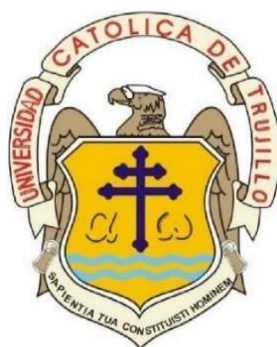


**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO**  
**BENEDICTO XVI**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**  
**UNIVERSITARIA**



**INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA  
IDEACIÓN SUICIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE  
HUANCAYO PERÚ 2023**

**Tesis para obtener el grado académico de:  
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**AUTORES**

**Br. Salcedo Ramon, Henry Angel**  
<https://orcid.org/0000-0002-8395-0436>  
**Br. Yupanqui Porras, Dina Nilda**  
<https://orcid.org/0009-0005-4454-758X>

**ASESOR**

**Dr. Carbajal Quispe, Percy**  
<https://orcid.org/0000-0001-7742-3296>

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**Producción de conocimiento y publicaciones académicas**

**TRUJILLO – PERÚ**  
**2024**

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Señor Director de la Escuela de Posgrado: Dr. Jorge Luis Brenis Exebio

Yo, Dr. Percy Carbajal Quispe con DNI N° 28604760, como asesor del trabajo de investigación titulado: “INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE HUANCAYO PERÚ 2023”, desarrollada por el egresado Henry Angel Salcedo Ramon con DNI 47414637 y la egresada Dina Nilda Yupanqui Porras con DNI 10106712, del Programa de Maestría en: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

Considero que dicha tesis reúne las condiciones tanto técnicas como científicos, las cuales están alineadas a las normas establecidas en el reglamento de grados y títulos de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI y en la normativa para la presentación de tesis de la Escuela de Posgrado. Por tanto, autorizo la presentación del mismo ante el organismo pertinente para que sea sometido a evaluación por los jurados designados por la mencionada facultad.



.....  
Dr. Percy Carbajal Quispe

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**EXEMO MONS. DR. HÉCTOR MIGUEL CABREJOS VIDARTE, O.F.M.**

Arzobispo Metropolitano de Trujillo

Fundador y Gran Canciller

Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI

**DRA. MARIANA GERALDINE SILVA BALAREZO**

Rectora de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI

**DRA. ROMY DÍAZ FERNÁNDEZ**

Vicerrectora académica

**DRA. ENA CECILIA OBANDO PERALTA**

Vicerrectora de Investigación

**DR. JORGE LUIS BRENIS EXEBIO**

Director de la Escuela de Posgrado

**DRA. TERESA SOFÍA REÁTEGUI MARÍN**

Secretaria General

## DEDICATORIA

*El día que partiste dejando atrás tus raíces y tu tierra, el corazón de nuestros padres sufrieron una pérdida significativa, de hecho, se quedaron hasta ver tu avión despegar hacia allá, donde tus sueños te esperaban, como si aún quisieran resistirse a tu partida, lo vi en sus ojos. Sin embargo, el trajín del camino hacia tu destino, reafirmó una vez más el temple y la perseverancia que posee tu alma aventurera. Incluso cuando las circunstancias te daban la espalda, cada día tu decisión se hacía más fuerte, seguramente por tus hijos y tus padres. Hoy estás en aquel lugar donde no existe nadie más que tú y tus recuerdos, buscando un mejor futuro al otro lado del charco. Dedicado a mis padres, Geraldine mi esposa, mi hija Janis y a Jesús mi hermano, un ejemplo de férrea decisión, que siempre pelea por encontrar oportunidades sin esperarlas, y ese espíritu es el legado que quiero que mi hija tenga. Camina hasta allá, donde los recuerdos te alcancen, pero no te detengan.*

*Salcedo-Ramón, Henry Ángel*

*Dedico este trabajo al Rey de los siglos, inmortal, invisible, al único y sabio Dios, a mis amados padres, por su inquebrantable apoyo incondicional, amor y sacrificio, que siempre han sido, son y serán de constante aliciente y gran motivación para mí. A mis hermanos, por su amor, comprensión, apoyo y aliento incondicional siempre. A mis amigos, por su amistad, alegría y ánimo durante los momentos más desafiantes. A mis profesores y mentores, por su guía, sabiduría y paciencia en mi formación académica y profesional. A todos aquellos que de alguna manera contribuyeron a la realización de esta tesis, gracias por ser parte de este logro.*

*Yupanqui Porras, Dina Nilda*

## **AGRADECIMIENTO**

*Un enorme agradecimiento a las únicas personas que desde siempre han sido la brújula e impulso de esta y otras investigaciones, porque su esencia recorre mis venas y ha hecho que nunca desista, aunque el camino se encuentre cuesta arriba. Gracias Ernesto, gracias Vicenta, mis padres, las luces de mis ojos y la razón del porque aún sigo en pie buscando lo que nos pertenece, el éxito.*

*Salcedo-Ramón, Henry Ángel*

*Deseo expresar mi más profundo agradecimiento al único y sabio Dios de amor y misericordia YHWH (יהוה), quién me ha dado las fuerzas y la oportunidad de avanzar y llegar hasta aquí y porque sé que aún lo seguirá haciendo, a mis amados padres y preciosos hermanos por su apoyo perseverante e incondicional, a mis profesores por su orientación invaluable, y a mis amigos por su ánimo inquebrantable. También agradezco a todos aquellos que contribuyeron de alguna manera a este proyecto. Este logro no hubiera sido posible sin su ayuda y confianza. ¡Gracias!*

*Yupanqui Porras, Dina Nilda*

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotros, Henry Angel Salcedo Ramon con DNI N° 47414637 y Dina Nilda Yupanqui Porras con DNI N° 10106712, egresados del Programa de Estudios de Posgrado de la Maestría en INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, damos fe que hemos seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Escuela de Posgrado, para la elaboración y sustentación del informe de tesis titulado: “INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE HUANCAYO PERÚ 2023”, el cual consta de un total de 164 páginas, en las que se incluye 20 tablas y 9 figuras, más un total de páginas en anexos.

Se deja constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaramos bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento corresponde a nuestra autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Asimismo, se garantiza que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de nuestra entera responsabilidad.

Los autores



---

Salcedo Ramon Henry Angel  
DNI N° 47414637



---

Yupanqui Porras Dina Nilda  
DNI N° 10106712

## ÍNDICE

Declaración de originalidad.....	ii
Autoridades universitarias .....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	v
Declaratoria de autenticidad .....	vi
RESUMEN.....	x
ABSTRACT .....	xi
I. INTRODUCCIÓN .....	12
I. METODOLOGÍA .....	58
2.1. Enfoque, tipo.....	58
2.2. Diseño de investigación .....	58
2.3. Población, muestra y muestreo .....	59
2.4. Técnicas e instrumentos de recojo de datos .....	60
2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de la información .....	72
2.6. Aspectos éticos en investigación.....	73
II. RESULTADOS.....	75
III. DISCUSIÓN .....	91
IV. CONCLUSIONES .....	97
V. RECOMENDACIONES .....	98
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
ANEXOS.....	105
ANEXO 1: Instrumentos de recolección de información .....	105
ANEXO 2: Ficha técnica .....	109
ANEXO 3: Operacionalización de variables.....	112
ANEXO 4: Consentimiento informado.....	115
ANEXO 5: Matriz de consistencia .....	120
ANEXO 6: Validación de instrumentos .....	121
ANEXO 7: Reporte turnitin .....	164

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Evaluación a través de juicio de expertos .....	61
<b>Tabla 2</b> Coeficientes V Aiken y modificación de ítems de los cuestionarios .....	63
<b>Tabla 3</b> Análisis Factorial Confirmatorio para el Cuestionario AAQ-II.....	66
<b>Tabla 4</b> Análisis Factorial Confirmatorio para la Escala EAL20.....	67
<b>Tabla 5</b> Análisis Factorial Confirmatorio para la Escala EPD 6.....	69
<b>Tabla 6</b> Análisis Factorial Confirmatorio para el Inventario IFIS .....	70
<b>Tabla 7</b> Confiabilidad para los instrumentos de medición .....	71
<b>Tabla 8</b> Frecuencias para la edad de los participantes.....	75
<b>Tabla 9</b> Frecuencias por sexo de participantes .....	76
<b>Tabla 10</b> Frecuencias por escuelas profesionales .....	76
<b>Tabla 11</b> Frecuencias por años de estudio.....	77
<b>Tabla 12</b> Resultados descriptivos para inflexibilidad psicológica.....	78
<b>Tabla 13</b> Resultados descriptivos para ansiedad .....	79
<b>Tabla 14</b> Resultados descriptivos para depresión.....	82
<b>Tabla 15</b> Resultados descriptivos para ideación suicida .....	83
<b>Tabla 16</b> Prueba de normalidad multivariada – Test de Mardia .....	84
<b>Tabla 17</b> Análisis SEM – Índices de ajuste global.....	85
<b>Tabla 18</b> Regresión lineal para inflexibilidad psicológica e ideación suicida.....	88
<b>Tabla 19</b> Regresión lineal para ansiedad e ideación suicida .....	89
<b>Tabla 20</b> Regresión lineal para depresión e ideación suicida.....	90

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Estructura factorial para el Cuestionario AAQ-II.....	67
<b>Figura 2</b> Estructura factorial para la Escala EAL20.....	68
<b>Figura 3</b> Estructura factorial para la Escala EPD 6.....	69
<b>Figura 4</b> Estructura factorial para el Inventario IFIS .....	70
<b>Figura 5</b> Porcentajes para la edad de los participantes .....	75
<b>Figura 6</b> Porcentajes por sexo de participantes .....	76
<b>Figura 7</b> Porcentajes por escuelas profesionales .....	77
<b>Figura 8</b> Porcentajes por años de estudio.....	78
<b>Figura 9</b> Diagrama de senderos e índices de ajuste específicos del Modelo 3.....	87

## RESUMEN

El suicidio es una problemática de salud pública que debe investigarse e intervenir en todas las instancias, sin embargo, el estigma y el temor continúa siendo una barrera que dificulta su estudio e intervención; por ello, el presente estudio tuvo el propósito de determinar la incidencia de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. Para ello, se consideró una metodología hipotética deductiva, cuantitativo, básica, no experimental, transversal, explicativa con variables latentes, donde la muestra estuvo conformada por 1089 estudiantes de la facultad de ciencias de la salud de una universidad de Huancayo, a quienes se les evaluó mediante el “Cuestionario de aceptación y acción” de Bond et al. (2011), “Escala de Ansiedad de Lima” de Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018), “Escala de Psicopatología depresiva” de Vega-Dienstmaier et al. (2018), y el “Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida” de Chang y Chang (2016). Los resultados demostraron que la inflexibilidad psicológica incrementa considerablemente la experiencia de ansiedad y depresión, variables relacionadas bidireccionalmente que incrementan el riesgo de experimentar ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 (CFI=.948; TLI=.943; RMSEA=.035[.033-.038]; SRMR=.041; AIC=67918.724; BIC=68067.701;  $r^2=.408$ ;  $f^2=.689$ ).

**Palabras clave:** Inflexibilidad psicológica, depresión, ansiedad, ideación suicida y población universitaria.

## ABSTRACT

Suicide is a public health issue that must be researched and intervened upon at all levels; however, stigma and fear continue to be barriers that complicate its study and intervention. Therefore, the purpose of this study was to determine the incidence of psychological inflexibility, anxiety, and depression in suicidal ideation among university students in Huancayo, Peru, in 2023. A hypothetical-deductive, quantitative, basic, non-experimental, cross-sectional, explanatory methodology with latent variables was considered, with a sample of 1,089 students from the Faculty of Health Sciences of a university in Huancayo. These students were assessed using the "Acceptance and Action Questionnaire" by Bond et al. (2011), the "Lima Anxiety Scale" by Lozano-Vargas and Vega-Dienstmaier (2018), the "Depressive Psychopathology Scale" by Vega-Dienstmaier et al. (2018), and the "Suicidal Ideation Frequency Inventory" by Chang and Chang (2016). The results showed that psychological inflexibility significantly increases the experience of anxiety and depression, variables that are bidirectionally related and increase the risk of experiencing suicidal ideation among university students in Huancayo, Peru, in 2023 (CFI = .948; TLI = .943; RMSEA = .035[.033-.038]; SRMR = .041; AIC = 67918.724; BIC = 68067.701;  $r^2 = .408$ ;  $f^2 = .689$ ).

**Keywords:** Psychological inflexibility, depression, anxiety, suicidal ideation, university population.

## I. INTRODUCCIÓN

Se ha evidenciado que la ideación suicida se presenta como la experiencia recurrente y persistente de pensamientos acerca de la propia muerte (Chang y Chang, 2016). A nivel mundial, para el 2019, se registró un índice de suicidio de 9.2 casos por cada 100 mil personas (Banco Mundial, 2023). Para el 2021, España registró 4,003 casos de suicidios, el año 2020 en Alemania se registraron 9,283 casos, en Reino Unido 5,524 casos y en Francia 9,002 casos, índices registrados con mayor frecuencia en varones (Unidad Editorial Información Económica, 2023). Cada año, aproximadamente, 703 mil personas han decidido atentar contra su vida, posicionando al suicidio como 4ta causa de mortalidad en habitantes de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021) y el 80% de suicidios se registran en naciones en vías de desarrollo (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2022), estos datos reflejan un problema neurálgico para la salud pública y bienestar psicológico en las naciones.

Asimismo, entre el 2015 y 2019, en la región de las américas se registraron 97,339 muertes por suicidio, se considera que muchas más personas intentaron quitarse la vida (1 caso en mujeres por cada de 3.5 casos en varones), pero, el suicidio no sólo es letal para él o la que decide quitarse la vida, sino también para los familiares y el entorno social cercano (Organización Panamericana de la Salud, 2022). En América del Norte se registró una tasa de 14.1 casos de suicidio, mientras que en la región de los Andes se registró una tasa 3.9 (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023). Para el 2021, en el ranking mundial, Guayana resultó ser el segundo país con tasas más altas de suicidio (28.99), en onceavo lugar se encuentra Bolivia (18.56), seguido por Uruguay (16.80), además de Cuba (14.11) y Paraguay (10.07) (Unidad Editorial Información Económica, 2023), demostrando así una considerable incidencia de suicidio en los países del mundo.

¿Pero, cuáles son los factores que inducen al individuo a tomar la forzosa decisión de terminar su propia vida? Se considera que los problemas psicológicos representan un 11% de los factores de riesgo asociados al suicidio, donde su prevención pocas veces es una prioridad (ONU, 2022). Entonces, se destaca la depresión, consumo de alcohol, conflictos, catástrofes, pérdida de seres queridos y discriminación como factores más relevantes (OMS, 2021). Una revisión sistemática confirmó que los factores que incrementan el riesgo suicida en jóvenes de 11 a 20 años son la depresión y ansiedad (43%), relaciones disfuncionales con los padres (56%), consumo de sustancias ilegales (30%), antecedentes de suicidio en familiares (43%), factores que a su vez generan una predisposición a experimentar situaciones con mayor estrés de lo normal, complicando la capacidad de afronte, facilitando los comportamientos

desadaptativos y la visualización del suicidio como forma única de solucionar un problema (Hernández-Bello et al., 2020).

Se evidencia también que los problemas psicológicos como la ansiedad y depresión han demostrado estar asociados al riesgo e ideación suicida, además, los trastornos o problemas psicológicos se incrementaron en épocas de pandemia por COVID-19. Sin embargo, el suicidio podría prevenirse a partir de programas, estrategias y políticas multisectoriales que impulsen la detección temprana y el apoyo social, pero, uno de los principales obstáculos a combatir es el estigma social, la poca conciencia en la población y las instituciones, la poca disponibilidad y calidad de información estadística sobre intentos suicidas y suicidio propiamente dicho (PAHO, 2022).

Para el 2019, un 26% de la población padecía de ansiedad y 28% de depresión, identificando su aparición en la niñez y adolescencia (OMS, 2022). Otra revisión sistemática realizada en universitarios brasileños identificó una prevalencia alta de ansiedad (37.37%), depresión (28.51%) y conductas suicidas (9.10%), reflejando la necesidad de desempeñar atención integral (Miranda et al., 2021). Otra investigación también señala que la ideación suicida también se asocia al uso de cannabis, ansiedad, victimización por compañeros y la depresión, uno de sus predictores más relevantes, pero, todavía es necesario seguir investigando estos factores (Hammami y Reddy, 2022).

En tal sentido, si factores como la ansiedad y depresión, se asocian con la idea del suicidio, ¿Cuál es la incidencia de estos factores en Latinoamérica? Para el 2019 se señala una tasa de 712.4 y 443.68 en República dominicana, 704.5 y 723.66 en Brasil, 704.5 y 418.11 en Cuba, 698.2 y 534.36 en Chile y 681.12 y 618.57 y Paraguay, respectivamente (PAHO, 2021).

Para el mismo año en Perú, se registró una tasa de 549.08 de ansiedad, ocupando el 5° puesto en el ranking y otra tasa de 365.32 para depresión (PAHO, 2021), otro dato más actualizado, señala que después de la pandemia entre 40 – 30% de habitantes peruanos de 19 – 26 años, experimentaron sintomatología de ansiedad y depresión (Instituto Nacional de Salud [INS], 2022). Para inicios del 2023, el Ministerio de Salud (MINSA, 2023) indica que aproximadamente 650 mil personas fueron atendidas por depresión a través del Seguro Integral de Salud, reportando números de atenciones importantes en Cusco (49.795 atenciones), Junín (39.339 atenciones), Puno (31.518) y Ayacucho (29.608), pero no se reporta si estos consultantes han presentado ideación suicida o cuantos consumaron la idea de autoeliminarse.

Además, estos datos se fundamentan en casos intervenidos, pero, existe una proporción no estimada y que no acude a los centros de salud, por ello, la labor de detección y prevención se ve obstaculizada, reflejando una realidad alarmante para las naciones y para el Perú, ya que

evidenciaría la existencia de problemas psicológicos en habitantes que quizás estén visualizando al suicidio como salida de su sufrimiento y todavía nadie los ha escuchado. De hecho, el MINSA mediante el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF, 2023) ha registrado para Junín-Perú 248 defunciones por suicidio desde el 2017 hasta el primer semestre del 2023, pero también existen más de 1,500 defunciones no registradas para el año 2023; denotando una falta de sinceramiento de los datos estadísticos, que probablemente se ocultan debido al estigma y solapan la realidad.

En consecuencia, la ansiedad y depresión parecen guardar un vínculo con la ideación y riesgo suicida, pero ¿Estos factores aparecen de forma espontánea? o ¿A caso hay otra variable que puede ser un factor protector o de riesgo? Un estudio permitió identificar que la flexibilidad psicológica se relaciona con la depresión ( $r^2=.505$ ), ansiedad ( $r^2=.495$ ) e insomnio ( $r^2=.288$ ) (McCracken et al., 2021), otra revisión sistemática demostró que las intervenciones terapéuticas fundamentadas en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) permitieron, mediante la flexibilidad psicológica, mejorar la sintomatología de depresión, estrés y ansiedad (Knight y Samuel, 2020).

Pero ¿Cómo la flexibilidad psicológica se asocia a estas manifestaciones? Siguiendo la perspectiva conductual contextual que fundamenta la ACT, sufrir es una condición humana básica que puede amplificarse en el proceso de lenguaje y pensamiento autorreflexivo. Entonces, en el suicidio, la actividad psicológica asociada a la ansiedad, depresión, culpa y soledad, son percibido como un sufrimiento tan grande e insoportables que conducen al individuo hacia la decisión de atentar contra su vida, no obstante, el proceso psicológico esencial que subyace a tal sufrimiento es la inflexibilidad psicológica explicada por la fusión cognitiva y evitación experiencial, donde el individuo cree firmemente en su lenguaje interno que se funciona con sus cogniciones, sin poder hacer diferencia entre su consciencia y narraciones cognitivas fatalistas, los cuales lo inducen a utilizar estrategias ineficaces, que parecen correctas pero, generan mayor angustia y desgaste emocional, entonces, ocasionando inmediatamente el intento de suprimir, controlar y eliminar las vivencias angustiosas, nostálgicas, de fatalidad, no deseadas o aversivas, que recrudecen el sufrimiento y la tendencia evitativa, configurando una capacidad inflexible de atender la vivencias internas y externas (Hayes et al., 2014).

Empero, los modelos psicopatológicos que utilizan etiquetas diagnósticas para conceptualizar este sufrimiento humano (considerándolo como signos y síntomas de trastornos), que constituyen un enfoque biomedicalizado, que tiene el propósito de curar las angustias de las personas tratándolas como enfermedades médicas, visualizándolos como un

estatus de salud que debilita las prioridades del diagnóstico (la eficacia en las decisiones de tratamientos) y que al parecer convierte en patológico algunos procesos normales, sobrevaloran la reducción de los síntomas y subestiman los indicadores funcionales y los procesos centrales generadores de pautas de sufrimiento; en tal sentido, el contextualismo funcional y la ACT aborda el sufrimiento psicológico desde una perspectiva transdiagnóstica que pretende identificar procesos fundamentales que explican los problemas psicológicos (Ansiedad y depresión) como algo normal, aprendido y no como una enfermedad (Hayes et al., 2014), enfoque que se le dará a la presente investigación.

Finalmente, por todo lo mencionado antes, se propone el subsecuente problema general de estudio ¿De qué manera incide la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023? Asimismo, como problemas específicos se establece a) ¿De qué manera incide la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023? b) ¿De qué manera incide la ansiedad en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023? c) ¿De qué manera incide la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023?

Dichos planteamientos se justifican en la teoría del contextualismo funcional que fundamenta la ACT propuesta por Hayes et al. (1999) donde se sostiene que la inflexibilidad psicológica, caracterizada por una fusión cognitiva, evitación experiencial y falta de atención plena, incrementa la experiencia de problemas psicológicos, incluyendo ansiedad, depresión, donde el individuo sumergido en una situación de sufrimiento, desde sus posibilidades y vulnerabilidad, busca mejorar su condición y piensa en el suicidio como una alternativa. En este sentido, al buscar validar esta teoría en un nuevo contexto cultural y sociodemográfico, se podrá obtener una mejor comprensión de cómo estos factores interactúan y cómo pueden ser abordados de manera más efectiva en la prevención e intervención del suicidio, además, se motivará la difusión de la práctica clínica fundamentada en evidencia científica en la provincia de análisis.

A nivel práctico, considerando que los informes de las organizaciones internacionales señalan que el estigma social es un problema que desde hace mucho imposibilita obtener datos e información de calidad, incluso en las universidades, donde se asume como tabú el hablar de suicidio, la presente investigación pretende facilitar el acceso a información sobre ideación suicida en una población que es notablemente vulnerable, con el fin de que se estructuren y se instauren programas de intervención con fines preventivos primarios, ya que el suicidio como última manifestación es una consecuencia que los profesionales de la psicología y los directores

o gerentes de los organismos estatales, privados y universidades deben tomar en cuenta, como decían Hayes et al. (2014) “Hay un elefante blanco en la habitación y nadie quiere hacer nada”.

De igual forma, la justificación metodológica, se basa en el uso de una metodología empírica que combina el uso de regresiones lineales y ecuaciones estructurales para explorar la relación explicativa o causal entre la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida en la provincia de Huancayo. Este enfoque permitió modelar y analizar la compleja interacción entre estas variables y estudiar su impacto sobre la ideación suicida, como es la técnica de Modelamiento de Ecuaciones Estructurales Basados en Covarianzas (CB-SEM). Asimismo, para el recojo de datos se aplicó el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) de Bond et al. (2011), la Escala de Ansiedad de Lima - EAL20 de Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2013), la Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6 de Vega-Dienstmaier et al. (2011) y el Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS de Chang y Chang (2016), instrumentos, que también fueron sometidos a un proceso de análisis psicométrico a través de juicio de expertos y análisis factorial confirmatorio para la presente investigación.

También, la investigación también fue esencial desde una perspectiva social, ya que el suicidio es una problemática de salud pública que sobresalta a muchas organizaciones a nivel mundial. En Perú, el suicidio se ha establecido como una causa principal de decesos en jóvenes y adultos, donde el acrecentamiento en los índices de suicidio luego de la pandemia señala que los problemas y malestares psicológicos también han aumentado. Por ello, entender mejor las variables asociadas con la ideación suicida permitió una mejor comprensión del fenómeno y el futuro desarrollo intervenciones más efectivas y transdiagnósticas, apuntado a la prevención y la reducción de su impacto en la sociedad, además, de que permitirá una capacitación mucho más especializada por parte de los profesionales en psicología.

Finalmente, desde un enfoque político, el suicidio es un problema que afecta al bienestar de la población, entonces, mediante el estudio se buscó obtener información relevante sobre las variables asociadas con las ideas suicidas en la provincia de Huancayo, lo cual busca motivar a los responsables desarrollar políticas institucionales y públicas más efectivas para prevenir los malestares psicológicos y reducir su impacto, enfocando esfuerzos el acceso a servicios de psicoterapia basadas en evidencia, implementación programas de preventivos en las universidades y poblaciones vulnerables, fomento de la educación y la conciencia sobre el suicidio en docentes y coordinadores académicos, y la mejora servicios educativos que involucren evaluaciones psicológicas en las diferentes universidades del país.

De esta forma, la investigación consideró como objetivo general, determinar la incidencia de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de

estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. Asimismo, como objetivos específicos se consideró a) Identificar la incidencia de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. b) Identificar la incidencia de la ansiedad en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. c) Identificar la incidencia de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

Por otro lado, lo señalado anteriormente se robustece a partir de las investigaciones previas, a nivel internacional, Jarrin y Ponce (2023) en su estudio denominado *“Flexibilidad psicológica y riesgo suicida en estudiantes universitarios”*, donde se consideró como finalidad de identificar cómo la inflexibilidad psicológica se vincula con el riesgo suicida en jóvenes universitarios, para lo cual se consideró un método hipotético deductivo, correlacional, no experimental, tipo básico, orientación cuantitativa. Se tuvo en cuenta 300 participantes de una universidad pública de Ecuador entre 18 y 29 años, pertenecientes a las carreras de Nutrición y Dietética y Laboratorio Clínico, como muestra de investigación. Donde 26.3% de los estudiantes fueron varones y el 73.7% fueron mujeres. Para la investigación se utilizaron dos herramientas, el “Inventario de Orientaciones Suicidas (ISO-30)” y el “Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II)”. Los hallazgos demostraron la existencia de una vinculación moderadamente directa entre el nivel de inflexibilidad psicológica y el riesgo suicida ( $Rho=.706$ ;  $P<.001$ ), además, no se halló alguna diferencia relevante con respecto al género, con una predominancia del peligro suicida en un nivel moderado medio. En consecuencia, se arribó a la conclusión de que cuanto mayor es la inflexibilidad psicológica, más alto es el peligro suicida se vivencia. Sin embargo, dicha investigación aplicó métodos correlacionales bivariados, lo cual podría limitar la comprensión del riesgo suicida.

De igual forma, Luciano et al. (2023) en su investigación denominada *“El impacto de los temperamentos afectivos en la ideación y los comportamientos suicidas: Resultados de un estudio observacional multicéntrico en consultantes con trastornos del estado de ánimo”*, que tuvo la finalidad de investigar la relación entre los temperamentos afectivos y el suicidio, incluido el inicio del pensamiento suicida y la aparición de intentos suicidas en el transcurso de la vida. Se realizó una investigación de nivel explicativo con un total de 654 participantes a quienes se les administró la versión corta del “Cuestionario de temperamento TEMPS-M” y “Escala de Calificación de la Gravedad del Suicidio de Columbia”. Los resultados a través de modelos de regresión demostraron que los rasgos de temperamento depresivo aumentaron la probabilidad de presentar ideación suicida ( $p<.05$ ), además, los rasgos de temperamento irritable ( $p<.01$ ) también incrementaron dicha manifestación suicida. En conclusión, la

disposición afectiva (Depresión e irritabilidad) tienen un impacto significativo en el inicio de la ideación y los comportamientos suicidas, por ello, las disposiciones afectivas deben evaluarse en entornos clínicos para identificar las vulnerabilidades, además, se debe tener en cuenta una evaluación más amplia que incluya diferentes dimensiones clínicas, para desarrollar intervenciones preventivas eficaces.

Ruozhuo et al. (2023) en su investigación denominada “*Prevalencia de la depresión y su correlación con la ansiedad, el dolor de cabeza y los trastornos del sueño entre el personal médico de la provincia china de Hainan*”, que tuvo el propósito de analizar el vínculo entre depresión, ansiedad, dolor de cabeza y trastornos del sueño. Para lo cual, se consideró una metodología cuantitativa, correlacional explicativo, que tuvo en cuenta una muestra total de 645 individuos, a quienes se les administró la “Escala de Depresión de Autoevaluación - SDS”, la “Escala de Ansiedad de Autoevaluación - SAS” y el “Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh - PSQI”. Los resultados demostraron que la depresión se vincula con la ansiedad, trastornos del sueño, cefaleas y jaquecas, donde la ansiedad presentó la correlación más elevada ( $Rho=.531$ ). En conclusión, se determinó que la predominancia de depresión en los profesionales médicos fue mayor que en la población en general, en particular en mujeres, solteras, enfermeras y trabajadores con turnos rotativos, también se concluye que la depresión se asocia con ansiedad, trastornos del sueño, cefaleas y jaquecas, donde la ansiedad y la profesión de enfermería constituyen una vulnerabilidad para vivenciar depresión. Por ende, el estudio provee una ruta para el fomento de la salud laboral en el ámbito médico.

Abril y Gavilanes (2023) en su estudio denominado “*La depresión y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios*”, tuvo como finalidad establecer como los síntomas depresivos se vinculan con las ideas suicidas en jóvenes universitarios. Para lo cual, se consideró un método cuantitativo, nivel relacional, corte transversal y diseño no experimental, que tuvo en cuenta una muestra de 130 estudiantes, a quienes se les evaluó mediante la “Escala de autoevaluación para la depresión de Zung - SDS” y la “Escala de desesperanza de Beck – BHS”. Los resultados demostraron que no se evidencia una correlación entre la depresión y la ideación suicida ( $P=.740$ ;  $Rho=-.029$ ). Por ello, es posible concluir que tanto los síntomas depresivos y las ideas suicidas podrían estar influenciadas por otros múltiples factores psicológicos, sociales y biológicos, por lo que este estudio se llevó a cabo para nutrir las sapiencias previas acerca de estas variables, procurando dotar de información inicial para futuras investigaciones. Sin embargo, estos resultados contradicen otros estudios e incluso las bases teóricas establecidas hasta el momento, lo cual puede explicarse por alguna limitación propia de estudio que debe resolverse en otras investigaciones.

Gracia y Mayorga (2023) en su estudio denominado *“Relación entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de Tungurahua”*, donde el propósito fue examinar la asociación existente entre la depresión y el peligro de riesgo suicida. Se tuvo en cuenta una metodología cuantitativa, descriptivo-correlacional, asimismo, transversal y no experimental; se consideró un tamaño muestral de 336 estudiantes de diferentes colegios, a quienes se les administraron el “Cuestionario de depresión de Beck” y la “Escala de riesgo de suicidio de Plutchik”. Los hallazgos más importantes demostraron que 14.3% los estudiantes experimentaban niveles moderados síntomas depresivos y otro 24.7% experimento peligro de riesgo suicida. Asimismo, se pudo evidenciar que la depresión se vincula de forma positiva y en nivel alto con el riesgo suicida en los estudiantes ( $p < .01$ ;  $r = .753$ ), finalmente, siguiendo el análisis se identificó que los síntomas depresivos predicen el riesgo suicida en un 54.2%. Por ende, se concluyó que la depresión funge como un factor relevante en el riesgo suicida por lo cual deben desarrollarse acciones que permitan el diagnóstico temprano e intervenciones efectivas, en pro de la labor preventiva en el riesgo suicida.

Sierra et al. (2023) en su investigación titulada *“Inflexibilidad psicológica como principal factor asociado a sintomatología emocional y riesgo suicida: Dos modelos transdiagnósticos de riesgo en adultos jóvenes de Cundinamarca”*, con el propósito de identificar la como se asocia la inflexibilidad psicológica, la sintomatología y el riesgo suicida. Para ello, se consideró una metodología explicativa, no experimental, donde la muestra estuvo constituida por a 541 participantes, quienes fueron evaluado mediante la "Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)", "Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)", "Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ)", "Cuestionario de Pliance Generalizado (GPQ)", "Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)", " Mini-International Neuropsychiatric Interview - Subsección de riesgo de suicidio (MINI-C)". Los resultados demostraron que una relación moderada entre la inflexibilidad psicológica y el riesgo de suicidio ( $r = .66$ ) y ambas variables estaban asociados con la sintomatología emocional (Depresión, ansiedad y estrés) ( $\beta = .70$ ;  $\beta = .33$ ), asimismo, se identificó que la sintomatología emocional y la inflexibilidad psicológica ( $r = .95$ ) mostraron una relación fuerte y estaban asociadas con el riesgo de suicidio ( $\beta = 1.56$ ;  $\beta = -.77$ ). Por ello, se concluye que la inflexibilidad psicológica y la sintomatología emocional se identificaron como factores de riesgo asociados al riesgo de suicidio, apoyando algunas de las suposiciones del modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Navya et al. (2023) en su investigación titulada *“Ruminations, cognitive inflexibility, and their relationship with suicidal ideation in depressive disorders: A neuropsychological approach”*, con el objetivo de explorar las relaciones entre las creencias metacognitivas,

inflexibilidad psicológica, las rumiaciones y las funciones ejecutivas en pacientes con depresión que presentan ideación suicida y sin ideación suicida. Para ello, se consideró una metodología exploratoria, cuantitativa, donde la muestra estuvo conformada por 25 pacientes con depresión e ideación suicida y 25 pacientes con depresión sin ideación suicida, quienes fueron evaluados mediante “Modified Scale for Suicidal Ideation”, “Hamilton Rating Scale for Depression”, “Ruminative Response Scale”, “Cognitive Flexibility Scale”, “Wisconsin Card Sorting Test”, “Eriksen Flanker Test”. Los resultados demostraron que El estudio concluye que la rumia y la inflexibilidad cognitiva están asociadas con la suicidabilidad en pacientes con depresión; además, los déficits neuropsicológicos dependientes del estado en el control atencional y ejecutivo pueden agravar la depresión y predecir la ideación suicida. Por ello, se concluye que, las principales limitaciones del estudio incluyen el tamaño reducido de la muestra, el diseño correlacional y la predominancia de participantes masculinos, lo que puede limitar la generalización de los resultados, entonces, en futuros estudios deberían centrarse en investigaciones longitudinales para evaluar la presencia o ausencia de estas variables psicológicas y neuropsicológicas a nivel de rasgo, y su relación con la ideación o intento suicida en pacientes con trastornos depresivos.

