8	Leve	9	Leve	6	Leve
24	Mujer	49	2021	18	Moderado	20	Leve	18	Leve	10	Leve	10	Leve	10	Leve	8	Leve
25	Varón	68	2021	45	Severo	26	Moderado	25	Moderado	8	Leve	18	Severo	6	Leve	19	Severo
26	Mujer	49	2021	19	Moderado	20	Leve	17	Leve	11	Moderado	9	Leve	10	Leve	7	Leve
27	Mujer	43	2021	38	Severo	23	Moderado	21	Moderado	11	Moderado	12	Moderado	7	Leve	14	Moderado
28	Varón	57	2021	35	Severo	19	Leve	17	Leve	10	Leve	9	Leve	10	Leve	7	Leve

29	Mujer	45	2021	29	Moderado	20	Leve	19	Leve	11	Moderado	9	Leve	10	Leve	9	Leve
30	Mujer	53	2021	37	Severo	26	Moderado	25	Moderado	12	Moderado	14	Moderado	8	Leve	17	Severo
31	Varón	53	2021	24	Moderado	17	Leve	14	Leve	10	Leve	7	Leve	8	Leve	6	Leve
32	Mujer	30	2021	22	Moderado	16	Leve	14	Leve	10	Leve	6	Leve	7	Leve	7	Leve
33	Varón	44	2021	21	Moderado	16	Leve	14	Leve	10	Leve	6	Leve	8	Leve	6	Leve
34	Mujer	31	2022	38	Severo	25	Moderado	19	Leve	10	Leve	15	Moderado	8	Leve	11	Moderado
35	Mujer	59	2021	21	Moderado	24	Moderado	20	Leve	9	Leve	15	Moderado	10	Leve	10	Leve
36	Varón	26	2022	22	Moderado	16	Leve	15	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	10	Leve	5	Mínimo
37	Varón	28	2022	19	Moderado	16	Leve	15	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	10	Leve	5	Mínimo
38	Varón	18	2022	14	Leve	15	Leve	13	Leve	10	Leve	5	Mínimo	8	Leve	5	Mínimo
39	Mujer	36	2022	39	Severo	27	Moderado	21	Moderado	12	Moderado	15	Moderado	10	Leve	11	Moderado
40	Varón	48	2022	29	Moderado	19	Leve	17	Leve	10	Leve	9	Leve	9	Leve	8	Leve
41	Mujer	62	2021	19	Moderado	23	Moderado	19	Leve	11	Moderado	12	Moderado	10	Leve	9	Leve
42	Mujer	62	2021	28	Moderado	19	Leve	14	Leve	11	Moderado	8	Leve	6	Leve	8	Leve
43	Varón	56	2021	25	Moderado	18	Leve	13	Leve	11	Moderado	7	Leve	6	Leve	7	Leve
44	Varón	25	2021	20	Moderado	15	Leve	13	Leve	10	Leve	5	Mínimo	7	Leve	6	Leve
45	Mujer	62	2021	7	Leve	18	Leve	16	Leve	11	Moderado	7	Leve	10	Leve	6	Leve
46	Varón	27	2021	9	Leve	13	Leve	10	Mínimo	8	Leve	5	Mínimo	5	Mínimo	5	Mínimo
47	Varón	62	2021	31	Moderado	16	Leve	14	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	8	Leve	6	Leve
48	Mujer	57	2021	20	Moderado	17	Leve	12	Leve	9	Leve	8	Leve	6	Leve	6	Leve
49	Mujer	38	2021	25	Moderado	16	Leve	13	Leve	10	Leve	6	Leve	6	Leve	7	Leve
50	Varón	48	2022	19	Moderado	22	Moderado	20	Leve	12	Moderado	10	Leve	10	Leve	10	Leve
51	Mujer	49	2022	18	Moderado	20	Leve	19	Leve	10	Leve	10	Leve	8	Leve	11	Moderado
52	Mujer	52	2022	36	Severo	20	Leve	18	Leve	9	Leve	11	Moderado	8	Leve	10	Leve
53	Mujer	37	2022	36	Severo	24	Moderado	22	Moderado	10	Leve	14	Moderado	8	Leve	14	Moderado
54	Varón	46	2022	22	Moderado	18	Leve	17	Leve	10	Leve	8	Leve	8	Leve	9	Leve
55	Varón	35	2022	29	Moderado	22	Moderado	18	Leve	11	Moderado	11	Moderado	9	Leve	9	Leve
56	Mujer	81	2021	27	Moderado	20	Leve	18	Leve	11	Moderado	9	Leve	10	Leve	8	Leve
57	Varón	44	2021	14	Leve	15	Leve	13	Leve	10	Leve	5	Mínimo	7	Leve	6	Leve
58	Varón	64	2021	17	Moderado	17	Leve	16	Leve	11	Moderado	6	Leve	9	Leve	7	Leve
59	Mujer	19	2021	32	Moderado	18	Leve	15	Leve	11	Moderado	7	Leve	9	Leve	6	Leve
60	Varón	64	2021	19	Moderado	18	Leve	17	Leve	11	Moderado	7	Leve	9	Leve	8	Leve
61	Mujer	33	2021	17	Moderado	18	Leve	17	Leve	12	Moderado	6	Leve	9	Leve	8	Leve