Fernández-Rodríguez et al. (2022) en su investigación titulada *“Psychological Inflexibility, Anxiety and Depression: The Moderating Role of Cognitive Fusion, Experiential Avoidance and Activation”*, donde el objetivo fue analizar el efecto moderador de la fusión cognitiva, evitación experiencial y activación en relación con cuatro criterios de ansiedad y depresión, y comprender cómo estos procesos de inflexibilidad psicológica interactúan para influir en el malestar emocional. Para ello, se consideró una metodología explicativa, cuantitativa, no experimental, donde la muestra fue de 172 participantes en el primer momento, y 114 en el segundo momento, quienes fueron evaluados mediante “Hospital Anxiety and Depression Scale”, “Beck Depression Inventory”, “Generalized Anxiety Disorder-Scale 7”, “Environmental Reward Observation Scale”, “Acceptance and Action Questionnaire-II”, “Cognitive Fusion Questionnaire”. Los resultados demostraron que la fusión cognitiva y la evitación experiencial modulaban la sintomatología de ansiedad, mientras que la activación no fue un predictor de la ansiedad; sin embargo, la reducción en la activación fue la condición principal que modulaba la sintomatología depresiva. Por ello, se concluye que, la presencia e intensidad del malestar emocional están moduladas por la concurrencia progresiva de fusión cognitiva y la evitación experiencial y la reducción en activación, destacando la importancia de las intervenciones terapéuticas que aumenten la activación para disminuir la fusión cognitiva y la evitación experiencial.

Muneeb y Hassan (2022) en su estudio *“Tensión psicológica e ideación suicida en jóvenes universitarios durante el brote de Covid-19: los roles mediadores de la rumia y la depresión”*, donde el propósito fue examinar la relación entre la tensión psicológica, la ideación suicida, la rumia y la depresión entre los adultos jóvenes pakistaníes durante el brote de Covid-19. Se consideró una metodología explicativo-correlacional, con una orientación cuantitativa y diseño no experimental, donde el tamaño muestral se compuso por 400 estudiantes universitarios de 18 a 30 años, divididos en 83 varones y 289 mujeres, a quienes se les administró la “Escala de tensión psicológica”, la “Escala de ideación suicida”, el “Inventario de depresión de Beck” y la “Escala de respuesta ruminativa”. Los resultados revelaron un vínculo positivo entre las variables investigadas, entonces, la tensión psicológica (También denominada como estrés o ansiedad) influye positivamente en la ideación suicida, a través de la respuesta ruminativa y depresión, las mismas. En consecuencia se concluye que los aspectos que favorecen la estabilidad y la tranquilidad psicológica se asocian con la mengua de ideas suicidas en jóvenes universitarios, poniendo como factores asociados a la tensión psicológica, rumia y depresión.

Guo et al. (2022) en su investigación denominada *“La influencia de la autoestima y la flexibilidad psicológica en la salud mental de los estudiantes universitarios: un estudio transversal”*, se propusieron examinar la situación de las dificultades asociadas con el bienestar psicológico en los estudiantes de medicina, y determinar si la adaptabilidad psicológica ejercía una función de intermediación en los impactos de la autoestima. Para ello, se consideró una metodología no experimental, cuantitativa, donde se tomó en cuenta una muestra total de 810 participantes de pregrado que pertenecían a 18 clases distintas. Entonces, para evaluar se aplicó la “Lista de Verificación de Síntomas-90-revisada (SCL-90-R), la “Escala de Autoestima (SES)”, el “Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ-F)” y el “Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)”. Los resultados demostraron que los síntomas obsesivos-compulsivos, sensibilidad interpersonal y depresión se asocian directamente con la fusión cognitiva y evitación experiencial ( $P < .001$ ), mientras tanto, la autoestima se relaciona de forma inversa con que los síntomas obsesivos-compulsivos, sensibilidad interpersonal y depresión ( $P < .001$ ). Por ello, se logró concluir que la mejora de la fusión cognitiva, evitación experiencial y autoestima favoreciera en la mejora de el bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de medicina.

Sierra y Ortiz (2022) en su estudio denominado *“Componentes de inflexibilidad psicológica como predictores transdiagnósticos de sintomatología emocional y riesgo de suicidio entre adultos jóvenes”*, con el propósito de investigar como los factores de

inflexibilidad psicológica predicen síntomas emocionales y el riesgo suicida. Se consideró una metodología cualitativa, explicativa, no experimental, que involucró una muestra de 513 participantes de 18 a 39 años, quienes fueron evaluado mediante la "Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)", "Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)", "Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ)", "Cuestionario de Pliance Generalizado (GPQ)", "Cuestionario de Valoración (VQ)", "Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)" y "Mini-International Neuropsychiatric Interview - Suicidal Ideation Subsection (MINI-C)". Los resultados demostraron que la evitación experiencial, la fusión cognitiva y el pensamiento negativo repetitivo son factores de riesgo transdiagnósticos para la sintomatología emocional; en cuanto al riesgo de suicidio, solo la evitación experiencial y el pliance generalizado resultaron ser predictores significativos; asimismo, se identificó que la inflexibilidad psicológica es un factor de riesgo transdiagnóstico para la sintomatología emocional (Depresión, ansiedad y estrés) y el riesgo de suicidio. En conclusión, los modelos de clasificación propuestos en el estudio demostraron ser útiles para identificar la sintomatología clínica y el riesgo elevado de suicidio, lo que es esencial para el diseño y la implementación de intervenciones preventivas.

Krafft et al. (2019) en su investigación denominada "*La inflexibilidad psicológica predice la suicidalidad a lo largo del tiempo en estudiantes universitarios*", con el propósito de identificar los elementos de peligro susceptibles de ser modificados que pueden ser atendidos para reducir la ideas suicidas y la conducta en los alumnos universitarios. Se ejecutó una investigación de índole transversal-longitudinal, con enfoque cuantitativo y amplitud explicativa, en la que se dispuso de un grupo de 603 estudiantes universitarios como muestra. Se utilizaron diversos modelos de regresión jerárquica, tanto transversales como longitudinales, para evaluar las variables, teniendo en cuenta factores relevantes como la angustia y la ideación suicida inicial. Los hallazgos señalan que la falta de flexibilidad psicológica predijo la ideación suicida en un determinado momento ( $p < .001$ ) como también a través del tiempo. Además, se observó una interacción entre la poca flexibilidad psicológica y la angustia ( $p < .001$ ), la fusión cognitiva y el progreso de los valores ( $p < .001$ ), lo que implica que la angustia, la fusión cognitiva y el progreso de los valores se asocien más fuertemente con la ideación suicida ( $p < .001$ ). En consecuencia, se concluye que es necesario mejorar la flexibilidad psicológica y reducir la fusión cognitiva en la muestra universitaria para prevenir la ideación y comportamiento suicida, a través de la reducción de la ansiedad y el fomento del progreso de valores. Estos resultados destacan la relevancia de incorporar estrategias que fomenten la flexibilidad psicológica y reduzcan la fusión cognitiva en los programas de

prevención del suicidio para estudiantes universitarios, ya que estos factores son modificables y pueden ser clave para prevenir conductas suicidas.

Por su parte, antecedentes nacionales como el de Arotinco (2023) en su estudio denominado “Ansiedad y depresión en adultos del distrito de Villa el Salvador, Lima 2021”, tuvo como propósito establecer la asociación entre los síntomas de ansiedad y la sintomatología depresiva en una población adulta, para ello se empleó una investigación de alcance correlacional, no experimental y de tipo cuantitativa. Se seleccionó un grupo de 101 individuos adultos, a quienes se les administró la “Escala de ansiedad de Zung” y la “Escala de autoevaluación de depresión de Zung”. Los hallazgos obtenidos señalaron que un 49.5% de los investigados reportaba niveles bajos de sintomatología de ansiedad, y otro 61.4% experimentaba niveles leves de síntomas de depresión. Asimismo, se identificó una correlación significativa ( $p < .05$ ;  $Rho = .339$ ) entre los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos. En consecuencia, se concluye que es fundamental que las personas desarrollen habilidades para regular tanto la ansiedad como la depresión, dado que existe una conexión relevante entre ambas variables, es posible que al intervenir de forma transaccional en estas variables podrían mejorar de forma simultánea.

Pipa y Sánchez (2022) en su estudio denominado “Relación entre la flexibilidad psicológica y depresión en adultos”, tuvo como propósito examinar de forma la flexibilidad psicológica influye sobre la depresión. Para lo cual se utilizó un estudio de método descriptiva - cualitativo, específicamente empleando la revisión sistemática, se usó la metodología Prisma, donde la muestra estuvo constituido por una muestra de 10 artículos científicos, que evaluaron a participantes de 18 años a más. Según los hallazgos logrados, se logró evidenciar que la flexibilidad psicológica presenta una asociación inversa con los síntomas depresivos en los participantes objetos de estudio; además, se sugirió que a medida que aumentan los síntomas depresivos, disminuye la flexibilidad psicológica en la persona. Como conclusión, se destaca la importancia de mejorar la flexibilidad psicológica en jóvenes y adultos, ya que esto puede ser un factor clave para tratar y desarrollar capacidades que les permite afrontar etapas donde se exacerban los síntomas depresivos que afectan su normal desenvolvimiento en la vida diaria.

Carazas (2021) en su estudio denominado “Depresión e ideación suicida en alumnos de una institución educativa nacional de Lima Metropolitana”, tuvo como propósito analizar el vínculo entre las ideas suicidas, sus dimensiones y la depresión. El estudio adoptó una orientación cuantitativa, diseño no experimental, con alcance relacional, donde se reclutó a un total de 160 individuos para el estudio, a quienes se les aplicó la “Escala de ideación suicida de Beck” y la “Escala psicométrica de depresión para adolescentes de Reynolds”. Los hallazgos

logrados señalan que hay una asociación importante entre la depresión y las ideas suicidas ( $Rho=.433$ ;  $p=.000$ ), esto sugiere que la aparición de síntomas depresivos aumenta el riesgo de idear el suicidio. Asimismo, se encontró una asociación relevante entre los síntomas de depresión y la actitud hacia la vida/muerte ( $Rho=.400$ ;  $p=.000$ ), los pensamientos suicidas ( $Rho=.371$ ;  $p=.000$ ) y la desesperanza ( $Rho=.333$ ;  $p=.000$ ). Por ello, se concluye que es importante detectar los factores que pueden causar depresión e intervenirla de forma adecuada, ya que esta condición se asocia con el aumento del riesgo de ideación suicida, actitud hacia la vida, pensamientos de suicidio y la desesperanza.

### **Inflexibilidad psicológica:**

La base teórica de la inflexibilidad psicológica se fundamenta en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT). En la actualidad, una de las teorías que explica los fenómenos de transformación, derivación o transferencia de funciones es conocida como la Teoría del Marco Relacional (RFT) (Gómez-Martín et al., 2007). Conforme a esta teoría, el foco del lenguaje y la cognición en los seres humanos reside en la habilidad adquirida y contextualmente controlada para establecer relaciones arbitrarias entre eventos de manera mutua y combinada, además, esta capacidad permite modificar las funciones de eventos específicos en función de las conexiones que tienen con otros elementos (Hayes et al., 2006).

La RFT sostiene que la conducta relacional es una forma generalizada de operante que se adquiere mediante un historial de aprendizaje con variados ejemplos en distintos contextos circunstanciales, esta operante se halla influenciado por sus consecuencias y antecedentes, entonces, la consonancia entre estímulos es solo una de las diversas categorías de respuestas relacionales que surgen como resultado de la actividad de enmarcar eventos en términos de relaciones. Este proceso fundamental constituye la base esencial del comportamiento verbal en el ser humano (Barnes-Holmes et al., 2005).

Las repercusiones fundamentales de la RFT en el ámbito de la psicopatología y la psicoterapia surgen a partir de cuatro atributos esenciales: (Hayes et al., 2006)

- En primer lugar, los procesos cognitivos involucrados en la resolución de problemas verbales y el razonamiento están tan integrados que, a pesar de su posible contribución a problemas psicológicos, no se pueden eliminar sin afectar otras habilidades esenciales (Hayes et al., 2006).
- En segundo lugar, la extinción puede disminuir una respuesta aprendida, no la elimina por completo, y tratar de eliminar redes cognitivas formadas históricamente a través del aprendizaje no es una estrategia efectiva en psicología (Hayes et al., 2006).

- En la tercera instancia, cuando se realizan intervenciones en puntos específicos de las redes cognitivas, estas intervenciones tienden a fortalecer esos puntos, aumentando su importancia y función dentro de la red general (Hayes et al., 2006).
- Finalmente, debido a que el contexto puede influir en las redes cognitivas, se pueden usar estrategias contextuales para disminuir el impacto de los pensamientos negativos, independientemente de si esos pensamientos siguen presentes en alguna manera (Hayes et al., 2006).

Estas cuatro ramificaciones señalan que no es imperativo ni esencial centrarse exclusivamente en el contenido de las redes cognitivas durante la intervención clínica, pero es viable dirigir la atención hacia sus funciones en lugar de su contenido (Hayes et al., 2006).

Entonces, la RFT ha reavivado el análisis funcional del comportamiento al posibilitar la investigación de temáticas antes exclusivas de la psicología cognitiva como el razonamiento analógico, las actitudes implícitas, el autoconocimiento, la disonancia cognitiva y otros aspectos, proporcionando nuevas luces y estableciendo principios conductuales relacionados con el funcionamiento del lenguaje, lo cual ha valido como fundamento para el perfeccionamiento de ACT; sosteniendo que las personas interpretan y responden a estímulos en función de las relaciones que se han establecido entre ellos, esta conexión entre palabras y objetos no es natural sino arbitraria, por ejemplo, la palabra "pelota" no tiene una relación inherente con los objetos esféricos, conexión establecida en función del contexto y la cultura en el que se encuentran, esto implica responder a un estímulo basado en su relación con otro. Por ejemplo, al enseñar el concepto de "más grande" a un niño, se usan pares de objetos y se le pide que identifique el "más grande", con la repetición, el niño aprende a responder de manera "relacional", es decir, basando su respuesta en la comparación de tamaño entre los objetos (Gómez-Martín et al., 2007).

Se destaca que esta respuesta relacional puede considerarse parte de una clase más amplia de enmarcamiento comparativo, donde se pueden comparar diversos objetos y hasta seres humanos. RFT reconoce que estas evaluaciones son inevitables una vez que el enmarcamiento comparativo está presente. Frente a evaluaciones negativas, como "Todos los demás son mejores que yo", ACT sugiere no desafiar la veracidad del pensamiento, sino reconocerlo por lo que es (una evaluación) en lugar de una descripción objetiva que debe ser corregida. Entonces, con respeto a las propiedades del Enmarcamiento o Marco Relacional, por definición, todo enmarcamiento relacional exhibe tres propiedades o características: (Gómez-Martín et al., 2007).

- Implicación Mutua: Se refiere a la relación recíproca entre estímulos, donde si A está relacionado con B, entonces B está relacionado con A (Gómez-Martín et al., 2007).
- Implicación Combinatoria: Hace referencia a la habilidad de integrar estímulos conexos para generar nuevas relaciones. Por ejemplo, si existe una relación entre A y B, y otra entre B y C, se puede inferir la relación existente entre A y C (Gómez-Martín et al., 2007).
- Transformación de Funciones del Estímulo: Se trata de la modificación en las funciones de los estímulos mediante relaciones arbitrarias. A modo de ilustración, el término "más grande" podría alterar la percepción del tamaño de un objeto en relación con otro (Gómez-Martín et al., 2007).

Finalmente, ACT representa una perspectiva dentro del conductismo radical que unifica estrategias de autoconciencia, aceptación del propio comportamiento, con el propósito de generar un cambio conductual significativo, influyendo directamente en la reducción de la inflexibilidad psicológica, enfatizando en la relevancia de la experiencia subjetiva como punto de inicio para el proceso psicoterapéutico. Esta orientación otorga gran importancia y valoración a las experiencias personales de cada individuo, mostrando un profundo respeto por las maneras en que las personas han manejado y afrontado sus desafíos y problemas hasta el momento, donde la información sobre las experiencias y estrategias de afrontamiento de las personas se utiliza de manera completa y holística, para buscar una forma de vida más equilibrada y saludable para la persona (Vargas y Ramírez, 2012).

Por una parte, la conceptualización de la flexibilidad psicológica hace referencia a la disposición de adaptarse al momento presente, sin recurrir a una actitud evitativa, según lo permita la situación, implicando la disposición para conservar o modificar conductas en línea con los valores personales y propósitos establecidos (Prozillo y Olivera, 2019); este proceso se fundamenta en la interacción entre el pensamiento y las circunstancias ambientales. Entonces, la inflexibilidad psicológica se refiere al déficit en la habilidad para establecer una conexión más profunda con el momento presente, que impide la modificación de comportamientos problemáticos o la preservación de aquellos necesarios para comportarse en consonancia con los valores (Vargas y Ramírez, 2012).

Es por ello que, desde la perspectiva de ACT, los problemas psicológicos surgen y/o se agravan debido a la interacción entre el lenguaje y la cognición mediante contingencias directas, lo que lleva a la dificultad para conservar o cambiar conductas en pro de las metas y propósitos valorados a largo plazo (Inflexibilidad psicológica). En esa dirección, la

inflexibilidad psicológica proviene de un débil y nada útil control del contexto y los procesos lingüísticos, donde se constituye la fusión cognitiva que incrementa la tendencia a evitar las experiencias aversivas (Hayes et al., 2006).

- Fusión cognitiva:

En términos generales, la fusión cognitiva se refiere a una regulación excesiva o inadecuada de la conducta a través de procesos verbales, como reglas, donde la conducta humana se ve más influenciada por patrones y contingencias verbales respectivamente rígidas que por las contingencias del ambiente. Como consecuencia, los individuos actúan de espaldas a lo que el entorno ofrece como relevante para sus valores y metas. Desde la perspectiva de ACT, la forma o el contenido del pensamiento no son directamente problemáticos, a menos que las peculiaridades del contexto lleven a que este contenido cognitivo regule la acción humana de manera poco útil (Hayes et al., 2006).

Por ende, los contextos funcionales que pueden tener efectos negativos se basan en gran medida en el lenguaje y la comunidad social. Dichos contextos se encuentran interconectados, lo que explica por qué la fusión cognitiva respalda la evitación de experiencias: (Hayes et al., 2006)

En un contexto de literalidad, los símbolos o pensamientos ("la vida no tiene remedio") se interpretan literalmente como si fueran hechos ("Una vida sin solución") (Hayes et al., 2006). En un contexto de razonamiento, la acción o inacción se basa excesivamente en las "causas" construidas de la propia conducta, especialmente cuando se refieren a "causas" que no pueden ser manipuladas, como los eventos emocionales condicionados (Hayes et al., 2006). En un contexto de control experiencial, el enfoque principal se centra en maniobrar los estados cognitivos y emocionales como medida de una vida exitosa (Hayes et al., 2006).

- Evitación experiencial:

Por su parte, la evitación experiencial se entiende como el intento de modificar la morfología, frecuencia o sensibilidad de los comportamientos internos, incluso si esto resulta en consecuencias negativas; entonces, las emociones "negativas" son verbalmente anticipadas, evaluadas y evitadas a causa de los vínculos temporales y comparativos del lenguaje humano. La evitación de experiencias se fundamenta en este sumario lingüístico natural, un esquema que la cultura extiende convirtiéndolo en intereses generales en "sentirse bien" y evitar el sufrimiento; lamentablemente, los esfuerzos por evitar situaciones incómodas en la privacidad tienden a aumentar su importancia funcional, ya sea porque se vuelven más destacadas o porque estos intentos de control están verbalmente relacionados con resultados negativos concebidos.

En consecuencia, esta tendencia reduce la variedad de comportamientos posibles, ya que muchos comportamientos podrían evocar estos eventos personales temidos (Hayes et al., 2006).

Por otra parte, la necesidad social de entender y encontrar utilidad práctica en el comportamiento simbólico humano lleva a las personas a intentar comprender y explicar los fenómenos psicológicos, incluso cuando no es estrictamente necesario, conllevando a una desconexión con el momento presente, y la tendencia a vivir más atento a los pensamientos. En tal sentido, los conceptos del pasado y el futuro, junto con la noción del "yo" como concepto, adquieren un mayor control regulador sobre la conducta, lo que contribuye mucho más a la rigidez o inflexibilidad. Por ello, puede ser más relevante para alguien tener razón sobre quién es responsable de su sufrimiento en lugar de encontrar formas más efectivas de lidiar con su propia historia. Además, como los pensamientos y emociones a menudo se utilizan como justificaciones para otras acciones, la tendencia explicativa tiende a enfocar aún más la atención de la persona en su mundo interior como la fuente adecuada para regular el comportamiento, lo que aumenta los patrones de evitación experiencial, resultando en una mayor inflexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006).

- La terapia de aceptación y compromiso (ACT):

Por ello, mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se busca mejorar la inflexibilidad psicológica con el propósito de disminuir el sufrimiento psicológico; en tal sentido, ACT se enfoca en abordar los problemas centrales en mejora de la flexibilidad psicológica, que se conceptualiza como la destreza de vincularse ampliamente con el presente como un individuo reflexivo, y de adaptar o mantener comportamientos cuando estos sirven a propósitos valiosos. Y la flexibilidad psicológica se logra mediante seis procesos centrales, cada uno de los cuales se define como una destreza positiva de orden psicológico, no simplemente como una estrategia para evitar problemas psicológicos (Hayes et al., 2006).

- Procesos clínicos fundamentales de ACT:

Los procesos de ACT se superponen y están interconectados, uno respalda a los otros y todos ellos convergen hacia la flexibilidad psicológica. Estos seis procesos consiguen ser divididos en dos grupos. Donde la atención plena y aceptación incluyen, el proceso de aceptación, defusión, contacto con el momento presente y el yo como contexto, de hecho, estos cuatro procesos pueden ser considerados como una definición conductual coherente de la atención plena. Por otro lado, el compromiso y cambio de conducta involucran el proceso de

estar plenamente conectados con el momento presente, entender el yo como contexto, honrar los valores personales y comprometernos en acciones alineadas con ellos: (Hayes et al., 2006)

Conciencia con el momento presente: Es la capacidad de situarse física y psicológicamente en el momento presente, entonces se busca una vida flexible centrada en el “aquí y el ahora”, evitando mantener la atención rígida en el pasado y/o el futuro (Hayes et al., 2014). Entonces, desde ACT se promueve un contacto constante y sin juicios hacia los eventos psicológicos y ambientales, buscando una experiencia directa con el mundo y acciones más alineadas con valores, por ello, la capacidad de estar presente permitirá ejercer un mejor control sobre la conducta, utilizando el lenguaje como instrumento para prestar atención y caracterizar los eventos, conocido como "yo como proceso" (Hayes et al., 2006).

Dimensiones del Yo: Capacidad para centrarse y tomar de perspectiva de uno mismo, siendo consciente y observador de pensamientos, emociones y experiencias, siendo testigos de nuestras propias vivencias y actuar como un observador objetivo de nuestras conductas internas y manifiestas (Hayes et al., 2014). Como consecuencia, el lenguaje humano contribuye a la construcción de un sentido del yo como perspectiva, añadiendo un componente trascendental, entonces, el sentido del "yo" surge de la relación de interpretación de palabras en situaciones específicas o perspectivas (relaciones deícticas), sin embargo, dado que esta noción del yo representa un argumento para el conocimiento verbal y no para el contenido del mismo, sus limitaciones difícilmente son aprehendidas; el yo, considerado como contexto, es de relevancia debido a que desde esta perspectiva, uno puede ser consciente de la corriente de experiencias personales sin apegarse a ellas. Por ello, ACT promueve la comprensión del yo como contexto a través de adiestramientos de atención plena, metáforas y exposiciones experienciales (Hayes et al., 2006).

Defusión: Es el proceso a través del cual el individuo aprende a distanciarse de su lenguaje interno que incrementa el control negativo y sufrimiento, mejorando la conciencia de las limitaciones de su lenguaje e identificando como eventos internos, imágenes, lenguajes y no como hechos o verdades (Hayes et al., 2014). Entonces, las inventivas de defusión cognitiva tienen como objetivo cambiar las funciones no deseadas de los eventos privados, la idea es cambiar la forma en que se interactúa con el pensamiento y la creación de contextos poco útiles que reduzcan la influencia de esos pensamientos. Por ejemplo, observar un pensamiento negativo sin reaccionar emocionalmente, repetirlo en voz alta hasta que solo quede su sonido o considerarlo como un evento observado externamente, dotándolo de atributos como forma, tamaño, color, velocidad o figura. Otras técnicas pueden involucrar agradecer por el pensamiento interesante, etiquetar el proceso del pensamiento ("Estoy

teniendo el pensamiento de que no soy bueno"). El propósito es reducir la importancia literal del pensamiento y verlo como una experiencia subjetiva (Hayes et al., 2006).

**Aceptación:** Es la disposición consciente y voluntaria para abrazar plenamente sus pensamientos, emociones, sensaciones físicas, positivas y negativas sin evitarlos ni intentar cambiarlos (Hayes et al., 2014). Entonces, desde ACT se instruye sobre la práctica de la aceptación como una vía alterna a la evitación experiencial, por ello, implica una actitud activa y consciente hacia los eventos privados que se originan como consecuencia de la propia historia personal, sin tentativas innecesarias para modificar su forma o frecuencia, fundamentalmente cuando modificarlos podría causar sufrimiento psicológico. Por ejemplo, a aquellos que sufren de ansiedad se les enseña a sentir y experimentar plenamente el sentimiento de ansiedad, sin rechazarlo o resistirse a él. La aceptación, aunado a la defusión son un medio para fomentar la acción en conformidad con los valores individuales (Hayes et al., 2006).

**Conexión con valores:** Es el proceso de identificar y comprometerse con los principios y aspectos fundamentales y significativos para la vida de una persona, entonces, los valores representan lo importante y valioso que programa las direcciones de su vida (Hayes et al., 2014). Los valores representan cualidades elegidas de acciones intencionales que no pueden ser materializadas como objetos, sino que pueden manifestarse en cada momento. ACT emplea diversos ejercicios para ayudar al consultante a determinar la dirección de su propia vida en diferentes áreas, a la vez que contrarresta los procedimientos verbales que pueden dirigir a elecciones fundamentadas en la evitación, convenio social o la fusión cognitiva (Ejemplo, "Una buena persona valoraría...", "Debería valorar..." o "Mi madre quiere que valore..."). Por ello, la aceptación, la defusión cognitiva, el situarse en el aquí y el ahora, etc., allanan el camino hacia una vida más significativa y coherente con los valores (Hayes et al., 2006).

**Compromiso de acción:** Es el proceso a través del cual se distingue entre elecciones y decisiones, donde se materializa el trabajo centrado en valores después de generar objetivos e identificar las acciones pertinentes, identificando los aspectos que afectan el compromiso (Hayes et al., 2014). Desde ACT se fomenta el desarrollo de modelos cada vez más extendidos de comportamiento efectivo relacionados con los valores, donde es posible incluir técnicas como la exposición, adquisición de habilidades, moldeamiento, establecimiento de metas, entre otros. A diferencia de los valores, que se manifiestan continuamente pero no pueden ser alcanzados como objetos tangibles, los objetivos concretos que están alineados con los valores pueden ser alcanzados (Hayes et al., 2006).

Desde una perspectiva teórica y de procedimiento, se podría describir ACT como una intervención psicológica que se fundamenta en la filosofía conductista contemporánea,

incluyendo la Teoría del Marco Relacional (RFT). Esta terapia emplea técnicas de atención plena y aceptación, así como estrategias de compromiso y modificación de conducta, con el propósito de promover la flexibilidad psicológica, enfocando su intervención en procesos clínicos fundamentales (Hayes et al., 2006).

Por ende, ampliar la investigación de la conducta para desarrollar una teoría contextual de la cognición implicó tener una comprensión del enfoque contextualista, es así que la base de ACT se encuentra en la filosofía del contextualismo funcional, una variante específica del contextualismo que se centra en influenciar y predecir eventos con precisión, amplitud y profundidad. En esta corriente se consideran los acontecimientos psicológicos como conductas continuas del organismo en interacción con contextos determinados situacional e históricamente, conductas que solo pueden dividirse con propósitos pragmáticos y no ontológicos (Hayes et al., 2006).

Así pues, ACT se presenta como un enfoque clínico conductual que se basa en los valores personales del cliente en lugar de adoptar un modelo de tratamiento con intervenciones definidas por fases. Fundamentado en los principios de la RFT, ACT representa una modalidad de intervención psicoterapéutica conductual que destaca particularmente cómo la evitación experiencial incide en los diversos problemas que los clientes manifiestan (Vargas y Ramírez, 2012).

- Definición de la inflexibilidad psicológica:

De esta forma, para la investigación, la inflexibilidad psicológica se refiere al déficit en las capacidades de un individuo para ajustarse y responder eficazmente a los retos, cambios y instancias de la vida. Implica la habilidad de manejar de manera saludable y adaptativa las emociones, pensamientos y comportamientos, incluso en situaciones estresantes o difíciles (Hayes et al., 2014).

### **Ansiedad:**

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, la ansiedad puede ser comprendida como un sistema de reacciones y respuestas que abarca aspectos fisiológicos, conductuales, cognitivos y emocionales, que se desencadena al anticipar circunstancias o eventos que son considerados altamente desfavorables, debido a su impredecibilidad y poco control percibido, lo que representa una posible amenaza para los intereses fundamentales de los individuos (Clack y Beck, 2012). Por su parte Barlow (2002) señala que el miedo puede ser entendida como una reacción primitiva que surge como reacción ante un riesgo presente, caracterizada por la activación rápida y una tendencia a la acción. Entonces, la ansiedad se define como una reacción dirigida hacia el futuro, en la que predominan las percepciones de control y

previsibilidad ante eventos potencialmente desagradables, con un cambio rápido de atención hacia situaciones que podrían ser peligrosas o hacia la respuesta emocional misma frente a tales situaciones.

Desde el enfoque ACT, en la vida, superar los desafíos diarios requiere dedicación y persistencia, ya que el éxito rara vez llega fácilmente, especialmente para aquellos que esperan pasivamente, se rinden o no toman medidas. Aunque no se puede asegurar que las estrategias de afrontamiento siempre generen los resultados deseados, se les aprecia debido a que, en general, tienden a ser beneficiosas con mayor frecuencia que no. Las personas que sufren de ansiedad aguda o trastornos de ansiedad a menudo están atrapadas en una lucha constante por controlar sus pensamientos no deseados y sensaciones físicas. Aunque buscan ayuda terapéutica, las estrategias tradicionales tienen éxito limitado. Entonces, los esfuerzos de control de la ansiedad son en su mayoría ineficaces y están relacionados con un proceso de resistencia a aceptar la realidad y la falta de disposición para experimentar lo aversivo. Aunque estas ideas pueden sonar extrañas al principio, se argumenta que los esfuerzos de control pueden empeorar la ansiedad y la calidad de vida en lugar de mejorarlas (Eifert y Forsyth, 2005).

Entonces, controlar implica ordenar o gobernar acciones y comportamientos, siendo una actividad intencional que requiere esfuerzo y recursos. Este proceso se aplica a situaciones donde se pueden manipular objetos y eventos en el mundo externo, como cambiar prendas de vestir, encontrar un nuevo trabajo o modificar el color de las paredes. Estas acciones, dirigidas hacia un resultado específico, pueden tener un impacto positivo en nuestras vidas. Sin embargo, los problemas asociados con estrategias de control extremas, ya sea cuando son intensas y rígidas o cuando se aplican en situaciones inapropiadas, como cuando una joven que evita ciertas acciones para controlar ataques de pánico, son esfuerzos de control, comunes en trastornos de ansiedad y suelen resultar en una vida más restringida en lugar de expandirla. De esta forma, se argumenta que la ansiedad se convierte en un problema cuando se experimenta sin amenazas reales y se aborda como causa de sufrimiento, llevando a estrategias de control que pueden empeorar la calidad de vida. Aunque las personas pueden expresar su desagrado por la ansiedad, el problema surge cuando la gestionan y controlan como si fuera un enemigo a eliminar, lo cual puede ser contraproducente (Eifert y Forsyth, 2005).

- Revisión temporal del concepto de ansiedad:

A lo largo del tiempo, el concepto de ansiedad ha experimentado una evolución que ha dado lugar a diversas dimensiones. En un primer sentido, ha sido tomado en cuenta como una fase fisiológica y emocional pasajera, como una característica de la personalidad, y también

como una causa del comportamiento. No obstante, la ansiedad, muchas veces, no se correlaciona directamente con el peligro objetivo presente en una situación específica, sino que tiende a manifestarse ante situaciones que carecen de un peligro real (Sierra et al., 2003). Por ello, la enunciación de la ansiedad es descrita como algo que impregna todos los aspectos, influenciado por diversas propiedades que pueden estar presentes en el entorno, llevando al individuo a experimentarla de manera continua y sin una causa justificada aparente (Wolpe, 1993).

En el periodo de los 70s, se desarrolló la teoría tridimensional de la ansiedad, donde se sugería que las emociones se manifiestan a través de respuestas que se agrupan en distintas clasificaciones: Cognitiva, fisiológica y motora. Entonces, la ansiedad también podría ser entendida como una reacción de emergencia dirigida a la adaptación, frente a situaciones donde se perciben o interpretan como amenazantes o peligrosas para su bienestar, lo que desencadena diversos mecanismos defensivos. Estos mecanismos incluyen la aceleración del sistema nervioso simpático y la producción de las hormonas catecolaminas (Epinefrina, dopamina y noraepinefrina), las cuales contribuyen en gran medida a los síntomas somáticos que caracterizan las respuestas de ansiedad. Durante los 90s, se inicia a entender la ansiedad como un estado emocional que puede manifestarse de manera independiente o superpuesta a los síntomas depresivos y psicósomáticos, donde el individuo enfrenta dificultades en su trabajo de ajuste al entorno (Sierra et al., 2003).

En resumen, la ansiedad ha sido comprendida como aquella respuesta emocional que involucra impresiones de aprensión, tensión, preocupación y nerviosismo, acompañados por una aceleración de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático, respuesta de anticipación que posee un significado funcional y un correlato biológico (Sierra et al., 2003).