62	Mujer	47 2021	23	Moderado	17	Leve	17	Leve	11	Moderado	6	Leve	8	Leve	9	Leve
63	Varón	33 2021	21	Moderado	13	Leve	14	Leve	8	Leve	5	Mínimo	7	Leve	7	Leve
64	Mujer	52 2021	44	Severo	23	Moderado	25	Moderado	8	Leve	15	Moderado	5	Mínimo	20	Severo
65	Mujer	31 2021	27	Moderado	17	Leve	17	Leve	9	Leve	8	Leve	8	Leve	9	Leve
66	Mujer	56 2021	37	Severo	19	Leve	21	Moderado	10	Leve	9	Leve	10	Leve	11	Moderado
67	Varón	25 2021	12	Leve	15	Leve	15	Leve	10	Leve	5	Mínimo	9	Leve	6	Leve
68	Varón	53 2021	35	Severo	17	Leve	22	Moderado	11	Moderado	6	Leve	8	Leve	14	Moderado
69	Varón	65 2021	37	Severo	20	Leve	21	Moderado	11	Moderado	9	Leve	7	Leve	14	Moderado
70	Varón	73 2021	16	Leve	18	Leve	20	Leve	11	Moderado	7	Leve	9	Leve	11	Moderado
71	Varón	52 2021	24	Moderado	17	Leve	21	Moderado	10	Leve	7	Leve	9	Leve	12	Moderado
72	Mujer	64 2021	23	Moderado	16	Leve	18	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	10	Leve	8	Leve
73	Mujer	56 2021	21	Moderado	17	Leve	19	Leve	11	Moderado	6	Leve	9	Leve	10	Leve
74	Varón	31 2021	40	Severo	17	Leve	22	Moderado	11	Moderado	6	Leve	10	Leve	12	Moderado
75	Varón	43 2021	16	Leve	15	Leve	15	Leve	9	Leve	6	Leve	8	Leve	7	Leve
76	Varón	52 2021	21	Moderado	16	Leve	17	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	7	Leve	10	Leve
77	Varón	65 2021	22	Moderado	18	Leve	18	Leve	11	Moderado	7	Leve	10	Leve	8	Leve
78	Mujer	84 2021	38	Severo	23	Moderado	23	Moderado	11	Moderado	12	Moderado	8	Leve	15	Moderado
79	Varón	55 2021	38	Severo	23	Moderado	23	Moderado	11	Moderado	12	Moderado	8	Leve	15	Moderado
80	Mujer	24 2021	29	Moderado	17	Leve	19	Leve	10	Leve	7	Leve	10	Leve	9	Leve
81	Mujer	48 2021	25	Moderado	17	Leve	17	Leve	11	Moderado	6	Leve	9	Leve	8	Leve
82	Mujer	42 2021	22	Moderado	18	Leve	18	Leve	11	Moderado	7	Leve	10	Leve	8	Leve
83	Mujer	36 2021	20	Moderado	16	Leve	19	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	10	Leve	9	Leve
84	Mujer	38 2021	36	Severo	27	Moderado	27	Moderado	10	Leve	17	Severo	10	Leve	17	Severo
85	Mujer	50 2021	36	Severo	22	Moderado	22	Moderado	10	Leve	12	Moderado	9	Leve	13	Moderado
86	Mujer	54 2021	44	Severo	23	Moderado	25	Moderado	8	Leve	15	Moderado	5	Mínimo	20	Severo
87	Varón	36 2021	24	Moderado	16	Leve	22	Moderado	10	Leve	6	Leve	8	Leve	14	Moderado
88	Varón	53 2021	24	Moderado	17	Leve	21	Moderado	10	Leve	7	Leve	9	Leve	12	Moderado
89	Mujer	44 2021	39	Severo	20	Leve	24	Moderado	10	Leve	10	Leve	10	Leve	14	Moderado
90	Varón	50 2021	38	Severo	23	Moderado	23	Moderado	11	Moderado	12	Moderado	8	Leve	15	Moderado
91	Varón	40 2021	17	Moderado	15	Leve	15	Leve	10	Leve	5	Mínimo	8	Leve	7	Leve
92	Mujer	65 2021	34	Severo	19	Leve	22	Moderado	10	Leve	9	Leve	10	Leve	12	Moderado
93	Varón	38 2021	27	Moderado	16	Leve	18	Leve	11	Moderado	5	Mínimo	9	Leve	9	Leve
94	Mujer	51 2021	31	Moderado	19	Leve	20	Leve	11	Moderado	8	Leve	10	Leve	10	Leve
95	Mujer	19 2021	35	Severo	19	Leve	20	Leve	11	Moderado	8	Leve	10	Leve	10	Leve