- Enfoque psicofisiológico de la ansiedad:

El estudio de los procesos psicológicos desarrollado por James (1980, citado en Díaz y De la Iglesia, 2019) subyacentes al comportamiento a través de la exploración de respuestas fisiológicas sentó las bases para los modelos científicos iniciales sobre las emociones, que más adelante se relacionarían con el estudio de la ansiedad. La teoría periférica de la emoción postula que las emociones son consecuencias más que antecedentes de las reacciones corpóreas, donde la discriminación de un estímulo significativo biológicamente desencadenará reacciones corpóreas, fisiológicas y motoras, denominados reacciones emocionales, y la percepción de esta reacción produce la experiencia emocional, evidenciando una relación causal entre componentes emocionales como la situación, la reacción emocional y la experiencia afectiva. Así pues, Lange (1885, citado en Díaz y De la Iglesia, 2019) añadía que

las experiencias emocionales exhiben un esquema fisiológico distinto, donde la reacción fisiológica vasomotora es un requisito esencial para la manifestación de las respuestas emocionales, y que la percepción de dichas activaciones físicas era el factor explicativo de los episodios emocionales.

- Enfoque psicométrico factorial de la ansiedad:

Spielberger (1996, citado en Díaz y De la Iglesia, 2019) partiendo de las investigaciones de Cattell y Lazarus, desarrolló una distinción conceptual y operativa entre la ansiedad como una reacción transitoria (Estado) y como una característica estable en términos relativos de la personalidad (Rasgo). No obstante, discutió la autonomía entre estos dos tipos de ansiedad (Rasgo y estado). Dada la complicación de los fenómenos, no fue posible comprender la ansiedad de manera aislada de las circunstancias estimulantes que la provocan y de las variables mediadoras involucradas. Por lo tanto, desde esta concepción se asume a la ansiedad como una sucesión enmarañada de componentes afectivos, cognitivos y conductuales desencadenados por algún tipo de estrés, considerando al estrés como las circunstancias estimulantes antecedentes a la evaluación cognitiva y a la consecuente reacción ansiosa, atribuyendo a la evaluación cognitiva como el origen y el control de la ansiedad.

- Enfoque cognitivo-conductual de la ansiedad

Este enfoque, en concordancia con el anterior, ahondó en el rol crucial que desempeñan los elementos cognitivos en el progreso y sostenimiento de la ansiedad. Su contribución más significativa radicó en la circunspección detallada de los procesos cognitivos que actúan como mediadora entre los estímulos aversivos y las respuestas de ansiosas, lo cual enriqueció de forma considerable el modelo de estímulo-respuesta propuestas por las teorías conductistas. De hecho, el precursor más representativo fue Bandura, presentando la teoría del aprendizaje social, donde señalaba que las reacciones se regulaban por las expectativas del individuo, estableciendo una distinción entre las expectativas de autoeficacia (Creencias sobre de la capacidad personal para desplegar ciertos comportamientos con éxito) y las expectativas de resultado (Evaluaciones sobre los resultados que podrían derivar de determinadas acciones). Donde, a través de las informaciones resultantes, se llevaba a cabo una nueva valoración o revaloración del medio y de la individualidad, lo cual podría modificar o intensificar la evaluación previa. Entendiendo a la ansiedad como aquel momento subjetivo derivado de las valoraciones y revaloraciones de estímulos externos e internos, donde los resultados determinarán la intensidad, el tipo y duración de la vivencia emocional (Díaz y De la Iglesia, 2019).

Esta concepción de la ansiedad se enfoca en la noción de vulnerabilidad, entendida como la percepción que un individuo tiene de sí mismo como sujeto expuesto a amenazas tanto internas como externas, sobre las cuales carece o siente que el control es insuficiente para brindar seguridad. En situaciones clínicas, esta impresión de vulnerabilidad se exagera debido a ciertos procesos cognitivos poco funcionales, entonces, este incremento en la percepción de vulnerabilidad se manifiesta claramente en los entendimientos sesgados y exagerados que se hacen sobre de la posibilidad de sufrir perjuicio individual en reacción a estímulos que, en realidad, son inofensivos o neutrales (Clack y Beck, 2012).

Esta evaluación primaria de amenaza conduce a una perspectiva errónea que magnifica en gran medida la posibilidad percibida de que ocurra el perjuicio y el compromiso percibido del mismo. Entonces, la tendencia significativa a sobrestimar la intensidad de la amenaza desencadena conductas de evitación, al mismo tiempo, se evidencian dificultades para percibir las señales de seguridad en situaciones consideradas amenazantes, subestimando su capacidad para hacer frente a posibles daños o peligros anticipados. Esta reevaluación secundaria y elaborativa se desencadena inmediatamente tras la valoración inicial de la inminencia, y en estados de ansiedad, incrementa la inicial percepción de la inminencia (Clack y Beck, 2012).

Finalmente, la gravedad de un estado de ansiedad se encuentra determinada por una ponderación entre la valoración o evaluación primaria de la inminencia y la valoración posterior de las capacidades para afrontar. Entonces, la percepción del riesgo agiliza el "sistema de alarma" que desencadena sumarios comportamentales, cognitivos y fisiológicos, los cuales se desarrollaron con el propósito de resguardar las especies de perjuicios y riesgos. La respuesta conductual para enfrentar el riesgo puede manifestarse como una reacción de pelea o escape (evitación), empero, puede incluir muchos comportamientos instrumentales, tales como suplicar auxilio, tomar un porte defensivo o negociar para lograr la minimización de la amenaza. Por tanto, la ansiedad surge como resultado de un conjunto de procesamientos de informaciones o interpretaciones como amenazantes para los beneficios vitales y la salud (Clack y Beck, 2012).

- Enfoque ACT de la ansiedad:

Los esfuerzos de control están estrechamente vinculados con nuestras evaluaciones del mundo, nos esforzamos por tener más de lo que nos gusta. Frecuentemente, procuramos evitar o eludir aquello que nos resulta desagradable. La eficacia de esta estrategia radica en la premisa de que tanto lo positivo como lo negativo en la vida están, en realidad, bajo nuestro control. No obstante, la creencia ilusoria de tener control constante en la vida se desmitifica al reconocer que muchas experiencias escapan a nuestro dominio. Las formas sutiles de condicionamiento

diario y el desafío psicológico en quienes sufren trastornos de ansiedad hacen más complicado comprender que la constante búsqueda de control no es necesaria y es un mito arraigado (Eifert y Forsyth, 2005).

Por ende, controlar las emociones humanas, al encenderlas o apagarlas, no es una tarea sencilla; las emociones no tienen un interruptor de encendido y apagado. Surgen como consecuencia de nuestras interacciones con el mundo, no son acciones deliberadas separadas de él. Intentar inducir extremos de felicidad o ansiedad ilustra la dificultad de controlar las emociones sin un estímulo externo. Las personas que sufren de ansiedad a menudo buscan controlar la ansiedad como se haría con otros aspectos de la experiencia humana. Esto refleja la creencia implícita de que la ansiedad es negativa y debe evitarse para lograr la felicidad y el éxito. La tendencia compartida a nivel humano de evitar lo desagradable se ha explorado extensamente, y comprenderla es crucial al abordar trastornos de ansiedad (Eifert y Forsyth, 2005).

De esta manera, la tentativa de reprimir y gestionar pensamientos y emociones no deseados puede, irónicamente, generar un aumento de los mismos. La estructura del cuerpo humano como un sistema cerrado con mecanismos de retroalimentación integrados contribuye a este fenómeno. Al tratar de evitar pensamientos y sentimientos ansiosos, podemos involuntariamente intensificarlos en un ciclo autoperpetuante, este fenómeno se ilustra cuando alguien intenta no pensar en un elefante rosa, ya que el mismo acto de no pensarlo involucra pensar en él (Eifert y Forsyth, 2005).

De hecho, no es cierto que toda la regulación emocional sea problemática, en muchos casos, el problema radica en la falta de regulación emocional; por ello, es crucial distinguir claramente entre regular la experiencia emocional y regular las acciones asociadas a esa experiencia. La regulación emocional es altamente deseable en casos de ira y rabia, donde los estallidos verbales y otros comportamientos relacionados pueden ser destructivos, sin embargo, la experiencia emocional inicial de la ira no puede ser controlada, lo que se puede controlar es cómo las personas responden a su ira. La aceptación de la presencia de la emoción y la elección consciente de la respuesta son pasos esenciales en este proceso (Eifert y Forsyth, 2005).

La capacidad de suprimir y regular la experiencia emocional tiene sus límites; los esfuerzos por hacerlo suelen ser poco efectivos e incluso podrían agravar la situación. Entonces, en lugar de intentar controlar directamente las experiencias emocionales no deseadas, el enfoque efectivo es soltar esos intentos de control y aceptar las emociones presentes, lo que permite una mejor regulación emocional al dirigir el control hacia cómo respondemos a esas emociones. De esta forma, el contexto de aceptación implica no luchar

contra los síntomas, disminuyendo el miedo a perder el control, los pensamientos catastróficos y la evitación. De manera paradójica, al abandonar los intentos de ejercer control, se experimenta una sensación de tener "más control" (Eifert y Forsyth, 2005).

En resumen, la supresión activa, la evasión o eludir pensamientos y emociones negativas no son estrategias propicias para mejorar a largo plazo. Contrariamente, intentar controlar conscientemente la ansiedad puede intensificarla, al tiempo que incrementa la probabilidad de que las respuestas emocionales no deseadas reaparezcan, a menudo con mayor intensidad en el futuro. Además, los esfuerzos de supresión y control de la ansiedad también actúan para mermar las experiencias emocionales positivas. Este resultado conlleva a más ansiedad en lugar de menos, dando lugar a un ciclo auto perpetuante de esfuerzos continuos por controlar la ansiedad (Eifert y Forsyth, 2005).

En última instancia, no hay nada desordenado en la experiencia de ansiedad y las sensaciones físicas que la acompañan. Los pensamientos ansiosos o "negativos" tampoco poseen intrínsecamente características perjudiciales o desordenadas. Son meramente pensamientos y sentimientos, ni más ni menos; no causan daño ni amenazan la vida; son, en un sentido profundo, elementos que nos definen como seres humanos. Ahora bien, consideremos la ansiedad dentro del marco de alguien que la rechaza y se niega a experimentarla. En este contexto, la ansiedad ya no es simplemente una sensación; se convierte en una sensación negativa, incluso peligrosa, que demanda una respuesta inmediata. La ansiedad deja de ser solo ansiedad; se convierte en un problema indeseado que debe ser eliminado. Los pensamientos ya no son solo pensamientos; se transforman en pensamientos perjudiciales. Todo lo vinculado con la ansiedad o la posibilidad de experimentarla se convierte en un problema. La ansiedad, en este escenario, probablemente desencadenará más ansiedad, y el miedo generará más miedo. Esto desencadenará una serie de esfuerzos para controlar tanto la ansiedad como las situaciones que la provocan. Estos intentos rara vez tendrán éxito a largo plazo. Paradójicamente, estas soluciones aparentes engendran una serie de complicaciones en la vida. Así, lo que convierte a la adversidad y al dolor emocional en sufrimiento es la negativa a aceptar dicha experiencia dolorosa (Eifert y Forsyth, 2005).

Cuando rechazamos nuestros sentimientos de aprensión y, en cambio, luchamos por librarnos de ellos, la incomodidad normal asociada con la ansiedad puede transformarse en el sufrimiento vinculado a la ansiedad patológica. Este sufrimiento se manifiesta cuando resistimos la idea de sentirnos heridos o temerosos. Ocurre cuando no reconocemos ni aceptamos la realidad de estas experiencias, optando en su lugar por acciones destinadas a evitarlas o escapar de ellas. En los trastornos de ansiedad, esta evitación de experiencias es

característica, representando la tendencia a realizar acciones con el fin de alterar la frecuencia, duración o naturaleza de eventos internos no deseados (como pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y recuerdos), así como las situaciones que los desencadenan. Este comportamiento de evitación, a diferencia de la aceptación, implica un distanciamiento de la plenitud de la experiencia humana, tanto en sus aspectos positivos como negativos, comprometiéndose en cambio con una agenda de cambio que, especialmente en el ámbito de los pensamientos y emociones, carece de practicidad (Eifert y Forsyth, 2005).

- **Definición de la ansiedad:**

Entonces, para la presente investigación la ansiedad se considera una respuesta condicionada de evitación o escape, a través de la asociación de estímulos aversivos (experiencias negativas o amenazantes) con situaciones específicas (Wolpe, 1993).

- **Dimensiones de ansiedad:**

Según Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018) la ansiedad se compone por 4 dimensiones:

**Ansiedad física:** Esta dimensión se define por la experiencia de disnea, molestias en el pecho, sensación de inestabilidad, parestesias y sensación de escalofrío (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018).

**Fobia social:** Esta dimensión se define por el miedo de conocer gente nueva, rendir exámenes o tener una entrevista de trabajo, ser observado haciendo alguna actividad, temor a hablar con otras personas y miedo a hacer el ridículo y sentirse humillado o avergonzado (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018).

**Ansiedad psíquica:** Esta dimensión se define por el miedo sin motivo, aturdimiento o confusión, sensación de nerviosismo, sensación de angustia, sensación de no sentirse cómodo, sosegado o apacible, agitado, alterado y asustado (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018).

**Agorafobia:** Esta dimensión se define por miedo a alejarse de casa, miedo a entrar o salir de un lugar lleno de gente, miedo a estar en lugares alta afluencia (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018).

### **Depresión:**

Para Fester (1973) la depresión es un estado emocional que se presenta con una disminución en la agilidad de los procesos psicomotores y cognitivos, una respuesta emocional de naturaleza depresiva, sentimientos de culpa o autocrítica, y delirios de indignidad. Entonces, para analizar los comportamientos objetivos descritos en la definición clínica, es preciso examinar la frecuencia de las conductas en comparación con alguien que no está

experimentando depresión, una característica destacada de la depresión es la disminución de ciertos tipos de actividades reforzantes, junto con un aumento en comportamientos de evitación y escape, como quejas, irritabilidad y llantos.

Una persona que atraviesa un episodio depresivo puede manifestar conductas que indican una disminución significativa en la actividad e interacción social. Es posible que permanezca sentada en silencio durante largos periodos de tiempo o incluso decida quedarse en la cama durante todo el día, es probable que su respuesta a preguntas sea más lenta de lo habitual, y que actividades cotidianas como hablar, caminar o realizar tareas rutinarias también se realicen a un ritmo más pausado. Aunque ocasionalmente pueda responder a preguntas o comunicarse con otros, en general, se observará una frecuencia baja de comportamientos verbales. Actividades que implican interacción verbal, como contar historias divertidas, redactar informes o cartas, o hablar espontáneamente sin ser solicitado, probablemente ocurran de manera poco frecuente (Fester, 1973).

También puede evidenciarse la disminución de la eficacia de los reforzadores asociados a los procesos fisiológicos (Comer, mantener relaciones sexuales, etc.) debido a la disminución de actividades, sin embargo, es importante destacar que estas actividades, en su función completa, también implican un repertorio social colateral complejo, lo que significa que su reducción en frecuencia no implica necesariamente que el comer o el sexo hayan dejado de ser reforzadores. Por lo tanto, la disminución de la actividad social podría resultar en una disminución en la frecuencia de la alimentación y el sexo como subproductos. La ausencia de participación en pasatiempos, actividades deportivas y relaciones emocionales podría manifestarse como un déficit en las conductas sociales. Por ejemplo, la práctica del bridge no se limita únicamente a realizar apuestas, jugar una mano y calcular puntos, sino que también involucra la organización de encuentros con cuatro participantes, gestionar las dinámicas interpersonales asociadas con ganar y perder, y mantener conversaciones tanto antes como después del juego y entre manos. Estos aspectos sociales y emocionales del juego también forman parte de la experiencia global que lo hace gratificante (Fester, 1973).

Por otro lado, las conexiones emocionales, independientemente de la naturaleza de sus sentimientos, se manifiestan a través de una considerable cantidad de actividades reforzadas o influenciadas de alguna manera por la otra persona. Incluso la fantasía relacionada con un vínculo emocional implica una considerable cantidad de conversación privada o explícita. En consecuencia, la mayoría de las actividades que poseen importancia están sujetas a la influencia de diversas fuentes, y la depresión puede conllevar una reducción en una o más de estas fuentes de conducta (Fester, 1973).

Desde la perspectiva ACT, se resaltan los procesos clave de aceptación y compromiso, fundamentales para la flexibilidad psicológica, integrándolos en el modelo hexaflex junto con seis procesos positivos secundarios. Siguiendo los principios de la RFT, el lenguaje humano se describe como una herramienta de doble naturaleza, exhibiendo tanto un "aspecto sombrío" como uno "luminoso". ACT busca minimizar los efectos negativos del "lado oscuro" del lenguaje y potenciar el impacto positivo de su "lado luminoso". El desafío radica en vivir plenamente con el lenguaje y el enmarcado relacional (Zettle, 2007).

La aceptación, como proceso central en ACT, contrarresta la evitación experiencial y neutraliza los aspectos destructivos del lenguaje, implicando renunciar al control de experiencias psicológicas no deseadas. Por otro lado, el compromiso abraza las dimensiones positivas del lenguaje al perseguir acciones alineadas con valores, subsumiendo la acción comprometida y los valores dentro del hexaflex. El orden estratégico de aceptación y compromiso en ACT es intencional, ya que la aceptación sirve al compromiso para llevar una vida valiosa. Se exploran los procesos patogénicos que respaldan la depresión, abordando su relación con el "lado oscuro" del lenguaje mediante los procesos de "atención plena y aceptación" en ACT (Zettle, 2007).

- Teoría de la disminución de los refuerzos positivos:

Para Lewinsohn et al. (1985, citado en Vázquez et al., 2000) presentan una teoría más completa en el que la depresión es concebida como consecuencia de una interacción entre variables ambientales y disposicionales. En este enfoque, se considera que la manifestación de la depresión surge como consecuencia de variaciones iniciadas por el entorno en el comportamiento, las cogniciones y el afecto. Esta teoría centrada en la reducción de los refuerzos positivos, postula una sucesión de vínculos causales, proceso que se inicia cuando ocurre un evento que puede evocar la depresión, lo cual obstaculiza los modelos de conductas automáticas, conduciendo hacia una mengua en la frecuencia de refuerzos positivos y/o un incremento en la exposición a experiencias aversivas. Como resultado, se incrementa la autoconciencia (Atención dirigida hacia uno mismo), las expectativas negativas y la autocrítica. Estas modificaciones se traducen en un incremento de la disforia, con diversas consecuencias en el ámbito conductual, cognitivo, interpersonal, etc.

- Teoría del entrenamiento en autocontrol:

Ante esto, Rehm (1977, citado en Vázquez et al., 2000) propone el modelo o teoría de autocontrol para abordar la depresión, buscando integrar los aspectos cognitivos y conductuales; este modelo se centra en una combinación de lograr metas progresivas,

reforzarse a uno mismo, gestionar contingencias y mejorar el comportamiento, considerando a la depresión resultante de una relación desfavorable entre las recompensas y los castigos experimentados. Entonces, el papel que juega el individuo en este vínculo negativo, mediante sus reacciones cognitivas y conductuales, es importante ya que tiende a tener una concepción perfeccionista y establece metas inalcanzables, centrándose en aspectos negativos de su entorno, que al mismo tiempo aplican pocos refuerzos positivos, conduciéndolo a una alta tasa de autocastigo. Por ello, los eventos positivos ocurren con poca frecuencia debido a sesgos cognitivos poco funcionales y la falta de métodos efectivos para lograr autocontrol, como resultado de una regulación inadecuada de las expectativas y los métodos de autovaloración, así como la tendencia a procesar selectivamente los eventos negativos.

- Modelo de inicio y sostenimiento de la depresión

Nezu y Ronan (1985, citados en Vázquez et al., 2000) propusieron una concepción acerca de la depresión que pone en relieve y señala que el inicio y la persistencia de los síntomas se deben principalmente a la falta o ineficiencia de sus destrezas para resolver situaciones problemáticas. Asimismo, Nezu (1987, citado en Vázquez et al., 2000) añade que podría existir carencias en alguno de sus cinco componentes: Disposición hacia el problema, Esclarecimiento y enunciación del problema, Producción de soluciones alternativas, Toma de decisiones y Ejecución de la solución y evaluación.

Por ende, Nezu (1987, citado en Vázquez et al., 2000) sostiene que la depresión se produce cuando un individuo afronta una situación difícil sin encontrar una resolución efectiva. Como resultado, surgen consecuencias negativas que disminuyen el refuerzo positivo en la conducta del individuo.

- La teoría de la indefensión aprendida:

Seligman (1975, citado en Vázquez et al., 2000) propuso la idea de que la depresión surge cuando el individuo tiene dificultades para percibir claramente la relación (contingencia) entre su conducta y sus consecuentes, dando lugar a un estado de pasividad o indefensión aprendida. Consecuentemente, Abramson et al. (1978 citado en Vázquez et al., 2000) enfatiza en el tipo de inferencia o atribución que el individuo realiza acerca de la causalidad de su indefensión, las cuales pueden ser variadas, entre las siguientes dimensiones; interna-externa, estable-inestable y global-específica. Por ejemplo, si una persona asiste a una audiencia laboral y no logra obtener el puesto, y considera su fiasco a su propia destreza limitada, estaría realizando una inferencia o atribución interna, estable y global. Por otro lado, si considera que el resultado del hecho se debió a que el tipo de trabajo en particular no era coherente para él,

estaría haciendo una inferencia o atribución externa, específica e inestable. Las tres dimensiones influyen en la cronicidad, la autoestima, la depresión y la generalización de indefensión.

- Teoría cognitiva de Beck:

Beck et al. (1979, citado en Vázquez et al., 2000) señalan que la depresión es el producto de una interpretación equivocada de los eventos y circunstancias que el individuo debe enfrentar. Esta teoría se centra en tres concepciones fundamentales, la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas:

La cognición abarca el contenido, los procesos y la organización de las percepciones, las representaciones mentales y el pensamiento. El contenido cognitivo se refiere al significado que el individuo atribuye a las imágenes y pensamientos que realiza; según los psicoterapeutas cognitivos, las interpretaciones que se realizan sobre un evento (contenido cognitivo) ejerce una incidencia reveladora en sus emociones. Los esquemas representan creencias centrales que actúan como principios rectores para procesar la información proveniente del entorno. Aunque su origen podría situarse en el aprendizaje adquirido a través de la exposición a eventos y situaciones pasadas, siendo las vivencias tempranas y la filiación con figuras representativas como factores importantes. Los esquemas depresivos están relacionados con eventos como la pérdida de figuras paternas o desaprobación. A partir de esto, es plausible que las personas que experimentan depresión en episodios presenten esquemas poco agudos o con menos vulnerabilidades (por ejemplo, confianza, seguridad, amor), en comparación con aquellos que padecen depresión aguda (Vázquez et al., 2000).

Según Perris (1989, citado en Vázquez et al., 2000) la teoría cognitiva postula que existen cuatro componentes cognitivos fundamentales que podrían explicar la depresión: La tríada cognitiva, que incluye una perspectiva negativa de la propia persona, el entorno y el devenir, Los pensamientos negativos automáticos, Errores en el procesamiento de informaciones y la percepción, y Disfuncionalidad en los esquemas.

Para Beck (1967, citado en Vázquez et al., 2000) la tríada cognitiva hace referencia a que el pensamiento disfuncional y negativo de un individuo deprimido respecto a sí mismo, su entorno y su futuro es predominante. Donde se percibe a uno mismo como poco digno, incompetente e indeseable y ve el entorno como una serie de dificultades insuperables y problemas irresolubles, y contempla el devenir como algo completamente desesperanzador.

- Enfoque ACT en depresión:

La depresión es un problema generalizado en aumento, considerado como "el resfriado común" de los trastornos psicológicos. En la actualidad, se posiciona como la principal causa de discapacidad a nivel global en individuos mayores de cuatro años. Dado que la depresión se reconoce como uno de los trastornos psicológicos más abordables, constituye un tema de especial relevancia. Desde un enfoque ACT, la depresión es una de las diversas formas de sufrimiento humano, pero, no busca cambiar creencias disfuncionales o comportamientos directamente, sino más bien alterar las funciones que sirven al cambiar los contextos en los que operan, debilitar el sistema de contextos que respalda la conexión de eventos privados, como pensamientos depresivos, en un patrón general de vida ineficaz, en lugar de abordar directamente el estado de ánimo o los pensamientos depresivos (Zettle, 2007).

De esta forma, las propiedades del enmarcamiento relacional incluyen la implicación mutua, la implicación combinatoria y la transformación de funciones de estímulo, fundamentales para comprender cómo estas dinámicas pueden influir en la depresión. Cada una de estas propiedades juega un papel crucial en la forma en que los individuos procesan y responden a estímulos, contribuyendo así a las experiencias depresivas (Zettle, 2007).

Implicación mutua: La primera característica del enmarcado relacional es el "entailment" mutuo o la bidireccionalidad. Si, en un contexto específico (por ejemplo, en el patio trasero con mamá y papá), el niño aprende que la pelota de golf está vinculada de cierta manera al béisbol, esto implica alguna relación entre el béisbol y la pelota de golf. En otras palabras, si el béisbol es más grande que la pelota de golf, entonces la pelota de golf debe ser más pequeña que el béisbol. Este fenómeno se conoce como "implicación mutua" o bidireccionalidad, indicando que la relación entre la pelota de golf y el béisbol es recíproca; funciona en ambas direcciones. Un ejemplo común de "implicación mutua" que se observa en la depresión surge de las autoevaluaciones negativas. Por ejemplo, la afirmación "Soy inútil" establece un marco relacional entre "Yo" y "Sin valor" de manera que "Yo" es equivalente a "Sin valor", y viceversa, generando una conexión bidireccional entre la percepción de uno mismo como inútil y la falta de valor personal. De esta manera, nombrar representa quizás la forma más simple de coordinación, con el nombre de un objeto participando en un marco de coordinación (o equivalencia) con el objeto mismo (por ejemplo, "Esto es un libro"). La coordinación es un marco relacional que establece la identidad o similitud funcional entre los dos estímulos involucrados. Aunque el nombre del objeto sea "libro", no es literalmente lo mismo que el objeto en sí. La palabra "libro" participa en un marco de coordinación con el libro real, el objeto con tapa y páginas, al que se refiere el nombre "libro". Como sugiero, un tipo especialmente perjudicial de enmarcado relacional que se manifiesta en la depresión

implica hacer declaraciones autoreferenciales negativas (por ejemplo, "Soy estúpido"). Incluso el impacto afectivo de una formulación como "Estoy deprimido" se espera que se amplifique, es decir, que se intensifique negativamente, desde una perspectiva de la RFT debido a las redes relacionales, es decir, relaciones entre relaciones, que contribuyen a la construcción verbal de emociones. De este modo, el empleo de diversos términos emocionales y etiquetas como "depresión" podría haber emergido como extensiones metafóricas. La sensación corporal de estar "abrumado" experimentada en la depresión psicológica puede ser bastante similar a la experimentada cuando se ejerce una fuerza o presión física directa, como cuando otra persona te sostiene. A través de la bidireccionalidad y la transferencia de funciones de estímulo, el pensamiento "Estoy deprimido" puede llevar consigo las mismas sensaciones pesadas y dificultosas encontradas bajo restricción física. La expresión "funciones de estímulo", en el contexto actual, implica que algunas de las sensaciones de sentirse "abrumado" asociadas con la palabra "deprimido" se trasladan al individuo cuando se autodenomina como "deprimido" (Zettle, 2007).

**Implicación combinatoria:** La segunda propiedad esencial que define el enmarcado relacional es la "implicación combinatoria", lo que esencialmente significa que objetos que han sido previamente "implicados" (o relacionados) individualmente entre sí, como se demostró anteriormente con la pelota de golf, el béisbol y el baloncesto, pueden combinarse (o compararse) de maneras nuevas. Dentro de un contexto específico, si aprendemos que A tiene una relación particular con B y que B tiene una relación específica con C, entonces, en ese contexto en particular, A también debe tener una relación específica con C. Retomando el ejemplo de la pelota de golf, el béisbol y el baloncesto, si la pelota de golf (A) es más pequeña que el béisbol (B) y el béisbol es más pequeño que el baloncesto (C), entonces sabemos que la pelota de golf (A) también es más pequeña que el baloncesto (C). Cuando observamos la "implicación combinatoria" en el contexto de la depresión, podemos notar cómo las personas que se comparan con otros pueden construir un autoconcepto inferior a través del proceso de "implicación combinatoria". Por ejemplo, si "Juan tiene su vida mejor organizada que yo" y "María tiene su vida mejor organizada que Juan", entonces, "María es otra persona que tiene su vida mejor organizada que yo" (Zettle, 2007).

**Transformación de funciones de estímulo:** La tercera y última característica distintiva del enmarcado relacional radica en su capacidad para llevar a cabo la transformación de funciones de estímulo. En este sentido, cualquier cambio o alteración en la función de un estímulo específico que participe en un marco de coordinación resultará en que esa misma función de estímulo se transmita a otros estímulos dentro del mismo marco. Es importante

recordar que el acto de nombrar es una forma común de enmarcado de coordinación. Supongamos que desarrollé un temor significativo hacia perros de tamaño mediano a grande después de ser brutalmente mordido por un Rottweiler. En este escenario, la simple mención de la palabra "Rottweiler" puede desencadenar una espiral emocional similar a la que experimentaré si me encontrara físicamente con un Rottweiler en la calle. Este ejemplo ilustra la transformación de funciones de estímulo. Además, dado que los Rottweilers también pueden participar en un marco de coordinación con otras razas caninas de tamaño similar, mi reacción emocional condicionada puede extenderse a otras razas, tanto al verlas como al escuchar sus nombres, como Weimaraners, Dobermans y pastores alemanes. En el contexto de la depresión, los recordatorios de pérdidas personales, como la muerte de un ser querido o un divorcio, a menudo son evitados mediante acciones como apagar la radio cuando comienza a sonar "nuestra canción" para evitar revivir el dolor emocional transformado. Lamentablemente, tales recordatorios pueden incluir pensamientos, imágenes, recuerdos y otras experiencias psicológicas de las cuales no podemos deshacernos fácilmente ni de las cuales podemos escapar con éxito. Es importante señalar que estas experiencias no se explican de manera sencilla mediante un recurso al condicionamiento clásico. Cuando la relación estaba viva y saludable, escuchar "nuestra canción" probablemente provocaba una respuesta emocional positiva. Ahora, con la relación ya no existente, la función de estímulo asociada a la canción se ha transformado de manera drástica en algo negativo y doloroso (Zettle, 2007).

Por ende, el objetivo principal de ACT al trabajar con clientes que tienen depresión no es eliminar la depresión en sí misma, sino, fomentar la flexibilidad psicológica, que implica varias habilidades, como desactivar el contenido privado provocativo o evocador, aceptar la experiencia privada sin resistencia, mantenerse en contacto con el momento presente, diferenciar un yo trascendente de los contenidos de la conciencia, establecer contacto con valores de vida significativos y construir patrones de acción alineados con esos valores. Donde cada uno de los procesos del hexaflex conlleva un proceso patogénico opuesto, contribuyendo a la psicopatología y la inflexibilidad psicológica. La ausencia de un proceso patogénico no garantiza el florecimiento del proceso positivo opuesto. El objetivo de ACT es debilitar la rigidez o inflexibilidad psicológica y fortalecer los procesos positivos que respaldan la flexibilidad psicológica. La flexibilidad/inflexibilidad psicológica implica una expansión o estrechamiento del repertorio conductual, adaptándose a diversas formas según el contexto. La meta de ACT es fortalecer la flexibilidad psicológica para afrontar problemas y obstáculos de manera variada y eficaz (Zettle, 2007).

De esta forma, se destaca los dos procesos principales, aceptación y compromiso, que subyacen a la flexibilidad psicológica, incorporándolos en el modelo hexaflex junto con seis procesos positivos subordinados. Siguiendo los postulados de la RFT, el lenguaje humano se muestra como una herramienta de doble naturaleza, con un "aspecto sombrío" y otro "iluminado". ACT tiene como objetivo minimizar los efectos negativos del "lado oscuro" del lenguaje y maximizar el impacto positivo de su "lado luminoso". El lenguaje, a través del enmarcado relacional, puede contribuir a un futuro sombrío o ayudar a las personas a perseguir sus sueños en la adversidad, agregando valor y significado a sus vidas. El desafío para ACT es cómo vivir plenamente con el lenguaje y el enmarcado relacional (Zettle, 2007).

La aceptación, como proceso superordinado en ACT, se opone a los esfuerzos deliberados de evitación experiencial y contrarresta los aspectos destructivos del lenguaje. Implica abandonar intentos de controlar experiencias psicológicas no deseadas, como pensamientos y sentimientos depresivos. Por otro lado, el compromiso representa las dimensiones positivas del lenguaje humano al abrazar valores y perseguir acciones intencionales alineadas con esos valores. Incluye la acción comprometida y los valores dentro del hexaflexo. La secuencia de aceptación y compromiso en ACT es intencional; la aceptación nutre el compromiso para llevar una vida significativa. Sin compromiso, la aceptación carece de sustancia, y el compromiso no se mantiene de manera sostenible sin aceptación (Zettle, 2007).

Los mecanismos patogénicos esenciales que sustentan la depresión mediante sus aportes al "aspecto sombrío" del lenguaje. Los procesos de "atención plena y aceptación", como se conocen en conjunto en ACT, están diseñados para socavar las formas en que el lenguaje contribuye a la inflexibilidad psicológica (Zettle, 2007).

Fusión vs defusión: La fusión, un proceso de ACT, implica que las construcciones verbales dominan las experiencias directas, creando una fusión de evaluaciones y autopercepciones con encuentros inmediatos. Esta fusión limita la flexibilidad psicológica, impidiendo respuestas alternativas a los pensamientos negativos. La defusión, la contrapartida positiva, amplía las opciones conductuales al responder de forma diferente al material fusionado, desafiando la aceptación incuestionable de las autoevaluaciones negativas (Zettle, 2007).

Evitación experiencial vs aceptación: La evitación experiencial, derivada de la fusión, se produce cuando uno suprime o evita activamente pensamientos y situaciones asociados a experiencias negativas. Aunque la evitación pueda parecer útil en un primer momento, dificulta la flexibilidad psicológica a largo plazo, consume energía y provoca "dolor sucio", es decir,

malestar emocional por los intentos infructuosos de controlar las experiencias no deseadas. ACT propone la aceptación, no como tolerancia pasiva, sino como un proceso activo y voluntariamente elegido. La capacidad de elección, un término que en ocasiones se utiliza en lugar de aceptación, implica tomar decisiones conscientes para experimentar eventos psicológicos no deseados sin tratar de ejercer control sobre ellos (Zettle, 2007).

Rumiación vs Contacto con el momento presente: Aunque exploraremos minuciosamente en el próximo capítulo el potencial papel desempeñado por la rumiación en el mantenimiento y agravamiento de la depresión, me gustaría compartir algunas observaciones sobre su influencia generalmente perjudicial en la restricción de la flexibilidad psicológica en este momento. La rumiación, de manera elemental, implica sumergirse en un pasado y/o futuro verbalmente construido, en lugar de operar psicológicamente en el momento presente. Transgresiones pasadas, oportunidades perdidas y defectos personales pueden ser constantemente reflexionados y repetidos (por ejemplo, "Si hubiera tratado mejor a mi esposo, tal vez no me habría dejado"), mientras se contemplan formas de evitar un futuro igualmente desfavorable (por ejemplo, "Quizás sí puedo entender por qué me siento así, encontraré una salida"). En cierto sentido, la rumiación se asemeja al problema de resolución, pero a diferencia de este, en gran medida sirve para reducir la flexibilidad psicológica y es incompatible con hacer contacto con el momento presente. Las dificultades resultan insolubles, ya que o bien están arraigadas en el pasado o aún no han acontecido (Zettle, 2007).

Vinculación a un Yo Conceptualizado Dañado vs Yo como Contexto: No solo configura nuestro propio lenguaje un pasado y futuros concebidos conceptualmente, sino que también construye y mantiene una percepción de nuestra identidad. En el caso de la depresión, lamentablemente, las representaciones negativas sobre uno mismo (por ejemplo, "Estoy deprimido", "Soy alguien que siempre parece arruinar las cosas", entre otras) son abundantes y pueden ser defendidas de manera inflexible. Cuando establecemos una fuerte identidad con un concepto de nosotros mismos a través de marcos de coordinación (por ejemplo, "yo = incompetente" e "incompetente = yo"), podemos reaccionar a los esfuerzos de los demás, incluidos los terapeutas, así como a las experiencias externas directas que desafían dicha formulación, como si nuestro bienestar físico mismo estuviera siendo amenazado. Como indican, si "yo = conceptualización", "eliminar conceptualización = eliminar yo", e incluso los intentos de cultivar una percepción más positiva de uno mismo pueden ser activamente resistidos. Como se explicará más adelante, la meta de la ACT es facilitar la separación del yo conceptualizado en lugar de cambiar directamente su contenido. Esto implica, por ejemplo, no intentar persuadir a individuos deprimidos de que son competentes mediante estrategias de

disputa o tareas conductuales. Además, se promueve una alternativa sin contenido y trascendente, el sentido del yo como contexto, para ofrecer una perspectiva no amenazante desde la cual se puede observar y abordar psicológicamente de manera flexible el contenido de la vida, incluido el del yo conceptualizado (Zettle, 2007).

Valores: Dentro del marco de la ACT, los valores se conceptualizan como "consecuencias de vida globales verbalmente construidas". Con frecuencia, las personas buscan tratamiento para la depresión porque perciben que la depresión misma actúa como un obstáculo o barrera para lograr sus valores. Por ejemplo, un cliente reciente expresó: "Si no estuviera tan deprimido, podría ser una mejor abuela". Esta afirmación sugiere un tipo de evaluación que puede facilitar la identificación de metas relacionadas y el compromiso con acciones alineadas con valores (por ejemplo, "¿Hay metas que podrías perseguir en este momento, sin tener que esperar a que tu depresión desaparezca, que te lleven en la dirección de ser una mejor abuela?"). El número de valores fundamentales para cada individuo puede ser limitado, pero cada uno puede ser abordado a través de diversas metas, incrementando así la flexibilidad psicológica. En caso necesario, se pueden realizar esfuerzos activos para descubrir valores que pueden haber pasado desapercibidos (posiblemente reflejando un tipo de evitación experiencial) durante algún tiempo, desafiando a los clientes a expresar lo que desean que represente su vida. Dado que las contingencias inmediatas que rodean el comportamiento a menudo respaldan acciones disfuncionales y la inactividad (por ejemplo, quedarse en casa solo versus llevar a los nietos al zoológico), enmarcar temporalmente los valores puede llevar a cambios conductuales más funcionales que se desarrollan como parte de un proceso continuo (por ejemplo, invertir una cantidad modesta de dinero hoy para contribuir a los futuros gastos universitarios de un nieto). En resumen, los valores pueden funcionar de manera análoga a un faro, proporcionando no solo un punto de orientación, sino también iluminando los caminos a seguir al abordarlos (Zettle, 2007).

Acción Comprometida: Después de identificar y aclarar los valores, se pueden establecer y seguir reglas que detallen metas relacionadas y el comportamiento necesario para alcanzarlas. En la perspectiva de la ACT, los cambios en el comportamiento manifiesto desempeñan un papel crucial siempre que estén conectados y dirigidos por los valores. En la ACT, cambiar el comportamiento solo por el hecho de cambiarlo o como un medio para reestructuración cognitiva no es una prioridad. Las metas, que pueden variar en una dimensión temporal, actúan como enlaces entre los valores y los cursos de acción comprometidos. Los valores no son objetos o cosas que se pueden adquirir, pero las metas sí lo son. Luego, se pueden formular planes y otras construcciones verbales para dirigir el comportamiento hacia

la consecución de metas en una dirección valorada. Por ejemplo, "ser una abuela amorosa" no es una meta, sino un valor. En cambio, llevar a los nietos al zoológico mañana y ahorrar para contribuir a sus costos universitarios representan metas a corto y largo plazo, respectivamente, y guían el comportamiento del individuo en una dirección alineada con sus valores. La flexibilidad psicológica se ve potenciada al vincular un valor específico y sus metas relacionadas con una variedad casi infinita de comportamientos específicos, por ejemplo, "¿De cuántas formas distintas podrías expresar tu amor como abuela?" (Zettle, 2007).

- Definición de depresión:

Entonces, para la presente investigación la depresión se considera principalmente como un patrón de comportamientos aprendidos, donde los factores ambientales, las experiencias pasadas y las contingencias de refuerzo favorecen al desarrollo y sostenimiento de los síntomas, entonces, un déficit en las experiencias de refuerzo positivo lleva a una mengua en la periodicidad de conductas placenteras y a un acrecentamiento en las conductas de evitación o escape de situaciones aversivas (Ferster, 1973).

- Dimensiones de depresión:

Según Vega-Dienstmaier (2018) la depresión puede componerse por 2 dimensiones:

Síntomas corporales: Esta dimensión se define a partir de la experiencia de fatiga, pesadez de extremidades (Vega-Dienstmaier, 2018).

Síntomas afectivos y de sueño: Esta dimensión se define a partir de la reactividad del ánimo, anhedonia, tristeza y alteración del sueño (Vega-Dienstmaier, 2018).

### **Ideación suicida:**

La ideación suicida se define como pensamientos pasivos relacionados con el deseo de morir y pensamientos activos sobre autolesionarse, que no están seguidos de acciones concretas de preparación para llevar a cabo el acto. Entonces, comprende pensamientos negativos que involucran fantasías de muerte, deseos, ideas, e intenciones de poner fin a la propia vida, acompañada de una insatisfacción con la vida, preocupaciones acerca de autodestruirse y la planificación detallada de actos suicidas. Esta manifestación se asocia con factores de riesgo como depresión, abuso de alcohol, consumo de sustancias, duelo, influencia del entorno, violencia, financieros e interpersonales, problemas académicos, dolor crónico, violencia, sufrimiento psicológico e indefensión (Toro-Tobar et al., 2016).

Desde una perspectiva ACT, dada la prevalencia del comportamiento suicida y la multitud de influencias causales, se considera que el comportamiento suicida a menudo está diseñado para resolver problemas en la vida de una persona en lugar de poner fin a la vida; por

ello, debe teorizarse desde un enfoque de aprendizaje (Que enseñe nuevos enfoques para resolver problemas personales y aprender a aceptar y distanciarse de experiencias emocionales dolorosas), en lugar de en un enfoque orientado a la prevención. Por su parte, los modelos de prevención, suponen que el suicidio se puede predecir a nivel individual, a menudo se basan en tres estrategias principales: a) La estrategia es enfatizar la patología, es decir, trabajar bajo la suposición de que la persona suicida está experimentando un proceso patológico, como la depresión, que impulsa los impulsos suicidas, b) La estrategia es ofrecer una respuesta máxima a los comportamientos negativos, donde, un aumento en el comportamiento suicida provoca una respuesta intensificada de los profesionales que a menudo se centra en las debilidades o déficits de la persona. c) La estrategia es intentar disminuir el riesgo suicida mediante técnicas que reduzcan la autonomía individual, como la hospitalización involuntaria (Chiles et al., 2019).

Por otro lado, un enfoque basado en el aprendizaje, con menos dependencia de la suposición de que el comportamiento suicida se puede prever y controlar, utiliza estrategias diferentes donde, la intervención se centra en ayudar al paciente a desarrollar un nuevo plan para lidiar con los problemas emocionales, entonces, se realizan esfuerzos para enfocarse en el refuerzo de las fortalezas personales además de la delineación, el diagnóstico y el tratamiento de cualquier otro problema subyacente; por ello, la respuesta del clínico fomenta comportamientos positivos como los valores de la persona para vivir, creando recursos internos para abordar y modificar el comportamiento suicida, a medida que se encuentran nuevos recursos para enfrentar los impactos emocionales de los desafíos difíciles de la vida.; de esta forma, los esfuerzos para reducir el riesgo suicida se logran mediante técnicas que maximizan la autonomía individual, ya que se asume que la persona está haciendo lo mejor que puede para lidiar con las dificultades de la vida (Chiles et al., 2019).

En muchos estudios, se han identificado tres áreas de funcionamiento en el comportamiento suicida, tales como la cognición, procesamiento emocional y funcionamiento interpersonal; donde las personas suicidas utilizan malas estrategias para solucionar problemas, piensan de manera dicotómica, viendo las cosas en términos de blanco o negro, bueno o malo, correcto o incorrecto, que definen sus interacciones humanas, también son menos flexibles en su pensamiento y más pasivas en la forma en que resuelven problemas, gran parte de lo que hacen parece basarse en el destino, la suerte o los esfuerzos de los demás, además, a menudo prestan poca atención a la frecuencia o la eficacia de sus esfuerzos para resolver problemas, o carecen de las habilidades para evaluar su comportamiento o simplemente no piensan en la

evaluación, por lo cual, corren el riesgo de elegir y aferrarse a soluciones que pueden funcionar a muy corto plazo pero tienden a autodestruirse en poco tiempo (Chiles et al., 2019).

Asimismo, los pacientes suicidas parecen ser muy impacientes. Establecen plazos irrealmente cortos para el éxito y tienden a desechar una solución de resolución de problemas si no produce resultados inmediatos, se centra en el refuerzo a corto plazo y a menudo hay poca o ninguna apreciación de las consecuencias a largo plazo, esta reducida capacidad para pensar en los efectos a más largo plazo de las estrategias de resolución de problemas es una característica definitoria de muchos clientes suicidas; otro factor cognitivo importante en la suicidabilidad es la desesperanza, que es un sentido general de pesimismo y una sensación de futilidad sobre la posibilidad de que la vida cambie alguna vez para mejor, constituyendo el vínculo entre sentirse deprimido y luego volverse suicida. Sus vidas emocionales problemáticas a menudo se caracterizan por ansiedad, miedo, depresión, soledad, ira, aburrimiento, vergüenza y culpa; por un lado, el estilo de pensamiento dicotómico crea una gran turbulencia emocional, en un mundo en el que el bien y el mal, lo correcto e incorrecto, lo justo e injusto, y la responsabilidad y la culpa son principios organizativos importantes, el paciente suicida vive en una mentalidad dura, crítica y rechazadora sobre sí mismo y los demás; esta narrativa a menudo se mantiene estrictamente porque ayuda al paciente a dar sentido a los contratiempos y decepciones de la vida. el problema es que esta mentalidad funciona como un manual de operaciones, y prestar atención constante a ella autogenera toda la gama de experiencias emocionales negativas descritas anteriormente (Chiles et al., 2019).

Por otro lado, a los pacientes suicidas no les gusta cómo se sienten y tienen problemas para aceptar y distanciarse de su experiencia emocional negativa, los intentos de evitar sus emociones, distraerse del dolor mental (por ejemplo, beber, cortarse), suprimir y controlar las emociones finalmente fallan, lo que lleva a la búsqueda de soluciones más extremas, es en este contexto que la ideación suicida y los intentos de suicidio pueden convertirse en un vehículo para que estas personas manejen su angustia. Además, muchos viven en un mundo de interacciones sociales limitadas y conflictos frecuentes con amigos y familiares, las pérdidas personales y la amenaza de rechazo son comunes, y ambos son precipitantes frecuentes del comportamiento suicida, a menudo carecen de un apoyo social competente (Comprensión) y sólo cuentan con personas que tienden a regañar y dar lecciones en lugar de escuchar de manera efectiva, apoyar y enseñar (Chiles et al., 2019).

En tal sentido, desde un enfoque contextual, debemos pensar en el comportamiento suicida como un método aprendido de regulación emocional y resolución de problemas personales que implica escapar o evitar emociones negativas intensas, constituyendo una forma

(intencional o no intencionalmente) de cambiar una situación estresante en la vida, entonces, la presencia de un trastorno mental no explica completamente por qué un paciente se vuelve suicida, sino que constituye un conjunto distintivo de respuestas aprendidas y reforzadas al malestar emocional, independientemente del papel desempeñado por la presencia o ausencia de un trastorno mental, por ello, es relevante mirar más allá de la etiqueta diagnóstica que lleva el paciente y ser curioso sobre cómo se enfrenta el sufrimiento emocional (Chiles et al., 2019).

En un modelo conciso de cómo se produce una crisis suicida, se enfatiza tres componentes importantes que predisponen colectivamente a una persona al comportamiento suicida: a) Se crean estados emocionales negativos intensos debido a desencadenantes internos o externos problemáticos, combinados con reglas mentales que el paciente ha adquirido de diversas fuentes sobre la inaceptabilidad de los estados psicológicos negativos. b) Se desarrolla un estilo pasivo de resolución de problemas que se caracteriza por centrarse en controlar el sufrimiento psicológico, lo que lleva al uso excesivo de estrategias de evitación experiencial, este estilo conduce a un ciclo rápidamente adquirido, aprendido y reforzado en el que la evitación, el pensamiento suicida y la supresión emocional se asocian con reducciones a corto plazo en el dolor psicológico, lo que lleva a la repetición de este patrón de estrategias de afrontamiento para controlar la angustia. c) A largo plazo, este estilo de resolución de problemas no funciona, y el paciente experimenta un aumento paradójico en la activación emocional negativa que resulta de intentos de suprimir, eliminar o controlar el sufrimiento, debido a un efecto de rebote emocional. Esto explica por qué la suicidabilidad tiende a aumentar con el tiempo (Chiles et al., 2019).

- Dimensionalidad de la suicidabilidad:

Los comportamientos suicidas abarcan un espectro de pensamientos, comunicaciones y actos; el menos común es el suicidio consumado, es decir, la muerte causada por una lesión autoinfligida cuando hay una determinación de que se tenía la intención de morir, los más comunes son el intento de suicidio, que implica lesiones autoinfligidas no fatales con algún intento de morir, también la ideación suicida, es decir, los pensamientos de matarse a sí mismo. La importancia de esta ideación puede variar desde una intención definida de morir en el contexto de una crisis personal grave (por ejemplo, depresión crónica, divorcio no deseado) hasta un pensamiento reconfortante (por ejemplo, “Si empeora, siempre puedo matarme”, “los pensamientos de suicidio me han sacado de muchas noches oscuras”). Un episodio de ideación suicida moderadamente grave puede ser comprendida como ideación que dura al menos 2 semanas, elaboración de un plan e identificación de los medios, mientras que un episodio de

ideación suicida molesta se comprende como un episodio que no implica la formación de un plan (Chiles et al., 2019).

Aunque las discusiones sobre los comportamientos suicidas a menudo vinculan la ideación, el intento y la consumación, la suicidalidad es compleja y hay poca evidencia de que exista en un solo continuo simple. La mayoría de las personas que piensan en el suicidio no pasan a realizar un intento o morir por suicidio; además, la mayoría de las personas que intentan suicidarse no mueren finalmente por suicidio. Esta falta de continuidad de una forma de suicidalidad a otra es una observación clave de la cual emanan gran parte de las discusiones, observaciones (Chiles et al., 2019).

Finalmente, la suposición de que el suicidio puede predecirse caso por caso es un mito en busca de hechos, es que aún no existen herramientas disponibles para hacer predicciones, al menos no del tipo que le serían útiles en el momento crítico; aunque muchos profesionales de la salud mental presumen que una habilidad clínica importante es la capacidad para evaluar el riesgo inminente de suicidio, esta capacidad nunca ha sido demostrada empíricamente. Por ello, los factores de riesgo del suicidio son útiles para identificar grupos de alto riesgo, pero son mucho menos útiles para identificar individuos de alto riesgo, no obstante, algunos factores de riesgo a largo plazo pueden no ser estables y pueden cambiar. Para compensar esta verdad incómoda, los defensores del enfoque de prevención han introducido el concepto de riesgo relativo, el cual significa que, en comparación con los pacientes sin indicadores o con muchos menos indicadores, la presencia de indicadores de riesgo aumenta la probabilidad de riesgo, pero, lo que nunca se explica en la apología del riesgo relativo es cuánto se ha elevado el riesgo, por ende, siempre que utilice estadísticas en el ámbito clínico, recuerde esta advertencia, lo que es cierto para muchos a menudo no es cierto para uno solo (Chiles et al., 2019).

- Ideación suicida y riesgo suicida:

Existe una asociación con un aumento en la ideación suicida ante situaciones difíciles o estresores como enfermedades crónicas, pérdidas, limitaciones físicas y/o psicológicas, dificultades económicas y aislamiento o soledad. Según el enfoque cognitivo propuesto por Rush y Beck, las ideas suicidas surgen como una respuesta para poner fin a situaciones que causan angustia, provocados por situaciones o problemas que se perciben como irresolubles e insufribles, los cuales al mismo tiempo se originan a partir de la tríada cognitiva negativa (una percepción de uno mismo como imperfecto, un entorno cargado de hostilidad y despiadado, y un devenir desesperanzador). Por tanto, las ideas suicidas abarcan todos los pensamientos que tenga un contenido estrechamente asociado con la idea de autoinfligirse la muerte, vinculado a situaciones de desesperación e insatisfacción con la vida. Según la definición de Wenzel,

Brown y Beck, engloba imágenes, pensamientos, voces, creencias u otras cogniciones manifestadas por una persona en relación de su intención de poner fin a su vida propia (Toro-Tobar et al., 2016).

La ideación suicida, en términos puntuales, puede ser entendido como pensar en un acto suicida, considerarlo o planificarlo, sin embargo, una de las razones de los escasos avances en la prevención del suicidio podría ser la falta de conocimientos sobre la transición de la ideación suicida a las acciones suicidas, y la impulsividad es uno de los factores que pueden desempeñar un papel importante en la transición de la ideación sobre el suicidio a la realización de acciones suicidas. Incluso se ha sugerido que es un indicador más significativo de intento de suicidio que la presencia de un plan suicida específico, haciéndolo más propensos a actuar en base a sentimientos suicidas, por tanto, incrementando el riesgo suicida, comprendida como la compleja interacción de factores psicológicos, ambientales, sociales, genéticos y neurobiológicos que incrementan la probabilidad de desencadenamiento de la conducta suicida (Archana, 2017).

- **Desesperanza y riesgo suicida:**

La desesperanza es esencialmente una afirmación que conlleva la percepción de un devenir inviable y la creencia de que los problemas son insolubles. Esta creencia genera un sentimiento de incapacidad para lograr objetivos en el presente o en el futuro, lo que a su vez provoca una actitud de abandono y resignación de metas y anhelos. Según el modelo de la indefensión aprendida, los individuos con propensión a la depresión debido a la desesperanza tienden a hacer atribuciones o inferencias estables, globales e internas, lo que da paso a pensamientos relacionados con la expectativa de no poder alcanzar lo que desean o de enfrentar situaciones negativas sin poder responder de manera efectiva. La desesperanza ha sido estudiada como una variable predictora del acto suicida desde diversas perspectivas, los científicos han encontrado que, a través de las ideas suicidas, la desesperanza se manifiesta con gran intensidad, contribuyendo a mantener la ideación suicida y aumentar el riesgo de conductas suicidas. Se ha señalado que los eventos vitales negativos inciden de forma directa en el aislamiento y la desesperanza, al mismo tiempo, impactan positivamente en el riesgo de realizar o ejecutar actos suicidas (Toro-Tobar et al., 2016).

- **Depresión y riesgo suicida:**

De acuerdo con el enfoque cognitivo tradicional, la depresión tiene su origen y persistencia en la interpretación que una persona hace sobre sí misma, del entorno y del devenir, este proceso, conocido como la "tríada cognitiva negativa" según la descripción de Beck,

consiste en tres percepciones erróneas: Visión desfavorable de uno mismo. Percepción del mundo como un lugar hostil y violento. Expectativa de un futuro devastador y sin esperanza (Toro-Tobar et al., 2016).

Estas interpretaciones conducen a la creencia de que la vida está llena de aspectos negativos y que no hay motivación para enfrentar los desafíos, lo que ha establecido una fuerte asociación entre la depresión y pensamientos y actos suicidas. Este modelo, fundamentado en esquemas cognitivos, destaca la importancia de las representaciones mentales que una persona tiene acerca de sí misma y del entorno. Estas representaciones se forman a partir de vivencias acumuladas en la memoria, las cuales son evocadas en situaciones futuras y dan lugar a la configuración de una triada cognitiva negativa (Toro-Tobar et al., 2016).

Los esquemas son patrones de creencias y pensamientos interconectados que conforman un modo específico, y en el caso del comportamiento suicida, se considera que la modalidad suicida está activa. Estos esquemas tienen un contenido que incluye pensamientos automáticos en el nivel más básico, creencias intermedias que engloban criterios condicionales, actitudes y reglas, y finalmente, creencias nucleares que abarcan el autoconcepto. La estructura de los esquemas se refiere a la forma en que están interrelacionados, formando modos que son garantes del procesamiento de las informaciones, estas interconexiones tienden a favorecer el funcionamiento esquemático y pueden dar lugar a distorsiones cognitivas en la percepción de la realidad, donde la información es procesada de manera sesgada y alineada con los esquemas predominantes. En el contexto de la conducta suicida, estos modos y distorsiones cognitivas desempeñan un papel crucial en la comprensión del fenómeno y en el diseño de intervenciones terapéuticas adecuadas (Toro-Tobar et al., 2016).

- Definición de la ideación suicida:

Entonces, para la presente investigación la ideación suicida hace referencia a la aparición de pensamientos persistentes y recurrentes acerca de la propia muerte o de hacerse daño a sí mismo/a. Implica la contemplación o la fantasía acerca de la posibilidad de suicidarse (Chang y Chang, 2016).

Finalmente, partir de la revisión realizada, se plantea la siguiente hipótesis general  $H_i$ : Existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

De la misma forma se establecen las siguientes hipótesis específicas:  $H_{i1}$ : Existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.  $H_{i2}$ : Existe incidencia directa de la ansiedad en la

ideación de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. H<sub>13</sub>: Existe incidencia directa de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

A modo de operacionalización de las variables, la inflexibilidad psicológica se refiere al déficit en las capacidades de un individuo para ajustarse y responder eficazmente a los desafíos, cambios y demandas de la vida. Implica la habilidad de manejar de manera saludable y adaptativa las emociones, pensamientos y comportamientos, incluso en situaciones estresantes o difíciles (Hayes et al., 2014). Dicha variable fue medida a través del “Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II)”, compuesto por 7 ítems (Valencia y Falcón, 2022).

Por su parte, la variable ansiedad se considera una respuesta condicionada de evitación o escape, a través de la asociación de estímulos aversivos (experiencias negativas o amenazantes) con situaciones específicas (Wolpe, 1993). Fue medida a través de la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20)”, compuesta por 4 dimensiones (Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier, 2018).

La variable depresión se considera principalmente como un patrón de comportamientos aprendidos, donde los factores ambientales, las experiencias pasadas y las contingencias de refuerzo favorecen al desarrollo y sostenimiento de los síntomas, entonces, un déficit en las experiencias de refuerzo positivo lleva a una mengua en la periodicidad de conductas placenteras y a un acrecentamiento en las conductas de evitación o escape de situaciones aversivas (Ferster, 1973). Fue medida mediante la “Escala de Psicopatología depresiva EPD-6” que se compone por 2 dimensiones (Vega-Dienstmaier, 2018).

La variable ideación suicida hace referencia a la aparición de pensamientos persistentes y recurrentes acerca de la propia muerte o de hacerse daño a sí mismo/a. Implica la contemplación o la fantasía acerca de la posibilidad de suicidarse (Chang y Chang, 2016). Fue medida a través del Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS”, compuesto por 5 ítems (Baños-Chaparro et al., 2021).

#### **Definición de términos básicos**

- Depresión: La depresión es una alteración del estado de ánimo caracterizado por una profunda sensación de tristeza, desesperanza y pérdida de interés en actividades que anteriormente eran placenteras. Se asocia comúnmente con cambios en el sueño, el apetito, la energía y la concentración. En términos neurobiológicos, la depresión puede implicar desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, así como alteraciones en la actividad de ciertas áreas del cerebro, como la corteza prefrontal y el hipocampo.

- **Ansiedad:** La ansiedad se refiere a una respuesta emocional caracterizada por sentimientos de preocupación, nerviosismo y miedo anticipatorio frente a situaciones percibidas como amenazantes o estresantes. Es una parte natural de la vida humana y puede ser adaptativa en ciertas circunstancias, pero cuando se vuelve excesiva o persistente, puede interferir significativamente con el funcionamiento diario y convertirse en un trastorno de ansiedad. A nivel fisiológico, la ansiedad involucra la activación del sistema nervioso autónomo y la liberación de hormonas del estrés como el cortisol.
- **Inflexibilidad psicológica:** La inflexibilidad psicológica se refiere a la dificultad para adaptarse a situaciones cambiantes o para manejar experiencias emocionales desafiantes de manera efectiva. Implica una tendencia a aferrarse rígidamente a ciertas creencias, pensamientos o comportamientos, incluso cuando ya no son útiles o adaptativos. La inflexibilidad psicológica puede manifestarse en una variedad de áreas, incluida la dificultad para tolerar la incertidumbre, resistirse al cambio, evitar experiencias emocionales difíciles o mantener patrones de comportamiento contraproducentes.
- **Ideación suicida:** La ideación suicida se refiere a pensamientos, fantasías o planes relacionados con el deseo de morir o de causarse daño a uno mismo. Estos pensamientos pueden variar en intensidad y frecuencia, desde consideraciones vagas sobre la muerte hasta planes detallados para cometer suicidio. La ideación suicida puede ser un síntoma de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, los trastornos de la personalidad o el trastorno bipolar, y debe tomarse muy en serio. Es importante buscar ayuda profesional inmediata si alguien experimenta ideación suicida.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Enfoque, tipo

A modo general, para el estudio se consideró el método científico, debido a que el estudio se realizó como un proceso sistemático que utiliza la observación, la enunciación de problemas, la producción de hipótesis, recopilación de información, el análisis de los datos y la formulación de conclusiones para comprender el mundo natural de manera objetiva y rigurosa (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021).

De igual forma, se consideró el método hipotético-deductivo, debido a que la investigación se desarrolló como un enfoque científico que formula y prueba hipótesis, basándose en la creación de suposiciones tentativas sobre fenómenos naturales, seguido de la deducción de predicciones que pueden ser sometidas a pruebas de evidencia empírica, evaluando la validez de las hipótesis, lo que contribuye al avance del conocimiento científico (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021).

Entonces, el enfoque de la investigación fue cuantitativa, ya que se fundamentó en la recolección y análisis de datos numéricos para comprender y explicar fenómenos naturales, donde el uso de técnicas estadísticas y matemáticas se centrará en la medición precisa, la objetividad, identificando patrones, y relaciones (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021).

De la misma forma, el tipo de investigación fue básico o puro, ya que se enfocó en ampliar el conocimiento científico, buscando comprender y explorar teorías, principios y leyes subyacentes, sentando las bases para el desarrollo de investigaciones aplicadas y tecnológicas y futuras aplicaciones (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021).

### 2.2. Diseño de investigación

Finalmente, el diseño fue no experimental, explicativo, transversal con variables latentes, ya que buscó comprender las relaciones entre variables sin intervenir directamente en la manipulación de estas, además, se centra en la recopilación de datos en un solo momento, permitiendo analizar posibles vínculos causales o explicativos, donde se identifica la red estructural de relaciones, comprendida por submodelos, entre variables que involucran indicadores observables que definen el constructo o variable latente, entonces, algunas variables son observables y otras latentes, que en su conjunto pueden ser denominados como modelo SEM (Modelamiento de Ecuaciones Estructurales) (Ato y Vallejo, 2015).

Finalmente, se señala el diagrama representativo del diseño:

**Donde:**

V1 = Flexibilidad psicológica (FP) – Variable exógena

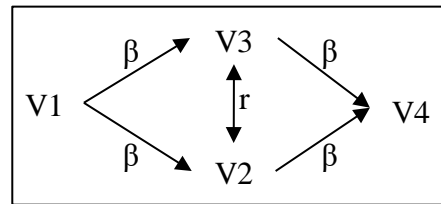
V2 = Depresión (DP) – Variable endógena 1.

V3 = Ansiedad (AN) – Variable endógena 2.

V4 = Ideación suicida (IS) – Variable endógena 3.

$\beta$  = Efecto.

r = Correlación.



### 2.3. Población, muestra y muestreo

La población es el grupo completo de individuos o elementos que se estudian o se toman en cuenta en una investigación (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021). Entonces, la población de la investigación estuvo compuesta por estudiantes de la facultad de ciencia de la salud de una universidad de Huancayo.

La muestra se entiende como una parcela que representa seleccionada de una población para realizar una investigación (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021). Entonces, la muestra para el actual estudio estuvo compuesta por 1089 estudiantes de la facultad de ciencia de la salud de una universidad de Huancayo.

El muestreo debe entenderse como el procedimiento a través del cual se selecciona una muestra que pretende representar una población. Entonces, el muestreo que se aplicó fue el muestreo no probabilístico criterial, técnica que selecciona deliberadamente casos que cumplen con criterios específicos establecidos por el investigador, en lugar de usar un proceso de selección aleatorio (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021).

#### Criterios de inclusión:

- Estudiantes inscritos en la Escuela Académica Profesional de Enfermería.
- Estudiantes mayores de 18 años de edad.
- Participantes que expresan su libre voluntad de participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.
- Estudiantes que se encuentren presentes en el momento del muestreo o aplicación de los instrumentos psicométricos.

#### Criterios de exclusión:

- Participantes que no firmaron el consentimiento informado.
- Participantes que se encuentran ausentes con en el momento del muestreo.

- Participantes que contestaron los cuestionarios parcialmente (No haber contestado un de los cuestionarios u obviar más de 4 o 5 ítems de algún cuestionario).
- Estudiantes que no pertenecen a la Escuela Profesional de ciencia de la salud.

## **2.4. Técnicas e instrumentos de recojo de datos**

La técnica que se aplicó en la investigación fue la encuesta, debido a que para obtener información y opiniones se realizó a través de preguntas estandarizadas administradas a un grupo de personas seleccionadas (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021).

El instrumento que se aplicó fue el test, debido a que se midieron y evaluaron características, habilidades o conocimientos de las personas a través de pruebas estandarizadas (Sánchez-Carlessi y Reyes, 2021).

En ese sentido, para la evaluación e inflexibilidad psicológica se aplicó el “Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II)” de Bond et al. (2011). Para la evaluación e inflexibilidad psicológica se aplicó la “Escala de Ansiedad de Lima – EAL20” de Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2013). Para la evaluación e inflexibilidad psicológica se aplicó la “Escala de Psicopatología depresiva – EPD6” de Vega-Dienstmaier et al. (2011). Finalmente, para la evaluación e inflexibilidad psicológica se aplicó el “Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS” de Chang y Chang (2016), entonces, se especifica con mayor detalle en la siguiente Tabla:

### **2.4.4.3. Validez de los instrumentos**

La *American Educational Research Association* et al. (2018) indican que no hay pruebas o instrumentos validados directamente, ya que el proceso de validación se realiza sobre las interpretaciones de las puntuaciones obtenidas mediante los instrumentos y que tanto la teoría se respalda empíricamente. En esa dirección, la validez hace referencia a aquel grado en que los postulados teóricos respaldan dichas interpretaciones de las puntuaciones de las pruebas, por ello, es relevante que en cualquier estudio se reporten evidencias de validez.

#### **Evidencias basadas en el contenido:**

En este proceso se examinó la relación entre el contenido de las pruebas (que abarca el tema, redacción, formato, dimensiones, ítems, entre otros) y el constructo que se busca medir. Por lo tanto, se llevó a cabo un minucioso examen de cómo se definen y especifican los dominios del contenido en relación con dicho

constructo (American Educational Research Association et al., 2018). Por ende, para la presente investigación el reporte de evidencias de validez fundamentadas en el contenido se realizaron mediante el método de criterio de expertos y la estimación de los coeficientes V de aiken.

**Tabla 1**

*Evaluación a través de juicio de expertos*

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)				
N°	Juez experto	Dictamen	V Aiken	IC-95%
1	Psic. Pacheco Sota Vilma Aurora	Aplic desp corregir	.933	.667-.990
2	Psic. Rubianes Sihuay Johanna J.	Aplicable	.987	.738-.999
3	Psic. Okumura Clark Alvaro	Aplic desp corregir	.963	.705-.998
4	Psic. Remaycuna Vasquez Alberto	Aplicable	1.00	.757-1.00
5	Psic. Angeles Donayre Claudett M.	Aplicable	1.00	.757-1.00
Total			.973	.719-.998
Escala de Ansiedad de Lima - EAL20				
N°	Juez experto	Dictamen	V Aiken	IC-95%
1	Psic. Pacheco Sota Vilma Aurora	Aplicable	.933	.748-1.00
2	Psic. Rubianes Sihuay Johanna J.	Aplicable	1.00	.757-1.00
3	Psic. Okumura Clark Alvaro	Aplic desp corregir	.933	.667-.990
4	Psic. Remaycuna Vasquez Alberto	Aplicable	.933	.748-1.00
5	Psic. Angeles Donayre Claudett M.	Aplicable	1.00	.757-1.00
Total			0.983	.733-.999
Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6				
N°	Juez experto	Dictamen	V Aiken	IC-95%
1	Psic. Pacheco Sota Vilma Aurora	Aplicable	1.00	.757-1.00
2	Psic. Rubianes Sihuay Johanna J.	Aplicable	1.00	.757-1.00
3	Psic. Okumura Clark Alvaro	Aplic desp corregir	.973	.719-.998
4	Psic. Remaycuna Vasquez Alberto	Aplicable	1.00	.757-1.00
5	Psic. Angeles Donayre Claudett M.	Aplicable	1.00	.757-1.00
Total			.993	.748-1.00
Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS				
N°	Juez experto	Dictamen	V Aiken	IC-95%
1	Psic. Pacheco Sota Vilma Aurora	Aplicable	1.00	.757-1.00
2	Psic. Rubianes Sihuay Johanna J.	Aplicable	1.00	.757-1.00
3	Psic. Okumura Clark Alvaro	Aplic desp corregir	1.00	.757-1.00
4	Psic. Remaycuna Vasquez Alberto	Aplicable	1.00	.757-1.00
5	Psic. Angeles Donayre Claudett M.	Aplicable	1.00	.757-1.00
Total			1.00	.757-1.00

En la Tabla 1 se observa el dictamen realizado por 5 jueces expertos, al respecto de la suficiencia, claridad, relevancia y coherencia de los ítems que compone el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), la Escala de Ansiedad de Lima - EAL20. La Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6 y el Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS. Donde algunos jueces determinaron la aplicabilidad de los instrumentos mientras que otros señalaron correcciones previas para su aplicabilidad, no obstante, las correcciones recomendadas más significativa fueron sobre la redacción de los ítems y el uso de sinónimos, para hacer más comprensible los reactivos, tal como se precisan en la Tabla 2.