96	Varón	44	2021	13	Leve	13	Leve	14	Leve	8	Leve	5	Mínimo	9	Leve	5	Mínimo
97	Mujer	67	2022	45	Severo	22	Moderado	23	Moderado	9	Leve	13	Moderado	8	Leve	15	Moderado
98	Mujer	55	2021	20	Moderado	17	Leve	17	Leve	11	Moderado	6	Leve	10	Leve	7	Leve
99	Mujer	43	2022	44	Severo	23	Moderado	25	Moderado	8	Leve	15	Moderado	5	Mínimo	20	Severo
100	Varón	53	2021	24	Moderado	17	Leve	21	Moderado	10	Leve	7	Leve	9	Leve	12	Moderado
101																	
102																	
103																	
104																	
105																	
106																	

1

Vista de datos Vista de variables

Anexo 10 Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**


Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y DEPRESIÓN ESTADO-RASGO EN PACIENTES COVID-19 DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE JAUJA – 2021", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido la investigadora responsable: Bach. Gianella Araceli Campos Barzola.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, 27 de Diciembre 2021.




 Amalinda Quispe Villalva
 (Apellidos y nombres)
 N° DNI: 48445961

Responsable de investigación
 Nombres y Apellidos: Gianella Araceli Campos Barzola
 D.N.I. Nº: 71704133
 Nº de teléfono/celular: 932385249
 Email: xheli102@gmail.com

Firma:  

Anexo 11 Declaración de confidencialidad

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo Gianella Araceli Campos Barzola identificada con el DNI N° 71704133 egresada de la Escuela Profesional de Psicología vengo implementando el proyecto de investigación titulado “EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y DEPRESIÓN ESTADO-RASGO EN PACIENTES COVID-19 DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE JAUJA – 2021”, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27° y 28° del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4° y 5° del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes, salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 06 de julio del 2021.



Gianella Araceli Campos Barzola
DNI N° 71704133

Anexo 12 Fotos de aplicación del instrumento