**Tabla 2***Coefficientes V Aiken y modificación de ítems de los cuestionarios*

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)										
Ítems	Suficiencia		Coherencia		Relevancia		Claridad		Total	
	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%
Ítem 01	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.867	.621-.963	.950	.724-.993
Ítem 02	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.867	.621-.963	.950	.724-.993
Ítem 03	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.983	.771-.999
Ítem 04	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.983	.771-.999
Ítem 05	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.983	.771-.999
Ítem 06	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.967	.747-.997
Ítem 07	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.967	.747-.997
Ítem 08	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.950	.724-.993
Ítem 09	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.950	.724-.993
Ítem 10	.933	.702-.988	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.967	.747-.997

Modificación de ítems	
Original	Modificado
2. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	2. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan <b>vivir la vida que quisiera.</b>
8. Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	8. Me parece que la mayoría <b>de las personas manejan sus vidas mejor que yo.</b>
9. Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito.	9. Mis preocupaciones obstaculizan <b>mi superación y el vivir una vida valiosa para mí.</b>

Escala de Ansiedad de Lima - EAL20										
Ítems	Suficiencia		Coherencia		Relevancia		Claridad		Total	
	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%
Ítem 01	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 02	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.800	.548-.930	.950	.724-.993
Ítem 03	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00

Ítem 04	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 05	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 06	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 07	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.867	.621-.963	.967	.747-.997
Ítem 08	.933	.702-.988	.867	.621-.963	1.00	.796-1.00	.800	.548-.930	.900	.660-.977
Ítem 09	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 10	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 11	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 12	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 13	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 14	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 15	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 16	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 17	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 18	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 19	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 20	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00

Modificación de ítems

Original	Modificado
1. He sentido que me falta el aire o me ahogo.	1. He sentido que me falta de aire o <b>sensación de ahogo.</b>
6. Tengo miedo de conocer gente nueva.	6. Me da miedo conocer nuevas personas.
7. Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	7. Tengo miedo de dar exámenes <b>orales</b> o <b>participar en</b> una entrevista de trabajo.
8. Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	8. Me es difícil hablar con otras personas <b>y tengo miedo de iniciar una conversación o de no saber qué decir.</b>
9. Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer.	9. Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino <b>o llevo objetos</b> que se me puede caer.
10. Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado.	10. Tengo miedo de hacer el ridículo y <b>así</b> sentirme humillado o avergonzado.
11. He sentido miedo sin motivo.	11. <b>Empiezo a sentir</b> miedo sin <b>una razón aparente.</b>

12. Me he sentido aturdido o confundido.

13. Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible.\*

18. Me da miedo alejarme de mi casa.

19. Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.

12. **Suelo sentirme** aturdido o confundido.

13. Generalmente me siento cómodo, **tranquilo y calmado**.\*

18. Me da miedo **estar lejos** de mi casa.

19. Me **incomoda** entrar o salir de **lugares llenos** de gente.

Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6

Ítems	Suficiencia		Coherencia		Relevancia		Claridad		Total	
	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%
Ítem 01	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 02	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	.933	.702-.988	.983	.771-.999
Ítem 03	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 04	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 05	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 06	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00

Modificación de ítems

Original	Modificado
2. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?	2. En general ¿Ha sentido sus brazos o piernas <b>más pesados de lo normal</b> ?

Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida – IFIS

Ítems	Suficiencia		Coherencia		Relevancia		Claridad		Total	
	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%	V Aiken	IC – 95%
Ítem 01	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 02	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 03	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 04	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 05	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00
Ítem 06	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00	1.00	.796-1.00

Modificación de ítems

Original	Modificado
Ninguna	Ninguna

Con respecto a las evidencias basadas en la estructura interna, se buscó evaluar la estructura interna de las pruebas. Para ello, se investigó en qué medida las relaciones entre los ítems y factores coinciden con la teoría que respalda las interpretaciones de las pruebas (American Educational Research Association et al., 2018). De esta forma, el reporte de evidencias de validez fundamentados en la estructura interna se realizó mediante del análisis factorial confirmatorio (AFC), haciendo uso estimador Mínimos Cuadrados Ponderados Robustos (WLSMV), ya que las variables que se estudiarán son de naturaleza ordinal (Brown, 2015).

**Tabla 3**  
*Análisis Factorial Confirmatorio para el Cuestionario AAQ-II*

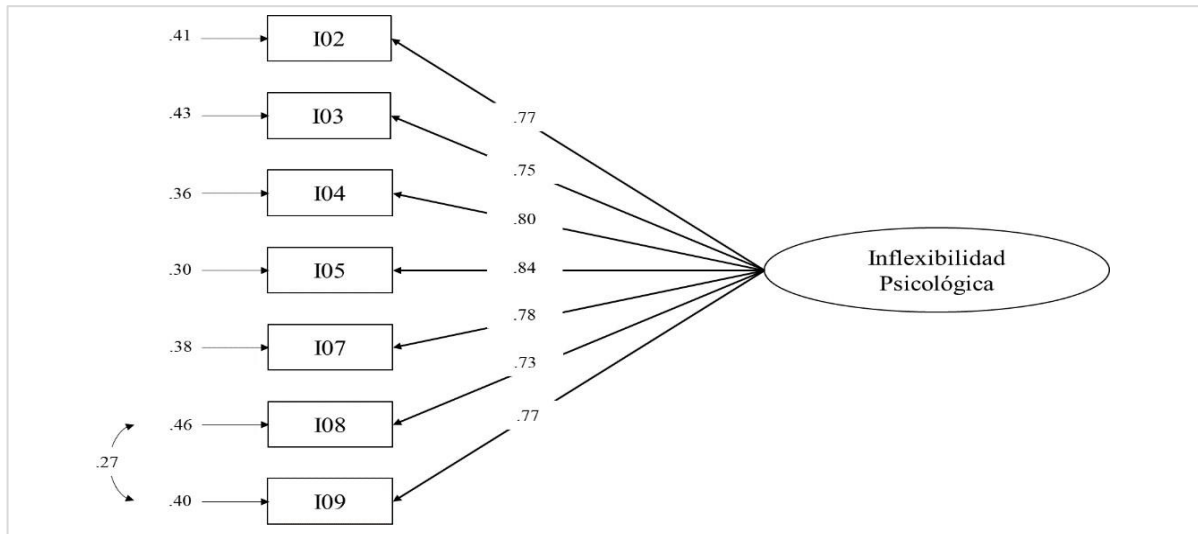
Análisis descriptivo de ítems								
Ítems	X	DS	A <sub>s</sub>	g <sub>2</sub>	IHC(>.3)	H <sup>2</sup> (>.4)		
I01	4.29	1.674	-0.222	-0.760	<b>-.067</b>	<b>.049</b>		
I02	3.03	1.613	0.582	-0.440	.617	.604		
I03	3.35	1.758	0.456	-0.703	.579	.584		
I04	3.49	1.705	0.381	-0.687	.625	.643		
I05	2.94	1.652	0.701	-0.350	.700	.677		
I06	3.38	1.655	0.332	-0.741	<b>.240</b>	<b>.016</b>		
I07	3.13	1.598	0.497	-0.610	.629	.630		
I08	3.23	1.736	0.523	-0.596	.618	.607		
I09	3.12	1.604	0.499	-0.539	.664	.635		
I10	3.69	1.813	0.162	-0.977	<b>-.001</b>	<b>.026</b>		
Análisis factorial confirmatorio (WLSMV)								
	X <sup>2</sup>	P	CFI	TLI	NFI	GFI	RMSEA(IC90%)	SRMR
Esperado	-	>.05	>.90	bueno	>.95	adecuado	<.08 bueno <.05 adecuado	
Modelo1	1527.658	.001	.894	.863	.972	.984	.198(.190-.207)	.085
Modelo2	307.493	.001	.978	.969	.996	.997	.115(.104-.126)	.034
Modelo3	205.812	.001	.984	.975	.997	.998	.063(.049-.078)	.027

*Nota.* Modelo 1, sin eliminar ítems; Modelo 2, eliminando el ítem 01 y 10; Modelo 3, eliminando ítem 01, 06 y 10 con errores correlacionados entre el ítem 08 y 09.

En la Tabla 3 se indican los índices de ajuste para el AFC del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), se observa que el modelo más adecuado es el Modelo 3 donde se considera la eliminación del ítem 01, 06 y 10, debido a que afectaban en la medición o no aportaban en la medición de la variable, además la correlación entre los errores del ítem 08 y 09.

**Figura 1**

*Estructura factorial para el Cuestionario AAQ-II*



De esta forma, en la Figura 1 se expresa el modelo factorial confirmado para el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), donde se especifica que la inflexibilidad psicológica se evalúa a través de una estructura que se compone por una dimensión con 7 reactivos, donde los errores del reactivo 08 y 09 se encuentran correlacionados ( $X^2=205.812$ ;  $P=.001$ ;  $CFI=.984$ ;  $TLI=.975$ ;  $NFI=.997$ ;  $GFI=.998$ ;  $RMSEA=.063[.049-.078]$ ;  $SRMR=.027$ ).

**Tabla 4**

*Análisis Factorial Confirmatorio para la Escala EAL20*

Análisis descriptivo de ítems						
Ítems	X	DS	A <sub>s</sub>	g <sub>2</sub>	IHC(>.3)	H <sup>2</sup> (>.4)
A01	0.36	0.481	0.572	-1.676	.552	.600
A02	0.49	0.500	0.020	-2.003	.544	.609
A03	0.34	0.472	0.699	-1.514	.589	.489
A04	0.42	0.494	0.326	-1.897	.446	.485
A05	0.26	0.436	1.124	-0.738	.439	.358
A06	0.28	0.448	0.996	-1.009	.462	.423
A07	0.52	0.500	-0.061	-2.000	.506	.468
A08	0.32	0.468	0.761	-1.423	.460	.529
A09	0.46	0.499	0.142	-1.983	.491	.530
A10	0.52	0.500	-0.079	-1.997	.535	.498
A11	0.41	0.492	0.361	-1.873	.512	.444
A12	0.50	0.500	0.013	-2.004	.550	.512
A13	0.56	0.497	-0.224	-1.953	.546	.465
A14	0.43	0.495	0.296	-1.916	.581	.564
A15	0.47	0.499	0.112	-1.991	-.103	.015

A16	0.33	0.472	0.708	-1.501	.561	.453
A17	0.31	0.464	0.812	-1.344	.591	.522
A18	0.26	0.437	1.113	-0.763	.426	.593
A19	0.36	0.480	0.580	-1.666	.495	.538
A20	0.38	0.487	0.478	-1.774	.323	.449

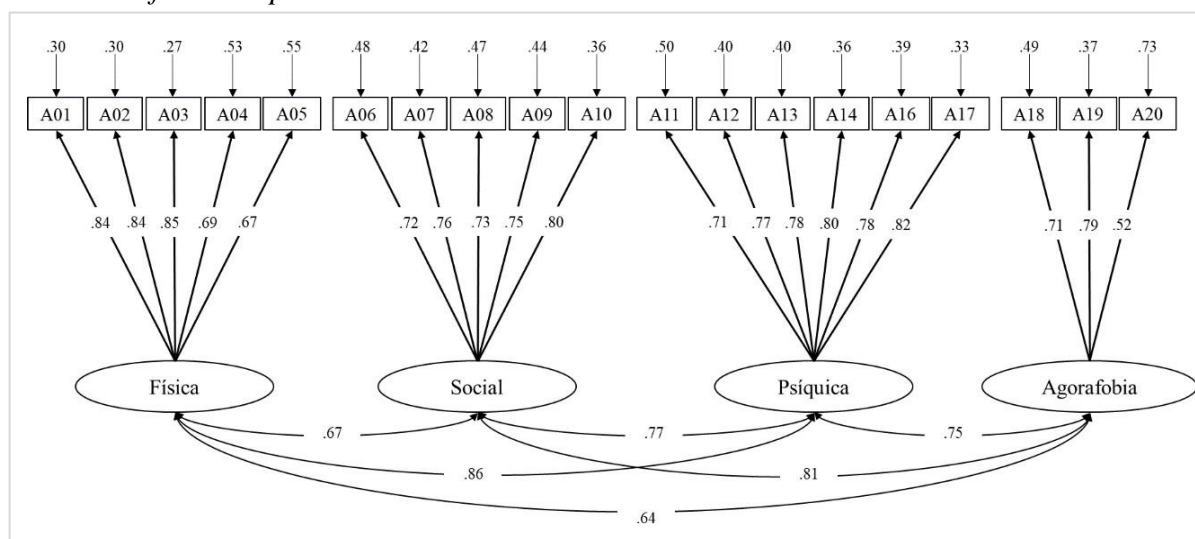
Análisis factorial confirmatorio (WLSMV)								
	X <sup>2</sup>	P	CFI	TLI	NFI	GFI	RMSEA(IC90%)	SRMR
Esperado	-	>.05	>.90 bueno	>.95 adecuado			<.08 bueno <.05 adecuado	
Modelo1	492.171	.001	.973	.968	.986	.987	.043(.039-.047)	.053
Modelo2	461.766	.001	.973	.969	.987	.988	.045(.040-.049)	.052

*Nota.* Modelo 1, sin eliminar ítems; Modelo 2, eliminado el ítem 15

En la Tabla 4 se indican los índices de ajuste para el AFC de la Escala de Ansiedad de Lima - EAL20, se observa que el modelo más adecuado es el Modelo 2 donde se considera la eliminación del ítem 15, debido a que este reactivo afectaba en la medición o no aportaban en la medición de la variable.

**Figura 2**

*Estructura factorial para la Escala EAL20*



En la Figura 2 se expresa el modelo factorial confirmado para la Escala de Ansiedad de Lima - EAL20, donde se especifica que la ansiedad se evalúa a través de una estructura que se compone por 4 dimensiones con 19 reactivos ( $X^2=461.766$ ;  $P=.001$ ;  $CFI=.973$ ;  $TLI=.969$ ;  $NFI=.987$ ;  $GFI=.988$ ;  $RMSEA=.045[.040-.049]$ ;  $SRMR=.052$ ).

**Tabla 5***Análisis Factorial Confirmatorio para la Escala EPD 6*

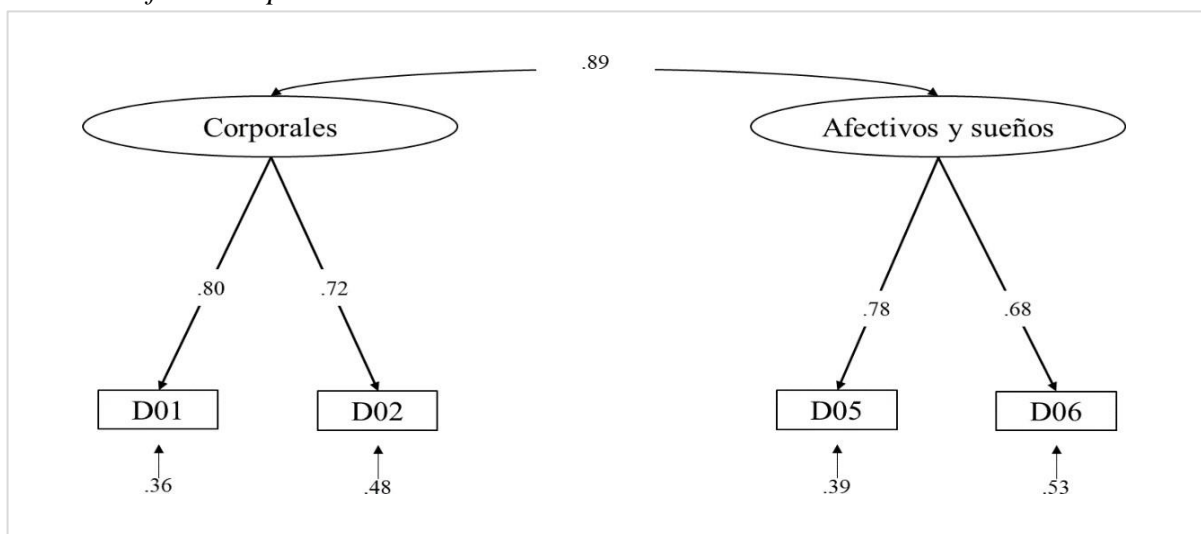
Análisis descriptivo de ítems						
Ítems	X	DS	A <sub>s</sub>	g <sub>2</sub>	IHC(>.3)	H <sup>2</sup> (>.4)
D01	1.36	0.873	0.371	-0.516	.530	.570
D02	0.81	0.827	0.864	0.239	.546	.567
D03	0.50	0.751	1.327	0.835	.338	.249
D04	1.06	0.928	0.438	-0.774	.173	.074
D05	1.19	0.861	0.532	-0.034	.571	.593
D06	1.18	0.908	0.541	-0.410	.474	.487

Análisis factorial confirmatorio (WLSMV)								
	X <sup>2</sup>	P	CFI	TLI	NFI	GFI	RMSEA(IC90%)	SRMR
Esperado	-	>.05	>.90	bueno	>.95	adecuado	<.08 bueno <.05 adecuado	
Modelo1	73.008	.001	.973	.950	.987	.996	.086(069-.105)	.047
Modelo2	83.834	.001	.969	.949	.985	.995	.087(.071-.105)	.048
Modelo3	1.575	.001	1.000	1.001	.999	1.00	.001 (.000-.056)	.010

*Nota.* Modelo 1, sin eliminar ítems; Modelo 2, unidimensional sin eliminar ítems; Modelo 3, dos dimensiones eliminando el ítem 03 y 04.

En la Tabla 5 se indican los índices de ajuste para el AFC de la Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6, se observa que el modelo más adecuado es el Modelo 3 donde se considera la eliminación del ítem 03 y 04, debido a que estos reactivos afectaban en la medición o no aportaban en la medición de la variable.

**Figura 3***Estructura factorial para la Escala EPD 6*

En la Figura 3 se expresa el modelo factorial confirmado para la Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6, donde se especifica que la depresión se evalúa a través de una estructura que se compone por 2 dimensiones con 4 reactivos ( $X^2=1.575$ ;  $P=.001$ ;  $CFI=1.000$ ;  $TLI=1.001$ ;  $NFI=.999$ ;  $GFI=1.00$ ;  $RMSEA=.001[.000-.056]$ ;  $SRMR=.010$ ).

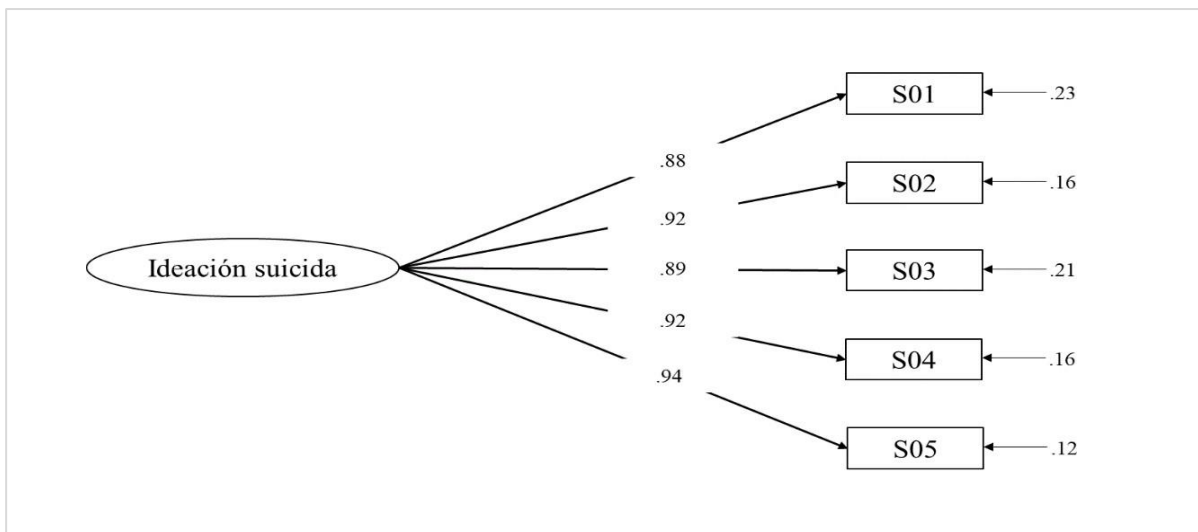
**Tabla 6**  
*Análisis Factorial Confirmatorio para el Inventario IFIS*

Análisis descriptivo de ítems								
Ítems	X	DS	A <sub>s</sub>	g <sub>2</sub>	IHC(>.3)	H <sup>2</sup> (>.4)		
I01	1.56	0.919	1.747	2.558	.785	.746		
I02	1.64	0.935	1.556	1.994	.833	.804		
I03	1.75	0.999	1.300	1.043	.797	.758		
I04	1.46	0.865	2.081	4.074	.806	.771		
I05	1.65	1.015	1.632	2.019	.849	.824		
Análisis factorial confirmatorio (WLSMV)								
	X <sup>2</sup>	P	CFI	TLI	NFI	GFI	RMSEA(IC90%)	SRMR
Esperado	-	>.05	>.90 bueno	>.95 adecuado	>.95 adecuado	>.95 adecuado	<.08 bueno <.05 adecuado	<.05 adecuado
Modelo1	23.440	.001	.999	.998	1.000	1.000	.058 (.036-.083)	.011

*Nota.* Modelo 1, sin eliminar ítems.

En la Tabla 6 se indican los índices de ajuste para el AFC del Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS, se observa que el modelo más adecuado es el Modelo 1 donde se considera una estructura compuesta por 5 ítems, sin la necesidad de eliminar alguno.

**Figura 4**  
*Estructura factorial para el Inventario IFIS*



En la Figura 4 se expresa el modelo factorial confirmado para el Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS, donde se especifica que la ideación suicida se evalúa a través de una estructura que se compone por 1 dimensión con 5 reactivos ( $X^2=23.440$ ;  $P=.001$ ;  $CFI=.999$ ;  $TLI=.998$ ;  $NFI=1.000$ ;  $GFI=1.000$ ;  $RMSEA=.058$  [.036-.083];  $SRMR=.011$ ).

Con respecto a la confiabilidad de los instrumentos. La fiabilidad hace referencia al grado de coherencia y precisión de las puntuaciones obtenidas, y puede ser evaluada mediante diversos coeficientes. Una de las maneras de calcularla es mediante de coeficientes fundamentados en las relaciones entre los puntajes de los diferentes ítems y los puntajes totales (American Educational Research Association et al., 2018). En ese sentido, para realizar el reporte de confiabilidad de las pruebas, en la presente investigación, se estimó el coeficiente omega para las escalas y sus dimensiones.

**Tabla 7**  
*Confiabilidad para los instrumentos de medición*

<b>Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)</b>		
<b>Escala / Dimensión</b>	<b>Coefficiente <math>\omega</math></b>	<b>N° ítems</b>
Inflexibilidad psicológica	.901	7 ítems
<b>Escala de Ansiedad de Lima - EAL20</b>		
<b>Escala / Dimensión</b>	<b>Coefficiente <math>\omega</math></b>	<b>N° ítems</b>
Ansiedad física	.759	5
Ansiedad social	.739	5
Ansiedad psíquica	.795	6
Agorafobia	.556	3
Ansiedad	.888	19 ítems
<b>Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6</b>		
<b>Escala / Dimensión</b>	<b>Coefficiente <math>\omega</math></b>	<b>N° ítems</b>
Síntomas corporales	.660	2
Síntomas afectivos y sueño	.638	2
Depresión	.764	4 ítems
<b>Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS,</b>		
<b>Escala / Dimensión</b>	<b>Coefficiente <math>\omega</math></b>	<b>N° ítems</b>
Ideación suicida	.930	5 ítems

En la Tabla 7 se indican los coeficientes omega para los instrumentos y sus dimensiones, se observan índices  $>.70$  para las escalas generales, lo cual indica una adecuada confiabilidad de los instrumentos. No obstante, en el análisis específico se denotan dimensiones con algunas limitaciones en la confiabilidad, como en la dimensión agorafobia ( $\omega=.556$ ) de ansiedad, y para las dimensiones síntomas corporales ( $\omega=.660$ ) y síntomas afectivos y sueño

( $\omega=.638$ ), los mismos que deben ser analizados con mayor detalle en futuras investigaciones instrumentales.

## 2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Las técnicas para el procesamiento de los datos que se utilizaron fueron las siguientes:

**Modelado de Ecuaciones Estructurales (La técnica SEM):** Es un enfoque estadístico utilizado en la investigación para analizar las relaciones entre variables observables y no observables. Combina el análisis de regresión y el análisis factorial confirmatorio para evaluar y validar modelos teóricos complejos, permitiendo examinar tanto las relaciones directas como indirectas entre variables, así como estimar la precisión de las mediciones. También permite estimar los efectos y validar los modelos mediante índices de ajuste, a diferencia de los métodos clásicos, la técnica SEM proporciona flexibilidad en la creación de modelos y considera los errores de medición en las variables. El modelo teórico que se pretende validar se basa en conjeturas explicativas respaldadas por teorías o resultados empíricos, brindando la posibilidad de controlar otras relaciones causales o explicativas durante la estimación, lo que aporta a la especificación de modelos (Kline, 2016; Jöreskog y Sörbom, 1981).

**Estimadores globales de ajuste:** Son estadísticas utilizadas para evaluar la calidad del ajuste entre un modelo teórico propuesto y los datos observados. Estos estimadores proporcionan información sobre qué tanto ajusta un modelo a los datos recolectado y si los patrones de covarianza entre las variables se corresponden con las relaciones hipotetizadas en el modelo. Para ello, se considerarán valores esperados como, CFI ( $>.95$ =Bueno/ $>.90$ =Adecuado), TLI ( $>.95$ =Bueno/ $>.90$ =Adecuado), RMSEA ( $<.05$ =Bueno/ $<.08$ =Adecuado), SRMR ( $<.08$ =Bueno), AIC y BIC (Cuanto más pequeño, mejor) (Keith, 2015; Abad et al., 2011).

En este estudio, se utilizaron técnicas estadísticas sofisticadas, tales como el análisis factorial y el Modelamiento de Ecuaciones Estructurales, para llevar a cabo el análisis de datos. Para llevar a cabo estos análisis, se utilizarán varios softwares, incluyendo SPSS 25, ICAiken, Jamovi y R studio:

- El programa informático SPSS se utilizó para la estructuración y administración de los datos recabados, así como para realizar análisis descriptivos y otras exámenes poco especializadas.

- El programa informático ICAiken se empleó para calcular el coeficiente V de Aiken y los intervalos de confianza del mismo.
- El programa informático Jamovi se utilizó para llevar a cabo análisis estadísticos inferenciales de los propósitos específicos, ya que al ser un programa gratuito y ligero que permite calcular tamaños de efecto y coeficientes omega, opciones que no se encuentran disponibles en SPSS 25, su uso es indispensable.
- Por su parte, el software R Studio fue utilizado para la elaboración de gráficos de alta calidad utilizando el paquete SemPlot. Además, se realizará el cálculo de los índices de ajuste globales y específicos para verificar el ajuste del modelo propuesto mediante la técnica de Modelamiento de Ecuaciones Estructurales.

## 2.6. Aspectos éticos en investigación

El presente estudio se llevó a cabo respetando los estándares éticos y morales establecidos. En consecuencia, se tomarán en cuenta los aspectos que se señalarán en los siguientes apartados:

Primero, el Colegio de Psicólogos del Perú (2017) según el “Código de Ética y Deontología”, en su Artículo II - Título preliminar, es fundamental el ejercicio profesional de manera acorde a los valores éticos, sociales y personales, respetando la autonomía, integridad y dignidad de las personas, buscando su beneficio y evitando causarles daño (maleficencia). En su Artículo IV, se instituye que los individuos deben ser considerados más no como meros medios, tratándolas con lealtad, responsabilidad y empatía. En el Capítulo III - de la investigación, desde el Artículo 22° al 27°, se establece que los estudios científicos deben cumplir con los reglamentos internos y externos, además, de obtener el asentimiento del comité institucional de ética. Es imprescindible tener en cuenta con el consentimiento informado y aprobación de los participantes, priorizando la salud psicológica. Queda prohibido incidir en plagio o adulteración, y solo se deben utilizar procesos científicos reconocidos y aprobados por las universidades o los grupos evaluadores. En tal sentido Ferrero et al. (2019) sostiene que el consentimiento informado debe utilizarse para los padres, y el asentimiento informado en los menores de edad.

Finalmente, la *American Psychological Association* (2017) indica que se debe hacer un ejercicio su profesión guiados por principios éticos, como la responsabilidad, fidelidad, integridad, justicia y respetando la dignidad de las personas. En la Sección 8, relacionada con Investigación y Publicación, se establece que para llevar a cabo una investigación es necesario obtener la aprobación institucional, contar con los

consentimientos informados de los investigados y protegerlos de posibles consecuencias adversas. Además, se prohíbe realizar investigaciones que involucren información engañosa, y se exige proporcionar datos adecuados sobre los resultados y conclusiones del estudio. Se destaca la importancia de contar con una formación pertinente en métodos de investigación, no adulterar datos y ejecutar medidas sensatas para publicar los datos obtenidos. Se hace hincapié en la obligación de no presentar información mal citada o plagiada, así como en la responsabilidad de compartir los datos para su verificación. Finalmente, se resalta el deber de respetar la confidencialidad y los derechos de propiedad en todo momento.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Características de la muestra

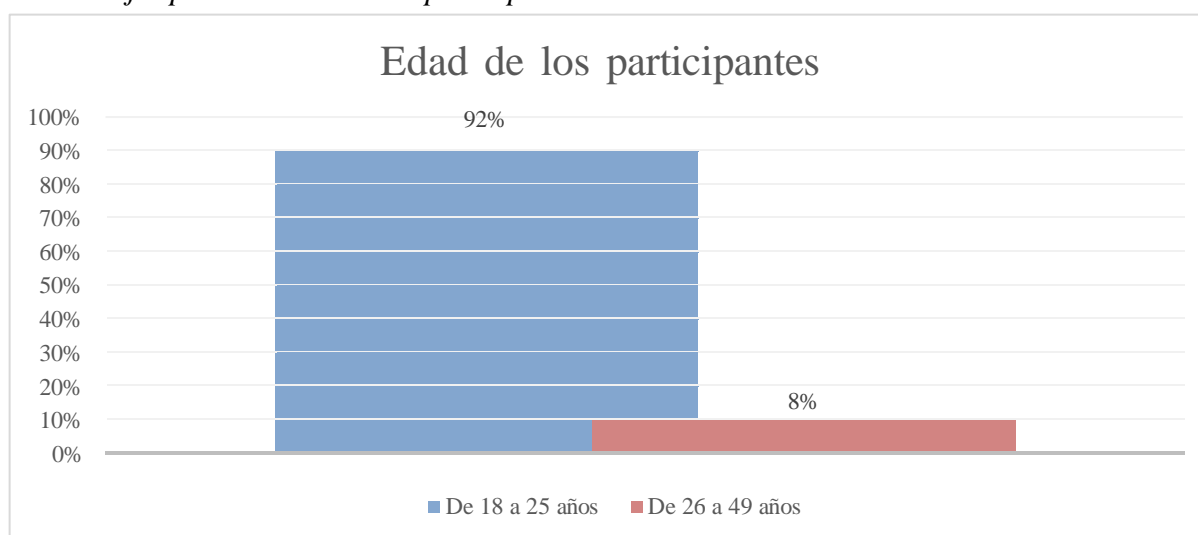
**Tabla 8**

*Frecuencias para la edad de los participantes*

	fi	hi
De 18 a 25 años	1,003	92%
De 26 a 49 años	86	8%
Total	1089	100%

**Figura 5**

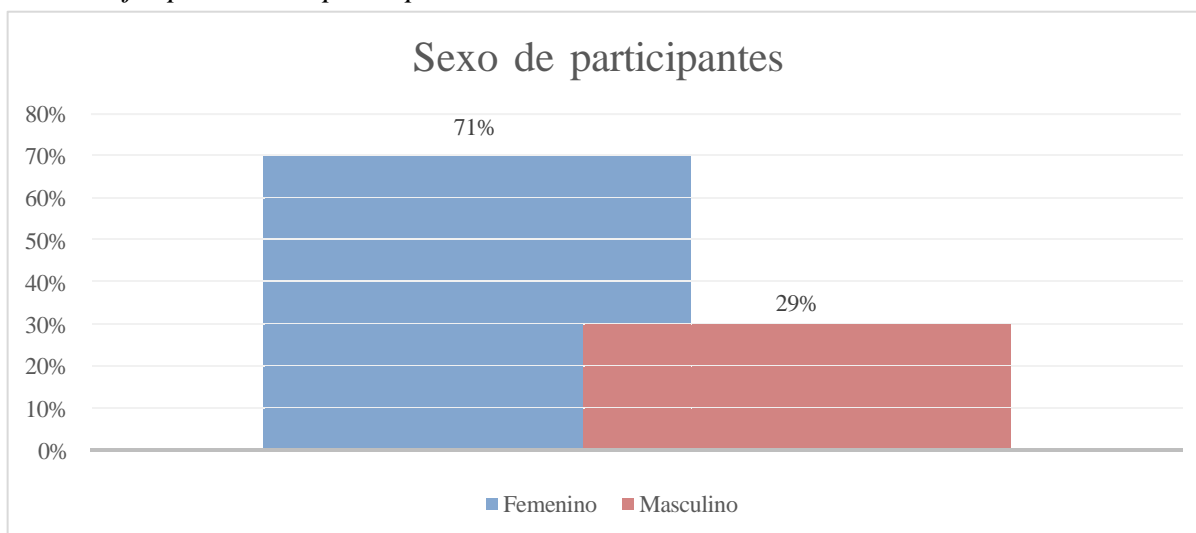
*Porcentajes para la edad de los participantes*



En la Tabla 8 y Figura 5 se indica que el 92% (1,003 estudiantes) de ellos tienen edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, mientras que solo el 8% de la muestra (86 estudiantes) tiene edades comprendidas entre los 26 y los 49 años. Esto sugiere que la mayoría de la muestra pertenece a un grupo demográfico más joven, típicamente asociado con la población en edad universitaria, entonces, mientras que también se evidencia una minoría de individuos más maduros en la muestra.

**Tabla 9***Frecuencias por sexo de participantes*

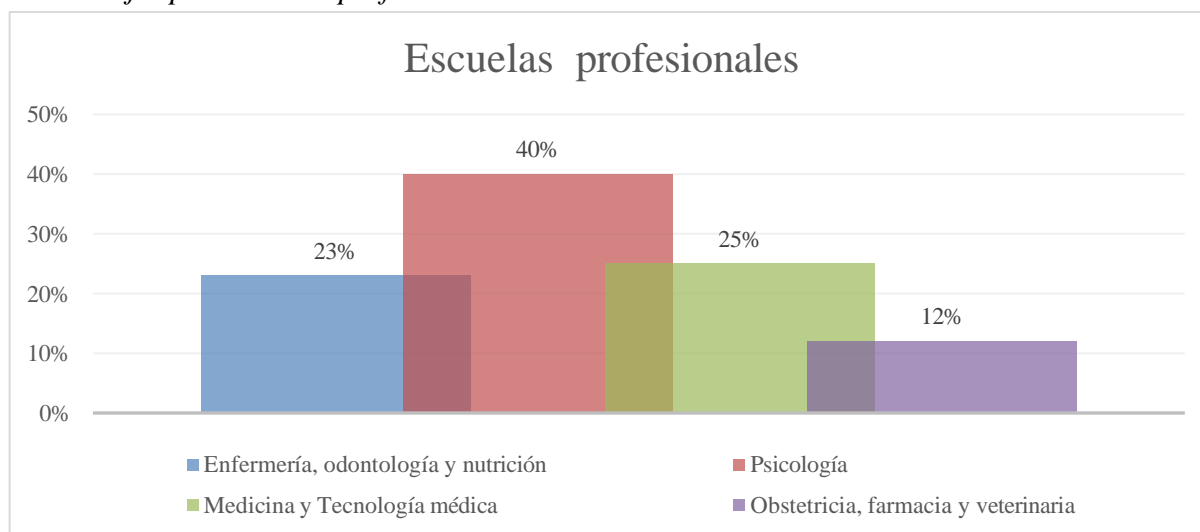
	fi	hi
Femenino	772	71%
Masculino	317	29%
Total	1089	100%

**Figura 6***Porcentajes por sexo de participantes*

En la Tabla 9 y Figura 6 se indica que 71% de los individuos (772 estudiantes) eran de género femenino, lo que representa el 71% de la muestra, y otro 29% (317 estudiantes) de los participantes fueron de sexo masculino. Entonces, la proporción abrumadora de individuos identificados como femeninos sugiere que las mujeres están sobrerrepresentadas en esta muestra, mientras que, los hombres son una minoría en esta muestra y su presencia sigue siendo significativa, aunque en menor medida que la de las mujeres.

**Tabla 10***Frecuencias por escuelas profesionales*

	fi	hi
E.P. de Enfermería, odontología y nutrición	246	23%
E.P. de Psicología	437	40%
E.P. de Medicina y Tecnología médica	273	25%
E.P. de Obstetricia, farmacia y veterinaria	133	12%
Total	1089	100%

**Figura 7***Porcentajes por escuelas profesionales*

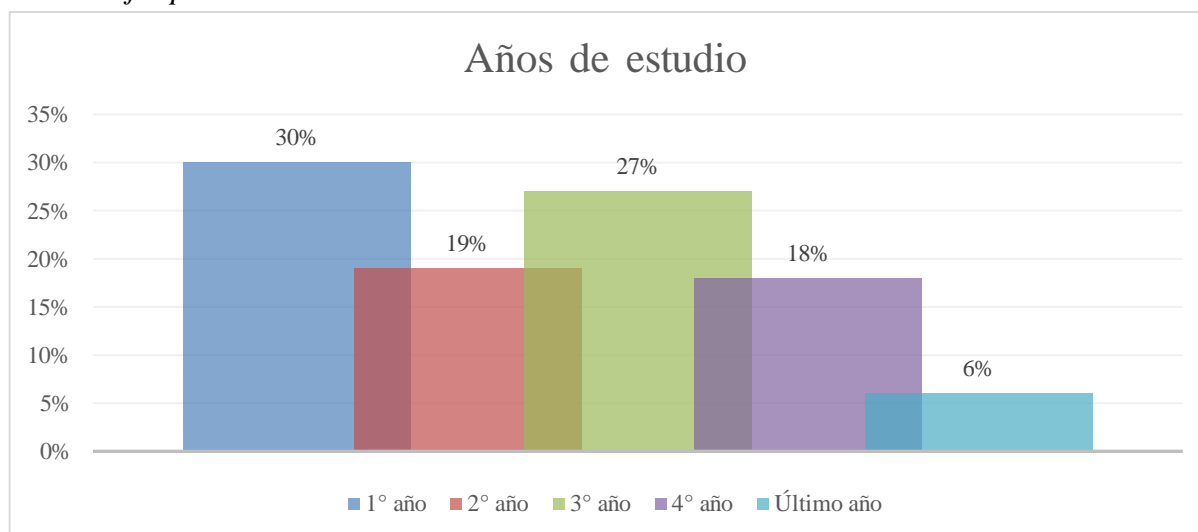
En la Tabla 10 y Figura 7 se indica que 23% (246 estudiantes) estaban asociados con programas educativos relacionados con enfermería, odontología y nutrición, otro 40% (437 estudiantes) estaban asociados con programas educativos relacionados con la psicología, otro 25% (273 estudiantes) estaban asociados con programas educativos relacionados con la medicina y la tecnología médica, mientras que 12% (133) estaban asociados con programas educativos relacionados con obstetricia, farmacia y veterinaria. La alta proporción de individuos vinculados a programas de psicología sugiere un interés o una participación activa en el campo de la psicología entre los encuestados.

**Tabla 11***Frecuencias por años de estudio*

	fi	hi
1° año	324	30%
2° año	203	19%
3° año	299	27%
4° año	193	18%
Último año	70	6%
Total	1089	100%

**Figura 8**

*Porcentajes por años de estudio*



En la Tabla 11 y Figura 8 se indica que 30% (324 estudiantes) estaban en su primer año académico, otro 19% (203 estudiantes) estaban en su segundo año académico, otro 27% (299 estudiantes) estaban en su tercer año académico, otro 18% (193) estaban en su cuarto año académico, 6% (70 estudiantes) estaban en su último año académico. Entonces, la alta proporción de estudiantes de primer año sugiere un flujo constante de nuevos estudiantes en el sistema educativo o programa en cuestión.

### 3.2. Resultados descriptivos para las variables

**Tabla 12**

*Resultados descriptivos para inflexibilidad psicológica*

	X	Me	Mo	DE	A <sub>s</sub>	g <sub>2</sub>	Mín	Máx
Inflexibilidad psicológica	3.19	3.00	3	1.320	.470	-.334	1	7

*Nota.* X=Media, Me=Mediana, Mo=Moda, DE=Desviación estándar, A<sub>s</sub>=Asimetría, g<sub>2</sub>=Curtosis, Mín=Valor mínimo, Máx=Valor máximo.

En la Tabla 12 se observan los datos descriptivos para la variable inflexibilidad psicológica, donde se halló una X=3.19 que sugiere que, en promedio, los participantes experimentaron un nivel moderado bajo de inflexibilidad psicológica, este valor se encuentra ligeramente por encima de la Me=3.00, lo que indica una posible distribución sesgada hacia la derecha, con algunos participantes experimentando niveles moderados de inflexibilidad psicológica; asimismo, se identificó una Mo=3 que indica que el valor más común en la muestra

fue de 3, lo que sugiere una concentración de casos en este nivel de inflexibilidad psicológica. Por su parte, se halló una  $DE=1.320$  que indica una dispersión moderada de los datos alrededor de la media, lo que sugiere cierta variabilidad en la intensidad de la inflexibilidad psicológica entre los participantes; asimismo, se identificó una  $As=.470$  que sugiere una ligera asimetría positiva en la distribución de los datos, lo que indica una concentración de casos hacia valores más bajos de inflexibilidad psicológica, pero con una cola alargada hacia valores moderados, esto implica que, aunque la mayoría de los participantes experimentaron niveles moderados bajos de inflexibilidad psicológica, hubo algunos casos con niveles más altos; de igual forma se identificó una  $g_2=-.334$  que indica una distribución relativamente achatada, lo que sugiere que hay menos casos extremos en la inflexibilidad psicológica de lo que se esperaría en una distribución normal.

**Tabla 13**

*Resultados descriptivos para ansiedad*

	X	Me	Mo	DE	$A_s$	$g_2$	Mín	Máx
Ansiedad física	1.87	2.00	0	1.699	.407	-1.137	0	5
Ansiedad social	2.10	2.00	0	1.689	.244	-1.185	0	5
Ansiedad psíquica	2.54	2.00	0	2.051	.256	-1.220	0	6
Agorafobia	1.00	1.00	0	1.017	.626	-.799	0	3
Ansiedad	7.51	7.00	0	5.251	.299	-.871	0	19

*Nota.* X=Media, Me=Mediana, Mo=Moda, DE=Desviación estándar,  $A_s$ =Asimetría,  $g_2$ =Curtosis, Mín=Valor mínimo, Máx=Valor máximo.

En la Tabla 13 se observan los datos descriptivos para la variable ansiedad y sus dimensiones. Entonces, con respecto a la dimensión de ansiedad física, se halló una  $X=1.87$  que se encuentra por debajo del punto medio de la escala utilizada, asimismo, se identificó una  $Me=2.00$  que sugiere que la mitad de los participantes experimentan niveles bajos de ansiedad iguales o inferiores a 2; de la misma forma, se identificó una  $Mo=0$ , lo que significa que el valor más común de ansiedad en la muestra es 0. Esto sugiere que hay un número significativo de participantes que reportan no experimentar considerable ansiedad física. Por otro lado, se identificó también una  $DE=1.699$  que indica una dispersión relativamente alta, sugiriendo que los puntajes de ansiedad física varían considerablemente en la muestra. Por su lado, se halló una  $As=.407$  que sugiere que la distribución de los datos está ligeramente sesgada hacia la izquierda, esto implica que hay una concentración ligeramente mayor de valores más bajos de ansiedad en la muestra; mientras que la  $g_2=-1.137$  sugiere una distribución menos puntiaguda

que la distribución normal, lo que implica que hay una dispersión relativamente amplia de los datos.

En otra instancia, con respecto a la dimensión de ansiedad social, se halló una  $X=2.10$  que indica que, en promedio, los participantes en el estudio experimentan niveles moderados con tendencia a bajo de ansiedad social, sugiriendo que la ansiedad social es una experiencia común en la muestra; asimismo, se identificó una  $Me=2.00$  que indica que la mitad de los participantes experimentan niveles moderados bajos de ansiedad social iguales o superiores a 2; además, se halló una  $Mo=0$  lo que significa que el valor más común de ansiedad social en la muestra es 0, sugiriendo que hay un número significativo de participantes que reportan no experimentar ansiedad social de forma considerable. Por su parte, se identificó una  $DE=1.689$  que indica la dispersión de los datos alrededor de la media relativamente alta, lo que sugiere que los puntajes de ansiedad social varían considerablemente en la muestra, asimismo, se halló una  $As=.244$  que sugiere que la distribución de los datos está ligeramente sesgada hacia la izquierda e implica que hay una concentración ligeramente mayor de valores más bajos de ansiedad social en la muestra, de igual forma, se identificó una  $g^2=-1.185$  que indica un valor negativo de curtosis y sugiere una distribución menos puntiaguda que la distribución normal, lo que implica que hay una dispersión relativamente amplia de los datos.

Por otro lado, con respecto a la dimensión de ansiedad psíquica, se halló una  $X=1.87$  que indica que, en promedio, los participantes en el estudio experimentan niveles bajos de ansiedad psíquica, este valor sugiere que la ansiedad psíquica es relativamente baja en la muestra en general; asimismo, se identificó una  $Me=2.54$ , donde la mediana es mayor que la media, lo que sugiere que hay una distribución sesgada hacia valores más altos de ansiedad psíquica e indica que un subgrupo de participantes experimenta niveles más altos de ansiedad psíquica en comparación con el promedio; además, se halló una  $Mo=0$  lo que significa que el valor más común de ansiedad psíquica en la muestra es 0, esto sugiere que también hay un número significativo de participantes que reportan no experimentar ansiedad psíquica. Por su lado, se identificó una  $DE=2.051$  relativamente alta, lo que indica que los puntajes de ansiedad psíquica varían considerablemente en la muestra, esto sugiere que hay una amplia gama de experiencias de ansiedad psíquica entre los participantes; asimismo, se halló una  $As=.253$  lo que sugiere que la distribución de los datos está ligeramente sesgada hacia la izquierda, esto implica que hay una concentración ligeramente mayor de valores más bajos de ansiedad psíquica en la muestra, asimismo, se identificó una  $g^2=-1.220$  lo que indica que la distribución de los datos es menos puntiaguda que la distribución normal, esto sugiere que hay una

dispersión relativamente amplia de los datos en la muestra en comparación con una distribución normal.

Con respecto a la dimensión agorafobia, se halló un  $X=1.00$  que indica que, en promedio, los participantes en el estudio experimentan niveles bajos de agorafobia. Esto sugiere que la agorafobia es relativamente baja en la muestra en general; asimismo, se identificó una  $Me=1.00$  que es igual a la media, lo que indica que la mitad de los participantes experimentan niveles de agorafobia iguales o inferiores a 1; de igual forma, se identificó una  $Mo=0$  lo que significa que el valor más común de agorafobia en la muestra es 0, esto sugiere que hay un número significativo de participantes que reportan no experimentar agorafobia. Por su lado, se halló un  $DE=1.017$  relativamente baja, lo que sugiere que los niveles de agorafobia varían poco en la muestra, esto implica que la mayoría de los participantes tienen puntajes similares de agorafobia; de igual forma, se halló una  $As=.626$  lo que sugiere que la distribución de los datos está ligeramente sesgada hacia la izquierda, esto implica que hay una concentración ligeramente mayor de valores más bajos de agorafobia en la muestra, igualmente se identificó una  $g^2=-.799$  lo que indica que la distribución de los datos es menos puntiaguda que la distribución normal, esto sugiere que hay una dispersión relativamente amplia de los datos en la muestra en comparación con una distribución normal.

Finalmente, con respecto a la variable ansiedad, se halló una  $X=7.51$  que indica que, en promedio, los participantes en el estudio experimentan niveles moderados de ansiedad, esto sugiere que la ansiedad moderada es una experiencia común en la muestra en general; asimismo, se identificó una  $Me=7.00$  similar a la media, lo que sugiere que la mitad de los participantes experimentan niveles moderados de ansiedad iguales o superiores a 7; de igual forma, se identificó una  $Mo=0$  lo que significa que el valor más común de ansiedad en la muestra es 0, esto sugiere que también hay un número significativo de participantes que reportan no experimentar ansiedad. Por su lado, se halló una  $DE=5.251$  relativamente alta, lo que indica que los niveles de ansiedad varían considerablemente en la muestra, esto implica que hay una amplia gama de experiencias de ansiedad entre los participantes; asimismo, se identificó una  $As=.299$  lo que sugiere que la distribución de los datos está ligeramente sesgada hacia la derecha, esto implica que hay una concentración ligeramente mayor de valores más bajos de ansiedad en la muestra; de igual forma, se identificó una  $g^2=-.871$  lo que indica que la distribución de los datos es menos puntiaguda que la distribución normal, esto sugiere que hay una dispersión relativamente amplia de los datos en la muestra en comparación con una distribución normal.

**Tabla 14***Resultados descriptivos para depresión*

	X	Me	Mo	DE	A <sub>s</sub>	g <sub>2</sub>	Mín	Máx
Síntomas corporales	2.17	2.00	2	1.469	.588	-.148	0	6
Síntomas afectivos y sueño	2.37	2.00	2	1.515	.514	-.204	0	7
Depresión	4.54	4.00	4	2.651	.503	-.041	0	12

*Nota.* X=Media, Me=Mediana, Mo=Moda, DE=Desviación estándar, A<sub>s</sub>=Asimetría, g<sub>2</sub>=Curtosis, Mín=Valor mínimo, Máx=Valor máximo.

En la Tabla 14 se observan los datos descriptivos para la variable depresión y sus dimensiones. Con respecto a la dimensión de síntomas corporales, se halló una X=2.17 que sugiere que, en promedio, los participantes experimentaron un nivel moderado de síntomas corporales de depresión; asimismo, se halló una Me=2.00 valor ligeramente por debajo de la media, lo que indica que la distribución de los datos podría estar sesgada hacia la derecha, con una ligera tendencia hacia valores moderados de síntomas corporales; de la misma forma, se identificó una Mo= 2 que indica que el valor más común en la muestra fue también de 2, reforzando la idea de una concentración de los síntomas corporales de depresión en un nivel moderado bajo. Por otro lado, se halló un DE=1.469 que muestra la dispersión de los datos alrededor de la media, sugiriendo que hay variabilidad en la intensidad de los síntomas corporales experimentados por los participantes; asimismo, se halló una A<sub>s</sub>=.588 que indica una ligera asimetría positiva en la distribución de los datos, lo que sugiere que hay una mayor concentración de casos hacia la izquierda de la distribución, es decir, hacia valores más bajos de síntomas corporales, con una cola más alargada hacia la derecha, de igual forma se identificó una g<sub>2</sub>=-.148 que indica una distribución relativamente achatada en comparación con la distribución normal, lo que sugiere que hay menos casos extremos en los síntomas corporales de depresión en la muestra.

Con respecto a la dimensión síntomas afectivos y de sueño, se halló una X=2.37 que sugiere que, en promedio, los participantes experimentaron un nivel moderado bajo de síntomas afectivos y sueños relacionados con la depresión, esta media está ligeramente por encima de la Me=2.00, lo que indica una posible tendencia hacia valores moderados en la distribución de los datos. Sin embargo, es importante destacar que la Mo=2 indica que el valor más común en la muestra fue dos, lo que sugiere que una proporción significativa de participantes informaron síntomas afectivos y de sueños relacionados con la depresión moderados bajos, esta discrepancia entre la media y la moda puede indicar la presencia de una subpoblación dentro de la muestra que experimenta moderados síntomas, mientras que otros

pueden experimentar niveles moderados bajos. Por otro lado, se halló una  $DE=1.515$  que indica una dispersión relativamente alta de los datos alrededor de la media, lo que sugiere una variabilidad significativa en la intensidad de los síntomas afectivos y los sueños relacionados con la depresión; asimismo, se identificó una  $As=.514$  que indica una ligera asimetría positiva, lo que sugiere una concentración de casos hacia valores más bajos de síntomas afectivos y sueños relacionados con la depresión, pero con una cola más alargada hacia valores moderados; por otro lado, se identificó una  $g_2=-.204$  que indica una distribución relativamente achatada, lo que sugiere que hay menos casos extremos en los síntomas afectivos y los sueños relacionados con la depresión.

Con respecto a la variable depresión, se halló una  $X=4.54$  que indica que, en promedio, los participantes experimentaron un nivel moderado bajo de depresión. Esta cifra está ligeramente por encima de la  $Me=4$ , lo que sugiere una posible distribución sesgada hacia la derecha, con algunos participantes experimentando niveles moderados de depresión; asimismo, se identificó una  $Mo=4$  que indica que el valor más común en la muestra fue de 4, lo que sugiere una concentración de casos en el nivel moderado de depresión. Sin embargo, es importante considerar que la  $DE= 2.651$  es relativamente alta, lo que indica una dispersión significativa de los datos alrededor de la media, esto sugiere que hay una variabilidad considerable en la intensidad de la depresión experimentada por los participantes. Asimismo, se halló  $As=.503$  que indica una ligera asimetría positiva, lo que sugiere que hay una concentración de casos hacia valores más bajos de depresión, pero con una cola más alargada hacia valores moderados, esto implica que, aunque la mayoría de los participantes experimentaron niveles moderados bajos de depresión, también hubo algunos casos con niveles más moderados, de igual forma, se identificó una  $g_2=-.041$  que sugiere una distribución relativamente cercana a la distribución normal, lo que indica que la distribución de los datos no es demasiado achatada ni demasiado puntiaguda.

**Tabla 15**

*Resultados descriptivos para ideación suicida*

	X	Me	Mo	DE	$A_s$	$g_2$	Mín	Máx
Ideación suicida	1.61	1.20	1	.837	1.686	2.565	1	5

*Nota.* X=Media, Me=Mediana, Mo=Moda, DE=Desviación estándar,  $A_s$ =Asimetría,  $g_2$ =Curtosis, Mín=Valor mínimo, Máx=Valor máximo.

En la Tabla 15 se observan los datos descriptivos para la variable ideación suicida, donde se halló una  $X=1.61$  que indica que, en promedio, los participantes experimentaron niveles bajos de ideación suicida, esta cifra se sitúa ligeramente por encima  $Me=1.20$ , lo que sugiere una posible distribución sesgada hacia la derecha, con algunos participantes experimentando niveles moderados bajos de ideación suicida; asimismo, se identificó, una  $Mo=1$  que indica que el valor más común en la muestra fue de 1, lo que sugiere una concentración de casos en el nivel bajo de ideación suicida. Sin embargo,  $DE=.837$ ) relativamente baja indica una dispersión limitada de los datos alrededor de la media, lo que sugiere una consistencia en la intensidad de la ideación suicida entre los participantes. Por otro lado, se halló una  $As=1.686$  que indica una asimetría positiva pronunciada en la distribución de los datos, lo que sugiere una concentración de casos hacia valores más bajos de ideación suicida, pero con una cola muy alargada hacia valores moderados bajos, esto sugiere que, aunque la mayoría de los participantes experimentaron niveles bajos de ideación suicida, hubo algunos casos con niveles moderados; asimismo, se identificó una  $g^2=2.565$  que indica una distribución muy puntiaguda, lo que sugiere que hay una alta concentración de casos alrededor de la media, con una cola muy alargada hacia valores moderados, esto refuerza la idea de que la muestra está compuesta principalmente por participantes con niveles bajos de ideación suicida, pero con la presencia de algunos casos extremos.

### 3.3. Contraste de hipótesis

#### 3.3.1. Prueba de normalidad multivariada

**Tabla 16**

*Prueba de normalidad multivariada – Test de Mardia*

	M (DS)	$A_s$	$g^2$	AD	p
Inflexibilidad psicológica	33.656 (9.692)	0.190	-0.159	1.1212	.006
Ansiedad física	1.868 (1.699)	0.406	-1.141	47.0101	<.001
Ansiedad social	2.099 (1.689)	0.243	-1.188	35.1903	<.001
Ansiedad psíquica	3.008 (2.071)	0.318	-1.087	28.2299	<.001
Agorafobia	1.002 (1.017)	0.624	-0.805	73.0760	<.001
Ansiedad	7.977 (5.223)	0.341	-0.865	12.4670	<.001
Síntomas corporales	2.174 (1.469)	0.586	-0.158	30.0884	<.001
Síntomas afectivos y sueño	3.927 (2.220)	0.387	-0.270	12.0524	<.001
Depresión	6.101 (3.264)	0.472	-0.162	9.2412	<.001
Ideación suicida	8.058(4.183)	1.681	2.538	92.0911	<.001
			Estadístico		p

Test de Mardia	Mardia asimetría	1130.759	<.0001
	Mardia curtosis	-32.338	<.0001
	MVN		<.0001

Previo al análisis SEM se analizó la normalidad multivariado (test de Mardia). En la Tabla 26 se indica los resultados para la prueba de normalidad multivariada a través de la estimación del coeficiente de Mardia (MVN), se logró identificar un coeficiente de Mardia para la asimetría=1130.759 ( $P<.0001$ ) y un coeficiente de Mardia para la curtosis=32.338 ( $P<.0001$ ), además, el coeficiente MNV<.0001 también demostró la ausencia de normalidad multivariada para la muestra investigada, debido a que los P valores hallados fueron menores a .05 (Tenreiro, 2015). De esta forma, para el contraste de hipótesis general se consideró pertinente aplicar el estimador Máxima Verosimilitud Robusta (MLR), con el propósito de no subestimar o sobrestimar los índices de ajuste debido a la presencia de valores lejanos en la distribución de los datos (Kline, 2016).

### 3.3.2. Contraste de hipótesis general

#### Planteamiento de hipótesis:

**H<sub>i</sub>:** Existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

**H<sub>o</sub>:** No existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

#### Análisis estadístico:

**Tabla 17**

*Análisis SEM – Índices de ajuste global*

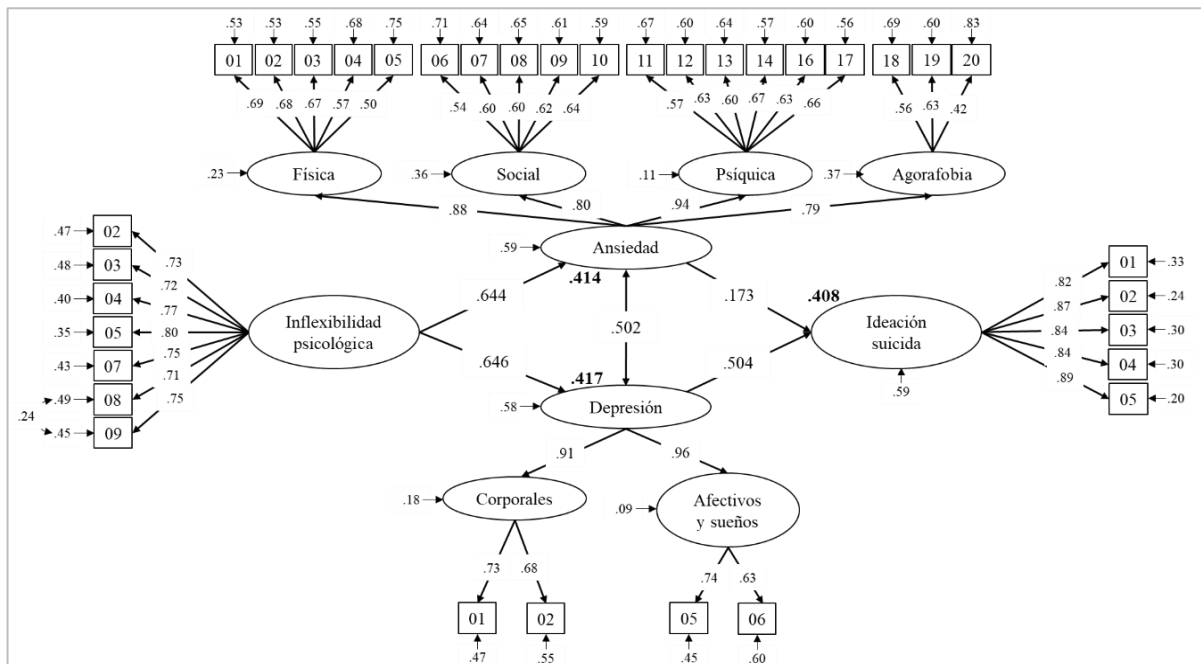
Índices de ajuste	Esperado	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
X <sup>2</sup>	-	2340.142	1546.801	1295.041
gl	-	768	585	548
p	-	.000	.000	.000
CFI	>.95, adecuado / >.90, bueno	.900	.933	<b>.948</b>
TLI	>.95, adecuado / >.90, bueno	.894	.928	<b>.943</b>
RMSEA		.043	.039	<b>.035</b>
(IC90%)	<.05, adecuado / <.08, bueno	(.041-.045)	(.037-.041)	<b>(.033-.038)</b>
SRMR	<.05, adecuado / <.08, bueno	.054	.046	<b>.041</b>
AIC		87514.435	72265.486	<b>67918.724</b>
BIC	Cuanto menos mejor	87683.397	72412.647	<b>68067.701</b>

*Nota.* Modelo 1 = las cuatro variables cargan todas sus dimensiones e ítems; Modelo 2 = se suprimieron el ítem 1 y 10 de inflexibilidad psicológica, el ítem 15 de ansiedad, el ítem 2 y 4 de depresión (Unidimensional); Modelo 3 = se suprimieron el ítem 1, 6 y 10 de inflexibilidad psicológica, el ítem 15 de ansiedad, el ítem 3 y 4 de depresión (bidimensional), además de correlación de errores entre el ítem 8 y 9 de inflexibilidad psicológica.

En la Tabla 17 se reflejan los índices de ajuste para los 3 modelos teóricos probados, entonces, en consideración a las recomendaciones realizadas por Keith (2015) y Abad et al. (2011) para los límites de índices de ajuste, se observa que para el Modelo 1 se reportó índices poco estables en CFI y TLI, aunque los índices RMSEA y SRMR demostraron ser adecuados y buenos; no obstante, para el Modelo 2 se reportaron índices más estables entre buenos y adecuados, pero, el modelo para depresión considera una estructura unidimensional, lo cual puede significar una dificultad; sin embargo, para el Modelo 3 se observa una mejora del CFI, TLI RMSEA y SRMR, dicho ajuste se confirma con la mejora de los índices de parsimonia como AIC y BIC. En tal sentido, se demostró un mejor ajuste para el Modelo 3 (Entre bueno y adecuado) que considera la correlación de errores entre el ítem 8 y 9, y la supresión del ítem 1, 6 y 10 de inflexibilidad psicológica, la supresión del ítem 15 de ansiedad, el ítem 3 y 4 de depresión (bidimensional), en tal sentido se confirma la hipótesis de investigación y se afirma que, existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 ( $X^2=1295.041$ ;  $gl=548$ ;  $p=.000$ ; CFI=.948; TLI=.943; RMSEA[IC90%]=.035[.033-.038]; SRMR=.041; AIC=67918.724; BIC=68067.701).

**Figura 9**

*Diagrama de senderos e índices de ajuste específicos del Modelo 3*



En la Figura 9 se indican a presión los coeficientes de relación entre variables evidenciada en el Modelo 3, en tal sentido, se observa que la inflexibilidad psicológica índice directamente sobre la ansiedad ( $\beta=.644$ ;  $r^2=.414$ ;  $f^2=.706$ ) y depresión ( $\beta=.646$ ;  $r^2=.417$ ;  $f^2=.715$ ), variables (Ansiedad y depresión) que a su vez se encuentran correlacionadas ( $r=.502$ ), las mismas que también influyen directamente sobre la ideación suicida ( $\beta_A=.173$ ;  $\beta_D=.504$ ); esto significa que la inflexibilidad psicológica incrementa considerablemente la experiencia de ansiedad y depresión, variables relacionadas bidireccionalmente, donde la ansiedad influye levemente sobre la ideación suicida, mientras que, a su vez, la depresión influye de forma considerablemente sobre la ideación suicida. Dicho modelo, en su totalidad reportó un  $r^2=.408$  que explica el ajuste del modelo en 40.8% de la muestra investigada; mientras que el hallazgo de un  $f^2=.689$ , demuestra un tamaño de efecto grande o magnitud de generalización considerable, tal como señala Cohen (1992).

### 3.3.3. Contraste de hipótesis específica 01

#### Planteamiento de hipótesis:

**H<sub>11</sub>:** Existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

**H<sub>01</sub>:** No existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

**Regla de decisión: (Nivel de significancia=.05)**

P<.05, se rechaza la hipótesis nula H<sub>0</sub>.

P>.05, no se rechaza la hipótesis nula H<sub>0</sub>.

**Análisis estadístico:**

**Tabla 18**

*Regresión lineal para inflexibilidad psicológica e ideación suicida*

Modelo	r	r <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> corregida	f <sup>2</sup>	EE de estimación	Durbin-Watson	
1	.479	.229	.228	.295	3.674	1.790	
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p	
Regresión		4358.836	1	4358.836			
Residuo		14676.519	1087	13.502	322.832	.0001	
Total		19035.355	1088				
		Coef. no estandarizados		Coef. estandarizados		t	p
		β	DE	β			
(Constante)		3.229	.291			11.098	.0001
Inflexibilidad psicológica		.217	.012	.479		17.968	.0001

En la Tabla 18 se indican los resultados para la hipótesis específica 01, de esta forma, se identificó un P valor=.0001 que permitió aceptar la H<sub>1</sub> y afirmar que existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023; además, se identificó un coeficiente β=.479 que señala una influencia directa, se halló también un r<sup>2</sup>=.228 y un tamaño de efecto mediano (f<sup>2</sup>=.295); entonces, se interpreta que la inflexibilidad psicológica influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida, dicha relación se expresa en el 22.8% de la muestra investigada, la misma que puede ser medianamente generalizable a la población.

### 3.3.4. Contraste de hipótesis específica 02

**Planteamiento de hipótesis:**

**H<sub>12</sub>:** Existe incidencia directa de la ansiedad en la ideación de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

**H<sub>02</sub>:** No existe incidencia directa de la ansiedad en la ideación de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

**Regla de decisión: (Nivel de significancia=.05)**

$P < .05$ , se rechaza la hipótesis nula  $H_0$ .

$P > .05$ , no se rechaza la hipótesis nula  $H_0$ .

**Análisis estadístico:****Tabla 19***Regresión lineal para ansiedad e ideación suicida*

Modelo	r	r <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> corregida	f <sup>2</sup>	EE de estimación	Durbin-Watson	
1	.454	.206	.205	.258	3.729	1.740	
		Suma de cuadrados		gl	Media cuadrática	F	p
Regresión		3920.108		1	3920.108		
Residuo		15115.247		1087	13.905	281.911	.0001
Total		19035.355		1088			
		Coef. no estandarizados		Coef. estandarizados		t	p
		β	DE	β			
(Constante)		5.345	.197			27.107	.0001
Ansiedad		.361	.022	.454		16.790	.0001

En la Tabla 19 se indican los resultados para la hipótesis específica 02, de esta forma, se identificó un P valor=.0001 que permitió aceptar la  $H_1$  y afirmar que existe incidencia directa de la ansiedad en la ideación de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023; además, se identificó un coeficiente  $\beta = .454$  que señala una influencia directa, se halló también un  $r^2 = .205$  y un tamaño de efecto mediano ( $f^2 = .258$ ); entonces, se interpreta que la ansiedad influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida, esta relación se expresa en el 20.5% de la muestra investigada, la misma que puede ser medianamente generalizable a la población.

**3.3.5. Contraste de hipótesis específica 03****Planteamiento de hipótesis:**

**H<sub>13</sub>:** Existe incidencia directa de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

**H<sub>03</sub>:** No existe incidencia directa de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.

**Regla de decisión: (Nivel de significancia=.05)**

$P < .05$ , se rechaza la hipótesis nula  $H_0$ .

$P > .05$ , no se rechaza la hipótesis nula  $H_0$ .

**Análisis estadístico:**

**Tabla 20**

*Regresión lineal para depresión e ideación suicida*

Modelo	r	r <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> corregida	EE de estimación	Durbin-Watson	
1	.497	.247	.247	3.631	1.830	
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión		4706.055	1	4706.055		
Residuo		14329.301	1087	13.182	356.994	.0001
Total		19035.355	1088			
		Coef. no estandarizados		Coef. estandarizados		
		β	DE	β	t	p
(Constante)		4.495	.218		20.589	.0001
Depresión		.785	.042	.497	18.894	.0001

En la Tabla 20 se indican los resultados para la hipótesis específica 03, de esta forma, se identificó un P valor=.0001 que permitió aceptar la H<sub>1</sub> y afirmar que existe incidencia directa de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023; además, se identificó un coeficiente β=.497 que señala una influencia directa, se halló también un r<sup>2</sup>=.247 y un tamaño de efecto mediano (f<sup>2</sup>=.328); entonces, se interpreta que la depresión influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida, esta relación se expresa en el 24.7% de la muestra investigada, la misma que puede ser medianamente generalizable a la población.

#### IV. DISCUSIÓN

**Con relación al objetivo general;** se determinó que existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 (CFI=.948; TLI=.943; RMSEA=.035[.033-.038]; SRMR=.041; AIC=67918.724; BIC=68067.701); esto significa que la inflexibilidad psicológica incrementa considerablemente la experiencia de ansiedad ( $\beta=.644$ ;  $r^2=.414$ ;  $f^2=.706$ ) y depresión ( $\beta=.646$ ;  $r^2=.417$ ;  $f^2=.715$ ), variables relacionadas bidireccionalmente ( $r=.502$ ), donde la ansiedad influye levemente sobre la ideación suicida ( $\beta_A=.173$ ), mientras que, a su vez, la depresión influye de forma considerablemente sobre la ideación suicida ( $\beta_D=.504$ ). El modelo explica el 40.8% ( $r^2=.408$ ) de la muestra investigada, demostrando una capacidad de generalización considerable ( $f^2=.689$ ). Estos hallazgos se encuentran respaldados por diversos antecedentes de investigación presentados, que exploran diferentes aspectos de la relación entre variables psicológicas y el riesgo suicida en distintas poblaciones y contextos., tales como, Jarrin y Ponce (2023) quienes examinaron la relación entre la inflexibilidad psicológica y el riesgo suicida en estudiantes universitarios de Ecuador, encontrando una asociación moderadamente directa entre ambas variables, este estudio también destaca la importancia de considerar la flexibilidad psicológica como un factor de riesgo relevante en la ideación suicida. Además, Luciano et al. (2023) y Krafft et al. (2019) también respaldan la relación entre la depresión y el riesgo suicida, destacando la influencia de los temperamentos afectivos y la falta de flexibilidad psicológica en la aparición de pensamientos suicidas, estos hallazgos sugieren que abordar los síntomas depresivos y promover la flexibilidad psicológica podrían ser estrategias efectivas para prevenir la ideación suicida en diferentes poblaciones, como lo demuestran los estudios realizados en consultantes con trastornos del estado de ánimo y en estudiantes universitarios. Asimismo, la investigación de Muneeb y Hassan (2022) durante el brote de Covid-19 resalta la importancia de la tensión psicológica, la rumia y la depresión en la aparición de ideación suicida, lo que sugiere que eventos estresantes pueden exacerbar los riesgos psicológicos asociados con el suicidio, como la falta de flexibilidad cognitiva y los síntomas depresivos.

Por otro lado, estudios como el de Abril y Gavilanes (2023) y Gracia y Mayorga (2023) refuerzan la idea de que la depresión es un factor relevante en el riesgo suicida en diferentes poblaciones, incluyendo estudiantes universitarios y adolescentes, estos hallazgos subrayan la importancia de identificar y abordar los síntomas depresivos como parte de las intervenciones preventivas del suicidio. Asimismo, la relación hallada entre ansiedad y depresión, se respaldó

por los hallazgos de Ruozhuo et al. (2023) quienes además examinaron la relación entre la depresión, la ansiedad, el dolor de cabeza y los trastornos del sueño en el personal médico chino, encontrando una asociación significativa entre la depresión y la ansiedad, así como con otros síntomas físicos y psicológicos, aunque este estudio no se centra específicamente en la ideación suicida, sus resultados respaldan la importancia de abordar la depresión y la ansiedad como factores de riesgo para la salud mental. Por su lado, Guo et al. (2022) investigaron la influencia de la autoestima y la flexibilidad psicológica en la salud mental de estudiantes universitarios de medicina, sus hallazgos destacaron la relación entre la autoestima, la flexibilidad psicológica y los síntomas depresivos, sugiriendo que mejorar la flexibilidad cognitiva y la autoestima podría beneficiar la salud mental de los estudiantes, si bien este estudio no aborda directamente la ideación suicida, proporciona evidencia sobre la importancia de promover la adaptabilidad psicológica como parte de las intervenciones preventivas del suicidio, complementando los hallazgos de la investigación en Huancayo. En tal sentido, los antecedentes nacionales presentados por Arotinco (2023), Pipa y Sánchez (2022) y Carazas (2021) en el contexto peruano también proporcionan evidencia adicional de la asociación entre la ansiedad, la depresión y la ideación suicida en adultos y estudiantes, respaldando los resultados encontrados en la investigación de Huancayo.

En resumen, el estudio señala que la inflexibilidad psicológica incrementa los síntomas de ansiedad y depresión, que a su vez incrementan el riesgo de experimentar ideación suicida, este hallazgo respaldado por diversos antecedentes antes mencionados, se fundamentan en la teoría de los marcos relacionales que fundamenta la perspectiva contextual del suicidio de Hayes et al. (2006) donde se señala que el foco del lenguaje y la cognición en los seres humanos reside en la habilidad adquirida y contextualmente controlada para establecer relaciones arbitrarias entre eventos de manera mutua y combinada, que permite modificar las funciones de eventos específicos en función de las conexiones que tienen con otros elementos, ante esto Barnes-Holmes et al. (2005) añaden que la conducta relacional derivada es una forma generalizada de operante que se adquiere mediante un historial de aprendizaje con variados ejemplos en distintos contextos circunstanciales, esta operante se halla influenciado por sus consecuencias y antecedentes, entonces, la consonancia entre estímulos es solo una de las diversas categorías de respuestas relacionales que surgen como resultado de la actividad de encuadrar eventos en términos de relaciones, constituyendo una base esencial del comportamiento verbal en el ser humano. Entonces, en base dicha teoría, se constituye la premisa teórica sobre el sufrimiento humano de Hayes et. al (2006) quienes, desde la perspectiva de ACT, sostienen que los problemas psicológicos surgen y/o se agravan debido a

la interacción entre el lenguaje y la cognición mediante contingencias directas, lo que lleva a la dificultad para conservar o cambiar conductas en pro de las metas y propósitos valorados a largo plazo, en esa dirección, la inflexibilidad psicológica proviene de un débil y nada útil control del contexto y los procesos lingüísticos, donde se constituye la fusión cognitiva que incrementa la tendencia evitar las experiencias aversivas, esta dinámica incrementa el sufrimiento (Depresión, ansiedad, etc.), alejándolo cada vez más de lo que considera valioso y empujando al individuo a considerar el suicidio como una de comportamiento evitativo, o como una solución inefectiva y permanente para problemas temporales, tal como añade Chiles et al. (2019).

**Con relación al objetivo específico 01;** se identificó que existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 ( $\beta=.479$ ;  $r^2=.228$ ;  $f^2=.295$ ); entonces, se interpreta que la inflexibilidad psicológica influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida, en el 22.8% de la muestra investigada, relación que puede ser medianamente generalizable. Entonces, estos resultados confirman resultados obtenidos en diversos antecedentes que sugieren que la inflexibilidad psicológica es un factor de riesgo importante a tener en cuenta en la evaluación y prevención de la ideación suicida en esta población específica (Guo et al., 2022; Krafft et al., 2019). Asimismo, este resultado también se encuentra en línea con investigaciones previas, como el estudio de Jarrin y Ponce (2023), que también encontró una asociación moderadamente directa entre la inflexibilidad psicológica y el riesgo suicida en jóvenes universitarios. Además, Luciano et al. (2023) destacaron el impacto de los temperamentos afectivos, como la depresión y la irritabilidad, en la ideación suicida, respaldando la importancia de abordar factores psicológicos en la evaluación del riesgo suicida. Además, los estudios de Ruozhuo et al. (2023) y Muneeb y Hassan (2022) resaltan la necesidad de abordar tanto la inflexibilidad psicológica como los síntomas depresivos y de ansiedad en la evaluación y prevención del riesgo suicida en diversas poblaciones, tal como se desarrolló en el objetivo general y como se desarrollan en los objetivos específicos 02 y 03.

En síntesis, se afirma que la inflexibilidad psicológica incide en la ideación suicida, este hallazgo antes respaldado por otras investigaciones, se fundamenta en los aportes teóricos de Chiles et al. (2019) quienes señalan que la inflexibilidad psicológica constituye un patrón de comportamientos internos y externos donde el individuo se fusiona y aprende a evitar los malestares y las situaciones que le puedan generar malestares, dicha dinámica hace que con el tiempo el individuo no adquiera habilidades para solucionar problemas o circunstancias adversas, lo cual lo aleja de sus metas, objetivos y valores, esto incrementa con los años el

sufrimiento psicológico, sumiéndolo en una especie de círculo vicioso que lo conduce a considerar al suicidio como una forma extrema de evitar el sufrimiento, que constituye ni más ni menos una forma inefectiva de solucionar los problemas.

**Con relación al objetivo específico 02;** se identificó que existe incidencia directa de la ansiedad en la ideación de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 ( $\beta=.454$ ;  $r^2=.205$ ;  $f^2=.258$ ); entonces, se interpreta que la ansiedad influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida, esta relación se expresa en el 20.5% de la muestra investigada, la misma que puede ser medianamente generalizable. En contraste, diversos antecedentes de investigación ofrecen una visión más amplia sobre la relación entre variables psicológicas y el riesgo suicida en diferentes poblaciones y contextos. Por ejemplo, se menciona un estudio realizado en China por Ruozhuo et al., (2023) quienes hallaron que la depresión se relaciona con la ansiedad, trastornos del sueño y cefaleas en el personal médico, incidiendo en el riesgo suicida, determinando que la predominancia de depresión en los profesionales médicos fue mayor que en la población en general, en particular en mujeres, solteras, enfermeras y trabajadores con turnos rotativos, señalando así que la ansiedad, trastornos del sueño, cefaleas y jaquecas, constituyen una vulnerabilidad para vivenciar depresión. Asimismo, investigaciones en Pakistán desarrollado por Muneeb y Hassan (2022) revelaron cómo la tensión psicológica (También denominada como estrés o ansiedad), la rumia y la depresión están vinculadas con la ideación suicida en jóvenes adultos durante la pandemia de COVID-19, entonces, la tensión psicológica (También denominada como estrés o ansiedad) influye positivamente en la ideación suicida, a través de la respuesta rumiativa y depresión, las mismas, en consecuencia se concluye que los aspectos que favorecen la estabilidad y la tranquilidad psicológica se asocian con la mengua de ideas suicidas en jóvenes universitarios, poniendo como factores asociados a la tensión psicológica, rumia y depresión. Entonces, los antecedentes de investigación proporcionan un panorama más amplio al mostrar cómo factores como la depresión, la tensión psicológica y la rumia también pueden contribuir al riesgo suicida en diferentes grupos de población; subrayando la importancia de abordar no solo la depresión, sino también otros factores psicológicos relevantes en la prevención del suicidio como la ansiedad que se explora en el objetivo específico 03.

En síntesis, se afirma que la ansiedad influye en la ideación suicida, esta afirmación respaldada por diversas investigaciones antes señaladas se fundamenta en los aportes teóricos de Eifert y Forsyth (2005) quienes sostienen que el control de las emociones humanas está estrechamente relacionado con nuestras percepciones del mundo; donde se busca incrementar lo que le gusta y evitar lo que le disgusta. Sin embargo, esta estrategia se basa en la ilusión de

control constante sobre nuestras experiencias, ya que muchas veces estas escapan de su dominio, entonces, intentar controlar directamente las emociones, como la ansiedad, puede resultar difícil, ya que estas surgen como respuesta a nuestras interacciones con el mundo y no pueden ser encendidas o apagadas a voluntad. Además, intentar suprimir o controlar activamente las emociones no deseadas puede llevar a un aumento de las mismas, generando un ciclo autoperpetuante. Entonces, en lugar de tratar de controlar directamente las emociones no deseadas, es más efectivo soltar esos intentos de control y aceptar las emociones presentes, lo que permite una mejor regulación emocional al dirigir el control hacia cómo respondemos a esas emociones. La resistencia a aceptar experiencias dolorosas puede convertir la incomodidad normal asociada con la ansiedad en sufrimiento patológico, característico de los trastornos de ansiedad donde se busca evitar las experiencias desagradables en lugar de aceptarlas. En resumen, intentar controlar activamente las emociones puede intensificarlas y generar más ansiedad a largo plazo, mientras que la aceptación de las emociones presentes permite una mejor regulación emocional y una mayor calidad de vida.

**Con relación al objetivo específico 03;** se identificó que existe incidencia directa de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 ( $\beta=.497$ ;  $r^2=.247$ ;  $f^2=.328$ ); entonces, se interpreta que la depresión influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida, esta relación se expresa en el 24.7% de la muestra investigada, la misma que puede ser medianamente generalizable. Estos resultados confirman los hallazgos de Abril y Gavilanes (2023) quienes señalan que su investigación muestra que la depresión influye significativamente en el aumento de la experiencia de ideación suicida, señalando también que tanto los síntomas depresivos y las ideas suicidas podrían estar influenciadas por otros múltiples factores psicológicos, sociales y biológicos. Asimismo, la investigación desarrollada por Carazas (2021) donde señaló que la depresión se relaciona y las ideas suicidas, esto sugiere que la aparición de síntomas depresivos aumenta el riesgo de idear el suicidio. Asimismo, se exploraron asociaciones entre la depresión y las dimensiones de ideación suicida como la actitud hacia la vida/muerte, los pensamientos suicidas y la desesperanza, demostrando la importancia de detectar los factores que pueden causar depresión e intervenirla de forma adecuada, ya que esta condición se asocia con el aumento del riesgo de ideación suicida, actitud hacia la vida, pensamientos de suicidio y la desesperanza. De igual forma, antecedentes como el estudio de Luciano et al. (2023) revela cómo los rasgos de temperamento depresivo e irritable están relacionados con un mayor riesgo de ideación y comportamientos suicidas en personas con trastornos del estado de ánimo, sugiriendo que la disposición afectiva (Depresión e irritabilidad) tienen un impacto significativo en el inicio de

la ideación y los comportamientos suicidas, por ello, las disposiciones afectivas deben evaluarse en entornos clínicos para identificar las vulnerabilidades, además, se debe tener en cuenta una evaluación más amplia que incluya diferentes dimensiones clínicas, para desarrollar intervenciones preventivas eficaces. Sin embargo, la investigación de Muneeb y Hassan (2022) destaca la importancia de considerar la tensión psicológica y la rumia como mediadores en la relación entre la ansiedad y la ideación suicida en jóvenes universitarios durante la pandemia de COVID-19. Estos hallazgos resaltan la complejidad de los factores psicológicos que pueden influir en el riesgo suicida y subrayan la necesidad de abordar múltiples dimensiones psicológicas en la prevención del suicidio, tal como se exploró en el objetivo general. En resumen, la discusión de los resultados presenta una panorámica amplia y detallada sobre la relación entre variables psicológicas y el riesgo suicida, incorporando hallazgos de diferentes estudios para enriquecer la comprensión de este fenómeno complejo y proporcionar información relevante para futuras investigaciones y programas de intervención.

En síntesis, se afirma que la depresión influye en la ideación suicida, esta afirmación respaldada por diversas investigaciones antes señaladas, se fundamenta en los aportes teóricos de Zettle (2007) quien sostiene que la depresión, desde la perspectiva ACT, se aborda como una forma de sufrimiento humano que no busca cambiar directamente las creencias o comportamientos disfuncionales, donde se busca alterar las funciones que sustentan los contextos en los que operan, es que las propiedades del enmarcado relacional, como la implicación mutua, la implicación combinatoria y la transformación de funciones de estímulo, juegan un papel crucial en la experiencia depresiva. Por ejemplo, las autoevaluaciones negativas establecen marcos relacionales que vinculan el "yo" con conceptos negativos, generando una conexión bidireccional entre la percepción de uno mismo y la falta de valor personal. En este sentido, el lenguaje y el enmarcado relacional pueden contribuir tanto a la inflexibilidad psicológica como a la flexibilidad. Entonces, se busca fortalecer la flexibilidad psicológica, promoviendo la aceptación de experiencias privadas y el compromiso con acciones alineadas con los valores personales; esto se logra desafiando la fusión de pensamientos negativos, la evitación experiencial y la rumiación, y fomentando la defusión, la aceptación y el contacto con el momento presente.

## V. CONCLUSIONES

1. Se concluye que la inflexibilidad psicológica incrementa considerablemente la experiencia de ansiedad y depresión, variables relacionadas bidireccionalmente que incrementan el riesgo de experimentar ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 (CFI=.948; TLI=.943; RMSEA=.035[.033-.038]; SRMR=.041; AIC=67918.724; BIC=68067.701). Dicho modelo explica el 40.8% ( $r^2=.408$ ) de la muestra investigada, demostrando una capacidad de generalización considerable ( $f^2=.689$ ).
2. Se concluye que la inflexibilidad psicológica influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 ( $\beta=.479$ ;  $r^2=.228$ ;  $f^2=.295$ ), esta relación es expresa en el 22.8% de la muestra investigada, siendo medianamente generalizable.
3. Se concluye que la ansiedad influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 ( $\beta=.454$ ;  $r^2=.205$ ;  $f^2=.258$ ), esta relación se expresa en el 20.5% de la muestra investigada, siendo medianamente generalizable.
4. Se concluye que la depresión influye en el incremento de la experiencia de ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023 ( $\beta=.497$ ;  $r^2=.247$ ;  $f^2=.328$ ), esta relación se expresa en el 24.7% de la muestra investigada, siendo medianamente generalizable.

## VI. RECOMENDACIONES

1. A los directivos de la universidad se les sugiere autorizar acciones para tamizar factores de riesgo suicida en universitarios, asimismo, la implementación de intervenciones dirigidas a mejorar la flexibilidad psicológica en los estudiantes universitarios, incluyendo técnicas de terapia contextual, prácticas de mindfulness.
2. A los profesionales de psicología se les recomienda implementar estrategias el manejo eficaz de ansiedad en los estudiantes universitarios como, programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas de relajación y técnicas de exposición para reducir la activación fisiológica asociada a la ansiedad.
3. A los coordinadores de la facultad se les recomienda, fortalecer los servicios de salud mental, para abordar la depresión en los estudiantes universitarios, incluyendo terapia individual, grupos de apoyo y derivaciones cuando sea necesario.
4. Finalmente, a los investigadores y la unidad de investigación de la universidad, se les sugiere desarrollar estudios considerando enfoques multidimensionales para explicar la ideación suicida, con el propósito de promover el abordaje de las causas subyacentes y los factores de riesgo asociados.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, F., Olea, J., V, P., & García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Abril, E., & Gavilanes, F. (2023). La depresión y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 1(930–939), 4. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.307>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2018). *Standards for Educational and Psychological Testing*. American Educational Research Association.
- American Psychological Association. (05 de marzo de 2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Archana, S. (2017). *Handbook of Suicidal Behaviour*. Springer Nature Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6\\_6](https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6_6)
- Arotinco, N. (2023). *Ansiedad y depresión en adultos del distrito de Villa el Salvador, Lima 2021*. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/33637>
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseño de investigación en psicología*. Ediciones Piramide.
- Banco Mundial. (12 de junio de 2023). *Tasa de mortalidad por suicidio (Por cada 100,000 habitantes)*. [https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?most\\_recent\\_value\\_desc=true](https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?most_recent_value_desc=true)
- Baños-Chaparro, J., Ynquillay-Lima, P., Lamas-Delgado, F., & Fuster-Guillen, F. (2021). Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida: evidencias psicométricas en adultos peruanos. *Revista información científica*, 100(4). <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v100n4/1028-9933-ric-100-04-e3507.pdf>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment Of anxiety and panic (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Barnes-Holmes, D., Rodríguez, M., & Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 255-275.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., & Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential

- avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Carazas, J. (2021). *Depresión e ideación suicida en alumnos de una institución educativa nacional de Lima Metropolitana*. Universidad Nacional Federico Villareal.  
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5571>
- Chang, E., & Chang, O. (2016). Development of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 549–556.  
<https://doi.org/10.1007/s10608-016-9758-0>
- Chiles, J., Strosahl, K., & Weiss, L. (2019). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients* (2da ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Clack, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155-159.  
<https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. C.Ps.P.  
[http://api.cpsp.io/public/documents/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)
- Díaz, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42 - 50.
- Eifert, G., & Forsyth, J. (2005). *Acceptance y Commitment Therapy for anxiety disorders*. New Harbinger Publications.
- Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., & Cuesta-Izquierdo, M. (2022). Psychological Inflexibility, Anxiety and Depression: The Moderating Role of Cognitive Fusion, Experiential Avoidance and Activation. *Psicothema*, 34(2), 240-248.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.344>
- Ferrero, A., De Andrea, N., & Lucero, F. (2019). La importancia del consentimiento informado y el asentimiento en psicología. *Universidad Nacional de San Luis*, 4(2), 31-40.
- Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Fester, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857- 870.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F., & Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.

- Gracia, M., & Mayorga, M. (2023). Relación entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de Tungurahua. *Axioma*, 1(28), 10-16. <https://doi.org/10.26621/ra.v1i28.866>
- Guo, J., Huang, X., Zheng, A., Chen, W., Lei, Z., Tang, C., Chen, H., Ma, H., & Li, X. (2022). La influencia de la autoestima y la flexibilidad psicológica en la salud mental de los estudiantes universitarios: un estudio transversal. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.836956>
- Hammami, N., & Reddy, T. (2022). Do associations between suicide ideation and its correlates (substance use, anxiety, and depression) differ according to victimization type among youth? A Smart platform study. *Preventive Medicine Reports*, 29, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101944>
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclee de Brouwer.
- Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J., & Cogollo-Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intentos de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-15.
- Instituto Nacional de la Salud. (18 de octubre de 2022). *Entre 40 y 30 % de jóvenes de 19 y 26 años en Perú presentaron síntomas de ansiedad y depresión tras la llegada de la COVID-19*. <https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/661646-entre-40-y-30-de-jovenes-de-19-y-26-anos-en-peru-presentaron-sintomas-de-ansiedad-y-depresion-tras-la-llegada-de-la-covid-19>
- Jarrin, C., & Ponce, R. (2023). Flexibilidad psicológica y riesgo suicida en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(1), 576–586. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.274>
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1981). *LISREL VI: Analysis of Linear Structural Relationships by Maximum Likelihood, Instrumental Variables, and Least Squares Methods*. Scientific Software.
- Keith, T. (2015). *Multiple Regression and Beyond: An Introduction to Multiple Regression and Structural Equation Modeling* (2 ed ed.). Taylor & Francis.
- Kline, R. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4ta ed.). The Guilford Press.

- Knight, L., & Samuel, V. (2020). Acceptance and commitment therapy interventions in secondary schools and their impact on students' mental health and well-being: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 90-105. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.06.006>
- Krafft, J., Hicks, E., Mack, S., & Levin, M. (2019). Psychological Inflexibility Predicts Suicidality Over Time in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1488-1496. <https://doi.org/10.1111/sltb.12533>
- Lozano-Vargas, A., & Vega-Dienstmaier, J. (2013). Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(2), 212-219.
- Lozano-Vargas, A., & Vega-Dienstmaier, J. (2018). Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 226-234. <https://doi.org/10.20453/rmp.v81i4.3437>
- Luciano, M., Sampogna, G. R., Simonetti, A., De-Fazio, P., & Di-Nicola, M. (2023). The Impact of Affective Temperaments on Suicidal Ideation and Behaviors: Results from an Observational Multicentric Study on Patients with Mood Disorders. *Brain Sciences*, 13(1). <https://doi.org/10.3390/brainsci13010117>
- McCracken, L., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
- Ministerio de Salud. (18 de enero de 2023). *Más de 650 mil atenciones por depresión fueron cubiertas por el SIS*. <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/689829-mas-de-650-mil-atenciones-por-depresion-fueron-cubiertas-por-el-sis>
- Miranda, L., Trassantes, A., Neiva-Silva, L., & Dumith, S. (2021). Prevalence of anxiety, depression and suicidal behaviors among Brazilian undergraduate students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.108>
- Muneeb, N., & Hassan, S. (2022). Psychological strain and suicidal ideation in young university students during Covid-19 outbreak: the mediating roles of rumination and depression. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03551-8>

- Navya, L., Bose, S., Das, B., & Umesh, S. (2023). Ruminations, cognitive inflexibility, and their relationship with suicidal ideation in depressive disorders: A neuropsychological approach. *Neuropsychology, 1*, 19-24. [https://doi.org/10.25259/ABP\\_8\\_2023](https://doi.org/10.25259/ABP_8_2023)
- Organización de las Naciones Unidas. (6 de octubre de 2022). *Prevenir el suicidio en África debe ser una prioridad*. <https://news.un.org/es/story/2022/10/1515967>
- Organización de las Naciones Unidas. (23 de febrero de 2023). *El suicidio aumenta en América mientras disminuye en el resto del mundo*. <https://news.un.org/es/story/2023/02/1518852>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2000-2019*. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental-disorders>
- PAHO. (2022). *Salud mental en la región de las américas: Prevención del suicidio*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56399/OPSNMHMH220023\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56399/OPSNMHMH220023_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pipa, M., & Sánchez, J. S. (2022). *Relación entre la flexibilidad psicológica y depresión en adultos*. Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/15829>
- Prozillo, P., & Olivera, M. (2019). Flexibilidad psicológica y bienestar subjetivo en el marco de los cinco factores de la personalidad y la espiritualidad: Una relación por definir. *Psocial, 5*(2).
- Ruozhuo, L., Guangshuang, L., Shaobo, X., Jiaji, H., Wei, X., Wei, G., Fanchao, M., Ying, Y., & Shengyuan, Y. (2023). Prevalence of depression and its correlation with anxiety, headache and sleep disorders among medical staff in the Hainan Province of China. *Frontiers in Public Health, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1122626>
- Sánchez-Carlessi, H., & Reyes, C. (2021). *Metodología y diseños en la investigación científica* (6ta ed.). Biblioteca Nacional del Perú.
- Sierra, A., Ortiz, E., & Avendaño-Prieto, B. (2023). Psychological inflexibility as main factor associated with emotional symptomatology and suicide risk: Two trans-diagnostic models for risk in young adults from Cundinamarca. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 11*(3), 1-32. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3924>

- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidaty, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Sierra, M., & Ortiz, E. (2022). Psychological inflexibility components as trans-diagnostic predictors of emotional symptomatology and suicide risk among young adults. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(3), 1-24. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3565>
- SINADEF. (12 de junio de 2023). *Tablero de control*. [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones\\_registradas.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones_registradas.asp)
- Tenreiro, C. (2015). A New Test for Multivariate Normality by Combining Extreme and Non-extreme BHEP Tests. *Communications in Statistics - Simulation and Computation*, 46(3), 1746-1759. <https://doi.org/0.1080/03610918.2015.1011334>
- Toro-Tobar, R., Grajales-Giraldo, F., & Sarmiento-López, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.
- Unidad Editorial Información Económica. (12 de junio de 2023). *Suicidios*. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio>
- Valencia, P., & Falcón, C. (2022). Validez y confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y acción II (AAQ-II) en universitarios de Lima. *Psiencia*, 14(1), 176-219.
- Vargas, L., & Ramírez, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(138), 101-110.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Vega-Dienstmaier, J. (2018). Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas. *Revista de neuro-psiquiatría*, 81(3), 154-164. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3383>
- Vega-Dienstmaier, J., Stucchi-Portocarrero, S., Valdez-Huarcaya, N., Cabra-Bravo, M., & Zapata-Vega, M. (2011). The Depressive Psychopathology Scale: presentation and initial validation in a sample of Peruvian psychiatric patients. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(4), 317-26.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta* (3ra ed.). Editorial Trillas.
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. New Harbinger Publications.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Instrumentos de recolección de información

#### CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN- II (AAQ-II) (INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA)

Autor: Bond et al. (2011)

**Instrucciones:** Debajo encontrará una serie de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación **es verdad para usted** marcando con un aspa (X) en la casilla del número indicado. Emplee la siguiente escala para realizar su elección:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

ÍTEMS	Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1. Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	1	2	3	4	5	6	7
3. Evito o escapo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mantengo el control de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis emociones me causan problemas en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito.	1	2	3	4	5	6	7
10. Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.	1	2	3	4	5	6	7

### ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

**Autor: Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018)**

**Instrucciones:** Por favor, responda las siguientes preguntas marcando con un aspa (X), en relación a cómo se ha sentido en **última semana**. Hay 2 alternativas para responder a la pregunta planteada:

1	0
SÍ	NO

Ítems	SÍ	No
01. He sentido que me falta el aire o me ahogo	1	0
02. He sentido dolor o presión en el pecho	1	0
03. Me siento inseguro, como si me fuera a caer	1	0
04. Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	1	0
05. Tengo escalofríos frecuentemente.	1	0
06. Tengo miedo de conocer gente nueva	1	0
07. Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	1	0
08. Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	1	0
09. Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer	1	0
10. Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	1	0
11. He sentido miedo sin motivo	1	0
12. Me he sentido aturdido o confundido	1	0
13. Tiendo a sentirme nervioso	1	0
14. Me he sentido angustiado, con los nervios de punta	1	0
15. Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible*	1	0
16. Me he sentido agitado o alterado	1	0
17. Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	1	0
18. Me da miedo alejarme de mi casa	1	0
19. Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	1	0
20. Me da miedo estar en lugares altos	1	0

## **ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA – EPD 6**

Por: Vega-Dienstmaier (2018)

**Instrucciones:** Por favor, responda las siguientes 4 preguntas con la mayor sinceridad, respecto a la manera cómo se ha sentido durante las **2 últimas semanas** (últimos 14 días).

<b>1. ¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?</b>		<b>4. ¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?</b>	
0	Casi nunca.	0	No, en ningún momento.
1	A veces.	1	Rara vez.
2	Frecuentemente.	2	Algunas veces.
3	Casi todo el tiempo.	3	Sí, generalmente.
<b>2. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?</b>		<b>5. ¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?</b>	
0	No, en ningún momento.	0	Casi nunca.
1	A veces.	1	Algunas veces.
2	Frecuentemente.	2	Frecuentemente.
3	Casi siempre.	3	Casi todo el tiempo.
<b>3. ¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?</b>		<b>6. ¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?</b>	
0	Sí, generalmente.	0	Nunca.
1	Algunas veces.	1	Algunas veces.
2	Rara vez.	2	Frecuentemente.
3	No, en ningún momento.	3	Casi todos los días.

## **INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA – IFIS**

**Autor: Baños-Chaparro et al. (2021)**

**Instrucciones:** por favor lee los siguientes enunciados respecto a ti mismo e indica tu grado de acuerdo o desacuerdo, utilizando la siguiente escala de respuesta:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi todos los días

<b>Ítems</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi todos los días</b>
1. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño?	1	2	3	4	5
2. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir?	1	2	3	4	5
3. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida?	1	2	3	4	5
4. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte?	1	2	3	4	5
5. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	1	2	3	4	5

## ANEXO 2: Ficha técnica

### Ficha técnica del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

---

Nombre original	: Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)
Autor:	: Bond et al. (2011)
Procedencia	: E.E.U.U.
Adaptación-Perú	: Valencia y Falcón (2022)
Objetivo	: Evaluar inflexibilidad psicológica que considera conceptos de aceptación y evitación experiencial
Población	: 16 años a más
Administración	: Individual – Colectiva / Presencial – Virtual
Ítems	: 10 ítems
Escala de Rpta.	: Escala ordinal – Likert (1=Completamente falso, 2=Muy raramente es cierto, 3=Algunas veces cierto, 4=A veces es cierto, 5=Frecuentemente cierto, 6=Casi siempre cierto, 7=Completamente cierto)
Dimensiones	: Unidimensional
Validez	: Valencia y Falcón (2022) mediante un análisis factorial confirmatorio lograron identificar una estructura unidimensional de 7 ítems (CFI=.980, TLI=.967, RMSEA=.072, IC 90 % [.056, .090], SRMR=.024), en una muestra de universitarios de Lima–Perú, de 16 a 30 años.
Confiabilidad	: Asimismo, Valencia y Falcón (2022) identificaron un coeficiente $\omega = .844$ que demostró confiabilidad adecuada para el instrumento.

---

### Ficha técnica de la Escala de Ansiedad de Lima - EAL20

---

Nombre original	: Escala de Ansiedad de Lima - EAL20
Autor:	: Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2013)
Procedencia	: Lima - Perú
Adaptación-Perú	: Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018)
Objetivo	: Evaluar e identificar síntomas de correspondientes psicológicos y físicos de ansiedad, además de síntomas de agorafobia y fobia social, en función del grado de intensidad.
Población	: 18 a 60 años
Administración	: Individual – Colectiva / Presencial – Virtual
Ítems	: 20 ítems
Escala de Rpta.	: Escala ordinal – dicotómica (1= Sí, 0 = No)
Dimensiones	: Dimensión 1 - Ansiedad física – 5 ítems (Del 01 al 05). Dimensión 2 - Fobia social – 5 ítems (Del 06 al 10). Dimensión 3 - Ansiedad psíquica – 7 ítems (Del 11 al 17). Dimensión 4 - Agorafobia – 3 ítems (Del 18 al 20).

Validez	: Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018) mediante de un análisis factorial exploratorio logró identificar que los 20 ítems cubrieron el 90.38% de la varianza total de la escala de 130 ítems, donde se probaron modelos de 1, 2, 3 y 4 factores. Además, se halló un equilibrio entre especificidad y sensibilidad para la tipificación de un CGI-S, donde el punto de corte=10 indica ansiedad moderada o mayor.
Confiabilidad	: Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018) lograron demostrar una confiabilidad aceptable, reportando un coeficiente alfa de Cronbach=.888.

### **Ficha técnica de la Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6**

Nombre original	: Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6
Autor:	: Vega-Dienstmaier et al. (2011)
Procedencia	: Lima- Perú
Adaptación-Perú	: Vega-Dienstmaier (2018)
Objetivo	: Evaluar e identificar síntomas depresivos, además de la detección de depresión mayor.
Población	: 18 a 60 años
Administración	: Individual – Colectiva / Presencial – Virtual
Ítems	: 6 ítems
Escala de Rpta.	: Escala ordinal – Likert (0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = Frecuentemente, 3 = Casi todo el tiempo)
Dimensiones	: Dimensión 1 - Síntomas corporales – 2 ítems (Del 01 a 02) Dimensión 2 - Síntomas afectivos y de sueño – 4 ítems (Del 03 a 06)
Validez	: Vega-Dienstmaier (2018) mediante la estimación del área bajo la curva ROC para incluir ítems en una versión breve de 6 ítems (abcROC=.8652) y otro de 4 ítems (abcROC=.9033). Asimismo, el análisis factorial exploratorio permitió identificar 2 factores para la versión de 6 ítems.
Confiabilidad	: Asimismo, Vega-Dienstmaier (2018) lograron demostrar una confiabilidad aceptable, reportando un coeficiente alfa de Cronbach=.7359.

### **Ficha técnica del Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS**

Nombre original	: Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS
Autor:	: Chang y Chang (2016)
Procedencias	: E.E.U.U.
Adaptación-Perú	: Baños-Chaparro et al. (2021)
Objetivo	: Evaluar la ideación suicida en un periodo de 12 meses
Población	: 18 años a más

Administración	: Individual – Colectiva / Presencial – Virtual
Ítems	: 5 ítems
Escala de Rpta.	: Escala ordinal – Likert (1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Algunas veces, 4=A menudo, 5=Casi todos los días)
Dimensiones	: Unidimensional
Validez	: Baños-Chaparro et al. (2021) a través del análisis factorial confirmatorio lograron identificar una estructura unidimensional de 5 ítems (CFI=.99, RMSEA=.03 (IC90%=.00-.08), SRMR=.03, WRMR=.37). además, se demostró su relación con la depresión como validez convergente (FI=.99, RMSEA=.04 (IC90%=.00-.068), SRMR=.04, WRMR=.52).
Confiabilidad	: Baños-Chaparro et al. (2021) lograron demostrar una confiabilidad aceptable, reportando un coeficiente $\omega=.80$ y $H=.91$ .

---

### ANEXO 3: Operacionalización de variables

Variable exógena: Inflexibilidad psicológica					
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems		Escala
La inflexibilidad psicológica se refiere al déficit en la capacidad de una persona para adaptarse y responder eficazmente a los desafíos, cambios y demandas de la vida. Implica la habilidad de manejar de manera saludable y adaptativa las emociones, pensamientos y comportamientos, incluso en situaciones estresantes o difíciles (Hayes et al., 2014).	Valencia y Falcón (2022) señalan que la medición de flexibilidad psicológica puede realizarse a través del Cuestionario de aceptación y acción II (AAQ-II), compuesto por 10 ítems.	Unidimensional	1. Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia. 2. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar. 3. Evito o escapo de mis sentimientos. 4. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones. 5. Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena. 6. Mantengo el control de mi vida. 7. Mis emociones me causan problemas en la vida. 8. Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo. 9. Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito. 10. Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.		<b>Escala ordinal – Likert</b>  1 = Completamente falso 2 = Muy raramente es cierto 3 = Algunas veces cierto 4 = A veces es cierto 5 = Frecuentemente cierto 6 = Casi siempre cierto 7 = Completamente cierto
Variable endógena 01: Ansiedad					
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
La ansiedad se considera una respuesta condicionada de evitación o escape, a través de la asociación de estímulos aversivos (experiencias negativas o amenazantes) con situaciones específicas (Wolpe, 1993).	Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier (2018) la ansiedad puede ser evaluada a través del Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20), compuesta por 4 dimensiones	Ansiedad física	Disnea Molestias en el pecho Sensación de inestabilidad Parestesias Escalofrío	01. He sentido que me falta el aire o me ahogo 02. He sentido dolor o presión en el pecho 03. Me siento inseguro, como si me fuera a caer 04. Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo 05. Tengo escalofríos frecuentemente.	<b>Escala ordinal – dicotómica</b> 1 = Sí 0 = No  ≥ 10 ansiedad moderada o de severidad mayor
		Fobia social	Conocer gente nueva Dar exámenes o tener una entrevista de trabajo Ser observado haciendo alguna actividad Temor a hablar con otras personas Hacer el ridículo y sentirse humillado o avergonzado	06. Tengo miedo de conocer gente nueva 07. Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo 08. Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir 09. Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer 10. Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	1 (normal, sin ansiedad) 2 (mínimamente ansioso) 3 (levemente ansioso) 4 (moderadamente ansioso) 5 (marcadamente ansioso) 6 (gravemente ansioso) 7 (extremadamente ansioso)

Ansiedad psíquica	Miedo sin motivo	11. He sentido miedo sin motivo
	Aturdido o confundido	12. Me he sentido aturdido o confundido
	Sentirse nervioso	13. Tiendo a sentirme nervioso
	Angustiado	14. Me he sentido angustiado, con los nervios de punta
	No sentirse cómodo, sosegado o apacible	15. Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible*
	Agitado, alterado	16. Me he sentido agitado o alterado
	Asustado	17. Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo
Agorafobia	Miedo a alejarse de casa	18. Me da miedo alejarme de mi casa
	Miedo a entrar o salir de un lugar lleno de gente	19. Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.
	Miedo a estar en lugares alto	20. Me da miedo estar en lugares altos

**Variable endógena 02: Depresión**

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
La depresión se considera principalmente como un patrón de comportamientos aprendidos, donde los factores ambientales, las experiencias pasadas y las contingencias de refuerzo contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la depresión, entonces, un déficit en las experiencias de refuerzo positivo lleva a una disminución en la frecuencia de conductas placenteras y a un aumento en las conductas de evitación o escape de situaciones aversivas (Ferster, 1973).	Vega-Dienstmaier (2018) sostiene que la depresión puede medirse a través de la Escala de Psicopatología depresiva EPD-6, que se compone por 2 dimensiones	Síntomas corporales	Fatiga	1. ¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?	<b>Escala ordinal – Likert</b> ≥ 8 Depresión clínica 0 = Casi nunca 1 = A veces 2 = Frecuentemente 3 = Casi todo el tiempo 0 = No, en ningún momento 1 = A veces 2 = Frecuentemente 3 = Casi siempre 0 = Sí, generalmente 1 = Algunas veces 2 = Rara vez 3 = No, en ningún momento 3 = No, en ningún momento 2 = Rara vez 1 = Algunas veces 0 = Sí, generalmente 0 = Casi nunca 1 = Algunas veces 2 = Frecuentemente 3 = Casi todo el tiempo
			Pesadez de extremidades	2. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?	
		Síntomas afectivos y de sueño	Reactividad del ánimo	3. ¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?*	
			Anhedonia	4. ¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?*	
			Tristeza	5. ¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?	

Alteración del sueño 6. ¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?

0 = Nunca  
1 = Algunas veces  
2 = Frecuentemente  
3 = Casi todos los días

**Variable endógena 03: Ideación suicida**

<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala</b>
La ideación suicida se refiere a la presencia de pensamientos persistentes y recurrentes acerca de la propia muerte o de hacerse daño a sí mismo/a. Implica la contemplación o la fantasía acerca de la posibilidad de suicidarse (Chang y Chang, 2016)	Baños-Chaparro et al. (2021) sostiene que la ideación suicida puede medirse a través del Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS	Unidimensional	1. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño? 2. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir? 3. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida? 4. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte? 5. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	<b>Escala ordinal – Likert</b> 1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = Algunas veces 4 = A menudo 5 = Casi todos los días

## ANEXO 4: Consentimiento informado

 **UCT**  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO

 **UCT**  
POSGRADO

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO BENEDICTO XVI**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada: **INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD DE HUANCAYO 2023**, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Salcedo-Ramón Henry y Yupanqui Porras Dina**.

Se me ha informado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aun 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 serían absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados/as 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, 26 de diciembre Del 2023



  
(PARTICIPANTE)  
Apellidos y nombres: Gridero Jorge  
Henry Oscar

**RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:**  
Apellidos y nombres: Salcedo-Ramón Henry A.  
DNI: 47414637  
N° celular: 987699227  
Email: h.salcedo@uct.edu.pe

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO BENEDICTO XVI**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada: **INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD DE HUANCAYO 2023**, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Salcedo-Ramón Henry y Yupanqui Porras Dina**.

Se me ha informado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aun 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 serían absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados/as 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, 25 de noviembre Del 2023



(PARTICIPANTE)  
Apellidos y nombres: Suiza Caceres  
Juan

**RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:**  
Apellidos y nombres: Salcedo-Ramón Henry A.  
DNI: 47414637  
N° celular: 987699227  
Email: [hussalcedo@uct.edu.pe](mailto:hussalcedo@uct.edu.pe)

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO BENEDICTO XVI**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada: **INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD DE HUANCAYO 2023**, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Salcedo-Ramón Henry y Yupanqui Porras Dina**.

Se me ha informado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aun 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 serían absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados/as 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, ... 26 ... de diciembre Del 2023



(PARTICIPANTE)  
Apellidos y nombres: Graciano Inga  
Henry Oscar

**RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:**  
Apellidos y nombres: Salcedo-Ramón Henry A.  
DNI: 47414637  
N° celular: 987699227  
Email: [h.salcedo@uct.edu.pe](mailto:h.salcedo@uct.edu.pe)

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO BENEDICTO XVI**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada: **INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD DE HUANCAYO 2023**, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Salcedo-Ramón Henry y Yupanqui Porras Dina**.

Se me ha informado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aun 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 serían absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados/as 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, .....17..... de ~~Noviembre~~ Del 2023



  
\_\_\_\_\_  
(PARTICIPANTE)  
Apellidos y nombres: .....  
*Leon Luciano Valerín*

**RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:**  
Apellidos y nombres: Salcedo-Ramón Henry A.  
DNI: 47414637  
N° celular: 987699227  
Email: h.salcedo@ucatr.edu.pe



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO BENEDICTO XVI  
ESCUELA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informado de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada: **INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD DE HUANCAYO 2023**, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Salcedo-Ramón Henry** y **Yupanqui Porras Dina**.

Se me ha informado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aun 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 serían absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucrados/as 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, 13 de Agosto Del 2023



  
\_\_\_\_\_  
(PARTICIPANTE)  
Apellidos y nombres: Anticana Helender  
Anticana

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:  
Apellidos y nombres: Salcedo-Ramón Henry A.  
DNI: 47414637  
N° celular: 987699227  
Email: [huancandina@pgrtad.com](mailto:huancandina@pgrtad.com)

## ANEXO 5: Matriz de consistencia

**Título:** Inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú 2023

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿De qué manera incide la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b> ¿De qué manera incide la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023? ¿De qué manera incide la ansiedad en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023? ¿De qué manera incide la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la incidencia de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> Identificar la incidencia de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. Identificar la incidencia de la ansiedad en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. Identificar la incidencia de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL:</b> <b>Hi:</b> Existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica, ansiedad y depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</b> <b>Hi1:</b> Existe incidencia directa de la inflexibilidad psicológica en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. <b>Hi2:</b> Existe incidencia directa de la ansiedad en la ideación de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023. <b>Hi3:</b> Existe incidencia directa de la depresión en la ideación suicida de estudiantes universitarios de Huancayo Perú, 2023.</p>	<p><b>Flexibilidad psicológica (FP) – Variable exógena 1.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidimensional</li> </ul> <p><b>Ansiedad (AN) – Variable endógena 1.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad física</li> <li>• Fobia social</li> <li>• Ansiedad psíquica</li> <li>• Agorafobia</li> </ul> <p><b>Depresión (DP) – Variable endógena 2.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas corporales.</li> <li>• Síntomas afectivos y de sueño.</li> </ul> <p><b>Ideación suicida (IS) – Variable endógena 3.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidimensional</li> </ul>	<p><b>METODO GENERAL</b> Científico</p> <p><b>METODO ESPECIFICO</b> Hipotético-Deductivo</p> <p><b>ENFOQUE</b> Cuantitativo</p> <p><b>TIPO</b> Básico</p> <p><b>DISEÑO</b> No experimental – Transversal – Explicativo con variables latentes</p> <p><b>POBLACION</b> Estudiantes de una universidad de Huancayo</p> <p><b>MUESTRA</b> 1089 estudiantes de una universidad de Huancayo</p> <p><b>MUESTREO</b> No probabilístico – Criterial</p> <p><b>PROCESAMIENTO DE DATOS</b> R Studio, SPSS, JAMOVI.</p>

## ANEXO 6: Validación de instrumentos

### Validación por juicio de expertos

#### JUEZ 01 – PSIC. PACHECO SOTA VILMA AURORA



ANEXO 3: |

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)						
Nº	DIMENSIONES (UNIDIMENSIONAL)	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	Ítems					
1	Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia. *	3	4	4	4	
2	Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	3	4	4	4	
3	Evito o escape de mis sentimientos.	3	4	4	4	
4	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	3	4	4	4	
5	Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	3	4	4	4	
6	Mantengo el control de mi vida. *	3	4	4	4	
7	Mis emociones me causan problemas en la vida.	3	4	4	4	
8	Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	3	4	4	4	
9	Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito.	3	4	4	4	
10	Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.*	3	4	4	4	

#### Observaciones (Precisar si hay suficiencia):

1. Los ítems son claros, relevantes y coherentes, PERO solo se refieren a los aspectos que favorecen la inflexibilidad psicológica pero no a ella en sí misma, por ello sugerimos incluir ítems referidos a la variable objetivo en sí misma como, por ejemplo: Me resulta complicado adaptarme y responder eficazmente a cambios que me planteen desafíos o demandas nuevas en mi vida O Me resulta complicado adaptarme y responder eficazmente a desafíos, cambios y demandas de la vida.
2. También sugerimos mantener los 10 ítems originales.

Opinión de la aplicabilidad: Aplicable (.....)      Aplicable después de corregir (X)      No aplicable (.....)

Apellidos y nombres del experto validador: Dra. Vilma Aurora PACHECO SOTA

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Vilma Aurora PACHEO SOTA**, con Documento Nacional de Identidad N° **07765520**, de profesión psicóloga y educadora, grado académico doctora, con código de colegiatura **2664**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitaria, en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Cuestionario de aceptación y acción II (AAQ-II)**, cuyo propósito es medir inflexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Huancayo

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

### Observaciones (Precisar si hay suficiencia):

1. Los ítems son claros, relevantes y coherentes, PERO solo se refieren a los aspectos que favorecen la inflexibilidad psicológica pero no a ella en sí misma, por ello sugerimos incluir ítems referidos a la variable objetivo en sí misma como, por ejemplo:

Me resulta complicado adaptarme y responder eficazmente a cambios que me planteen desafíos o demandas nuevas en mi vida

O

Me resulta complicado adaptarme y responder eficazmente a desafíos, cambios y demandas de la vida.

2. También sugerimos mantener los 10 ítems originales.

### Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (.....)

Aplicable después de corregir (X)

No aplicable (.....)

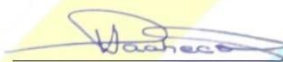
**Dra:** PACHECO SOTA Vilma Aurora

*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 07765520.

**Especialidad del validador:** Psicóloga Educativa/ docente de lengua y literatura

Cusco, a los 27 días del mes de julio de 2023



*Dra. Vilma A. Pacheco Sota*  
CPsP. 26664  
Psicóloga

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)						
N°	DIMENSIÓN 01 – ANSIEDAD FÍSICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	He sentido que me falta el aire o me ahogo	4	4	4	4	Ninguna
2	He sentido dolor o presión en el pecho	4	4	4	4	Ninguna
3	Me siento inseguro, como si me fuera a caer	4	4	4	4	Ninguna
4	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	4	4	4	4	Ninguna
5	Tengo escalofríos frecuentemente.	4	4	4	4	Ninguna
N°	DIMENSIÓN 02 – FOBIA SOCIAL	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
6	Tengo miedo de conocer gente nueva	4	4	4	4	Ninguna
7	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	4	4	4	3	Tengo miedo de dar exámenes (sobre todo orales) o tener una entrevista de trabajo
8	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	4	4	4	3	Me es difícil hablar con otras personas, <b>tengo temor</b> , me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir
9	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer	4	4	4	4	Ninguna
10	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	4	4	4	4	Ninguna
N°	DIMENSIÓN 03 – ANSIEDAD PSÍQUICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					

11	He sentido miedo sin motivo	4	4	4	4	Ninguna
12	Me he sentido aturdido o confundido	4	4	4	4	Ninguna
13	Tiendo a sentirme nervioso	4	4	4	4	Ninguna
14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta	4	4	4	4	Ninguna
15	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible*	4	4	4	4	Ninguna
16	Me he sentido agitado o alterado	4	4	4	4	Ninguna
17	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	4	4	4	4	Ninguna
N°	DIMENSIÓN 04 – AGORAFOBIA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
18	Me da miedo alejarme de mi casa	4	4	4	4	Ninguna
19	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	4	4	4	4	Ninguna
20	Me da miedo estar en lugares altos	4	4	4	4	Ninguna

Observaciones (Precisar si hay suficiencia): Los ítems son suficientes, aunque se sugiere mejorar la redacción con el fin de darles mayor claridad. ESTA ES SOLO UNA SUGERENCIA que el interesado puede o no asumir de acuerdo a su enmarque teórico.

Opinión de la aplicabilidad: Aplicable (X)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

Apellidos y nombres del experto validador Dra: Vilma Aurora PACHECO SOTA

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Vilma Aurora PACHEO SOTA**, con Documento Nacional de Identidad N° **07765520**, de profesión psicóloga y educadora, grado académico doctora, con código de colegiatura **2664**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitaria, en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.**

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20)**, cuyo propósito es medir ansiedad, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Huancayo

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes, aunque se sugiere mejorar la redacción con el fin de darles mayor claridad. **ESTA ES SOLO UNA SUGERENCIA** que el interesado puede o no asumir de acuerdo a su enmarque teórico.

**Opinión de aplicabilidad:**


Aplicable (X)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Dra:** PACHECO SOTA Vilma Aurora  
*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 07765520.

**Especialidad del validador:** Psicóloga Educativa/ docente de lengua y literatura

Cusco, a los 27 días del mes de julio de 2023



*Dra. Vilma A. Pacheco Sota*  
CPsP. 26664  
Psicóloga

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6**

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6						
N°	DIMENSIÓN 01 – SÍNTOMAS CORPORALES	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	Ninguna
2	¿Siente sus brazos o piernas pesados?	4	4	4	4	Ninguna
N°	DIMENSIÓN 02 – SÍNTOMAS AFECTIVOS Y DE SUEÑO	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
3	¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?*	4	4	4	4	Ninguna
4	¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?*	4	4	4	4	Ninguna
5	¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	Ninguna
6	¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	Ninguna

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** La hay.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador:** Dra. Vilma Aurora PACHEO SOTA

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Vilma Aurora PACHEO SOTA**, con Documento Nacional de Identidad N° **07765520**, de profesión psicóloga y educadora, grado académico doctora, con código de colegiatura **2664**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitaria, en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.**

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Escala de psicopatología depresiva EPD-6**, cuyo propósito es medir la sintomatología característica de la depresión, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Huancayo

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Hay suficiencia.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)


**Dra:** PACHECO SOTA Vilma Aurora

*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 07765520.

**Especialidad del validador:** Psicóloga Educativa/ docente de lengua y literatura

Cusco, a los 27 días del mes de julio de 2023



*Dra. Vilma A. Pacheco Sota*  
CPsP. 26664  
Psicóloga

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA						
Nº	DIMENSIÓN (UNIDIMENSIONAL) ITEMS	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
1	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño?	4	4	4	4	Ninguna
2	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir?	4	4	4	4	Ninguna
3	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida?	4	4	4	4	Ninguna
4	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte?	4	4	4	4	Ninguna
5	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	4	4	4	4	Ninguna

Observaciones (Precisar si hay suficiencia): La hay

Opinión de la aplicabilidad: Aplicable (X)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

Apellidos y nombres del experto validador: Dra. Vilma Aurora PACHEO SOTA



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Vilma Aurora PACHEO SOTA**, con Documento Nacional de Identidad N° **07765520**, de profesión psicóloga y educadora, grado académico doctora, con código de colegiatura **2664**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitaria, en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.**

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS**, cuyo propósito es medir la ideación suicida, en los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Huancayo

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Hay suficiencia.

**Opinión de aplicabilidad:**


Aplicable (X)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Dra:** PACHECO SOTA Vilma Aurora  
*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 07765520.

**Especialidad del validador:** Psicóloga Educativa/ docente de lengua y literatura

Cusco, a los 27 días del mes de julio de 2023



*Dra. Vilma A. Pacheco Sota*  
CPsP. 26664  
Psicóloga

## JUEZ 02 – RUBIANES SIHUAY JOHANNA JULIA



### ANEXO 3:

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)						
Nº	DIMENSIONES (UNIDIMENSIONAL)	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	Ítems					
1	Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia.*	4	4	4	4	
2	Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	4	4	4	3	Cambiar texto "... me dificultan vivir la vida que quisiera"
3	Evito o escapo de mis sentimientos.	4	4	4	4	
4	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	4	4	4	4	
5	Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	4	4	4	4	
6	Mantengo el control de mi vida.*	4	4	4	4	
7	Mis emociones me causan problemas en la vida.	4	4	4	4	
8	Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	4	4	4	4	
9	Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito.	4	4	4	4	
10	Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.*	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Hay suficiencia de los ítems para medir la variable.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (x)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Psic. Rubianes Sihuay Johanna Julia

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Rubianes Sihuay Johanna Julia**, con Documento Nacional de Identidad N° **43829521**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en Psicología, con código de colegiatura N° **14846**, labor que ejerzo actualmente como **Psicoterapeuta, en el Hospital Hermilio Valdizan**

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)**, cuyo propósito es medir la variable flexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Lima.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Hay suficiencia.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (x)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Rubianes Sihuay Johanna Julia  
*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 43829521

**Especialidad del validador:** Psicoterapeuta cognitivo conductual

Trujillo, a los 24 días del mes de Julio de 2023



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
D.A.H.O.C.  
Johanna Julia Rubianes Sihuay  
C.P. 14846  
Psicóloga

Firma y sello del experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)						
N°	DIMENSIÓN 01 – ANSIEDAD FÍSICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	He sentido que me falta el aire o me ahogo	4	4	4	4	
2	He sentido dolor o presión en el pecho	4	4	4	4	
3	Me siento inseguro, como si me fuera a caer	4	4	4	4	
4	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	4	4	4	4	
5	Tengo escalofríos frecuentemente.	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 02 – FOBIA SOCIAL	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
6	Tengo miedo de conocer gente nueva	4	4	4	4	
7	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	4	4	4	4	
8	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	4	4	4	4	
9	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer	4	4	4	4	
10	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 03 – ANSIEDAD PSÍQUICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
11	He sentido miedo sin motivo	4	4	4	4	
12	Me he sentido aturdido o confundido	4	4	4	4	
13	Tiendo a sentirme nervioso	4	4	4	4	

14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta	4	4	4	4	
15	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible*	4	4	4	4	
16	Me he sentido agitado o alterado	4	4	4	4	
17	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 04 – AGORAFOBIA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
18	Me da miedo alejarme de mi casa	4	4	4	4	
19	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	4	4	4	4	
20	Me da miedo estar en lugares altos	4	4	4	4	

Observaciones (Precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia en los ítems para medir la variable

Opinión de la aplicabilidad: Aplicable (x)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg): Psic. Johanna Julia Rubianes Sihuay

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Rubianes Sihuay Johanna Julia**, con Documento Nacional de Identidad N° **43829521**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en Psicología, con código de colegiatura N° **14846**, labor que ejerzo actualmente como **Psicoterapeuta, en el Hospital Hermilio Valdizan**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Escala de Ansiedad de Lima (EAL 20)**, cuyo propósito es medir la variable Ansiedad, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Lima.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Hay suficiencia.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (x)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Rubianes Sihuay Johanna Julia  
(Apellidos y nombres del experto validador)

**DNI:** 43829521

**Especialidad del validador:** Psicoterapeuta Cognitivo Conductual

Trujillo, a los 24 días del mes de Julio de 2023



HONGERÍA DE SALUD  
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
DAMOC  
Johanna Julia Rubianes Sihuay  
C.P. 14846  
Psicóloga

Firma y sello del experto

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6						
N°	DIMENSIÓN 01 – SÍNTOMAS CORPORALES	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	
2	¿Siente sus brazos o piernas pesados?	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 02 – SÍNTOMAS AFECTIVOS Y DE SUEÑO	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
3	¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?*	4	4	4	4	
4	¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?*	4	4	4	4	
5	¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	
6	¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Hay suficiencia

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (x)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Psic. Rubianes Silhuay Johanna Julia

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Rubianes Sihuay Johanna Julia**, con Documento Nacional de Identidad N° **43829521**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en Psicología, con código de colegiatura N°**14846**, labor que ejerzo actualmente como **Psicoterapeuta, en el Hospital Hermilio Valdizan**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Escala de Psicopatología Depresiva EPD - 6**, cuyo propósito es medir la variable Depresión, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Lima.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Si hay suficiencia.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (x)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Rubianes Sihuay Johanna Julia  
*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 43829521

**Especialidad del validador:** Psicoterapeuta cognitivo conductual

Trujillo, a los 24 días del mes de Julio de 2023



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
D.A.M.O.C.  
Johanna Julia Rubianes Sihuay  
C.P. 14846  
Psicóloga

Firma y sello del experto

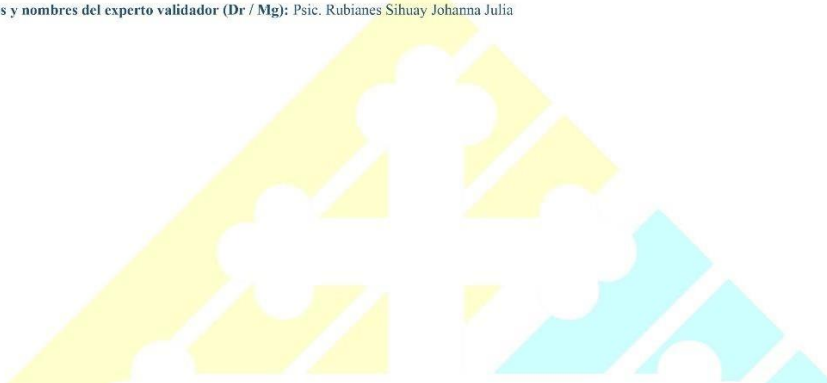
**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS**

ESCALA DEL INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS						
Nº	DIMENSIÓN (UNIDIMENSIONAL) ÍTEM	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
1	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño?	4	4	4	4	
2	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir?	4	4	4	4	
3	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida?	4	4	4	4	
4	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte?	4	4	4	4	
5	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Si hay suficiencia

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (x)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Psic. Rubianes Sihuay Johanna Julia



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Rubianes Sihuay Johanna Julia**, con Documento Nacional de Identidad N° **43829521**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en Psicología, con código de colegiatura N° **14846**, labor que ejerzo actualmente como **Psicoterapeuta, en el hospital Hermilio Valdizan**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **Inventario de Frecuencia de Ideación suicida - IFIS**, cuyo propósito es medir la variable Ideación suicida, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad de Lima.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Si hay suficiencia

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Rubianes Sihuay Johanna Julia

*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 43829521

**Especialidad del validador:** Psicoterapeuta cognitivo conductual

Trujillo, a los 24 días del mes de julio de 2023



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
D.A.H.O.C.  
Johanna Julia Rubianes Sihuay  
C.P. 14846  
Psicóloga

Firma y sello del experto

## JUEZ 03 – PSIC. OKUMURA CLARK ALVARO



### ANEXO 3:

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)						
Nº	DIMENSIONES (UNIDIMENSIONAL) Ítems	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
1	Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia.*	4	4	4	4	
2	Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	4	4	4	4	
3	Evito o escapo de mis sentimientos.	4	4	4	4	
4	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	4	4	4	4	
5	Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	4	4	4	4	
6	Mantengo el control de mi vida.*	4	4	4	4	
7	Mis emociones me causan problemas en la vida.	4	4	4	4	
8	Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	4	4	4	3	La mayoría de personas manejan sus vidas mejor que yo
9	Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito.	4	4	4	3	Obstaculizan mi superación/ el vivir una vida que tenga valor para mí
10	Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.*	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (.....)      Aplicable después de corregir (X)      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alvaro Okumura Clark

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alvaro Okumura Clark**, con Documento Nacional de Identidad N° **47338976**, de profesión psicólogo, grado académico de magister, con código de colegiatura N° **25913**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitario**, en **Universidad de Lima y Universidad Ricardo Palma**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)**, cuyo propósito es medir inflexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (.....)

Aplicable después de corregir (X)


No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Alvaro Okumura Clark  
(Apellidos y nombres del experto validador)

**DNI:** 47338976

**Especialidad del validador:** Psicólogo clínico/Psicoterapeuta

Trujillo, a los 27 días del mes de julio de 2023



Mg. Alvaro Okumura Clark  
C.P.S.P. 25913  
Psicólogo

Firma y sello del experto

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)						
N°	DIMENSIÓN 01 – ANSIEDAD FÍSICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEM					
1	He sentido que me falta el aire o me ahogo	4	4	4	3	He sentido falta de aire o sensación de ahogo
2	He sentido dolor o presión en el pecho	4	4	4	3	He presentado dolor o presión en el pecho
3	Me siento inseguro, como si me fuera a caer	4	4	4	4	
4	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	4	4	4	4	
5	Tengo escalofríos frecuentemente.	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 02 – FOBIA SOCIAL	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEM					
6	Tengo miedo de conocer gente nueva	4	4	4	3	Me da miedo conocer nuevas personas.
7	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	4	4	4	3	*O participar en una entrevista de trabajo
8	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	3	2	4	2	Me parece que tiene demasiada información este ítem. Lo replantearía de esta manera: Cuando hablo con personas, tengo miedo de iniciar la conversación, o de no saber qué decir.

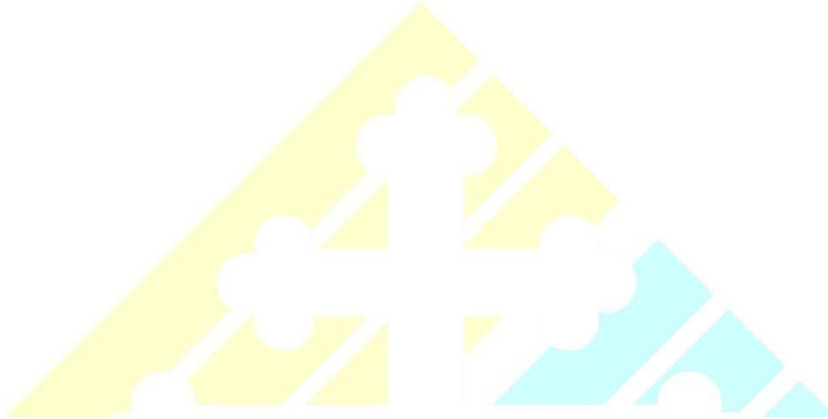
9	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer	4	4	4	3	*o llevo objetos que se me puedan caer.
10	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	4	4	4	3	Tengo miedo de hacer el ridículo y así sentirme humillado o avergonzado
N°	DIMENSIÓN 03 – ANSIEDAD PSÍQUICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEM					
11	He sentido miedo sin motivo	4	4	4	3	Empiezo a sentir miedo sin una razón aparente.
12	Me he sentido aturrido o confundido	4	4	4	3	Suelo sentirme aturrido o confundido
13	Tiendo a sentirme nervioso	4	4	4	4	
14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta	4	4	4	4	
15	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible*	4	4	4	3	Generalmente me siento cómodo, tranquilo y calmado
16	Me he sentido agitado o alterado	4	4	4	4	
17	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 04 – AGORAFOBIA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEM					
18	Me da miedo alejarme de mi casa	4	4	4	3	*estar lejos de mi casa
19	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	4	4	4	3	Me incomoda entrar o salir de lugares llenos de gente.

20	Me da miedo estar en lugares altos	4	4	4	4	
----	------------------------------------	---	---	---	---	--

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (.....)      Aplicable después de corregir (X)      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alvaro Okumura Clark



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alvaro Okumura Clark**, con Documento Nacional de Identidad N° **47338976**, de profesión psicólogo, grado académico de magister, con código de colegiatura N° **25913**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitario**, en **Universidad de Lima y Universidad Ricardo Palma**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)**, cuyo propósito es medir inflexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (.....)

Aplicable después de corregir (X)

No aplicable (.....)


**Dr. / Mg:** Alvaro Okumura Clark

*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 47338976

**Especialidad del validador:** Psicólogo clínico/Psicoterapeuta

Trujillo, a los 27 días del mes de julio de 2023



*Mg. Alvaro Okumura Clark*  
C.P.S.P. 25913  
Psicólogo

Firma y sello del experto

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6						
Nº	DIMENSIÓN 01 – SÍNTOMAS CORPORALES	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	3	¿Se ha sentido cansado(a) y sin energías durante las últimas...
2	¿Siente sus brazos o piernas pesados?	4	4	4	3	¿En general, ha sentido su cuerpo más pesado de lo usual?
Nº	DIMENSIÓN 02 – SÍNTOMAS AFECTIVOS Y DE SUEÑO	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
3	¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?*	4	4	4	4	
4	¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?*	4	4	4	4	
5	¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	
6	¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (....)      Aplicable después de corregir (X)      No aplicable (....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alvaro Okumura Clark

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alvaro Okumura Clark**, con Documento Nacional de Identidad N° **47338976**, de profesión psicólogo, grado académico de magister, con código de colegiatura N° **25913**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitario**, en **Universidad de Lima y Universidad Ricardo Palma**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA (EPD-6)**, cuyo propósito es medir inflexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (.....)

Aplicable después de corregir (X)

No aplicable (.....)


**Dr. / Mg:** Alvaro Okumura Clark

*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 47338976

**Especialidad del validador:** Psicólogo clínico/Psicoterapeuta

Trujillo, a los 27 días del mes de julio de 2023



*Mg. Alvaro Okumura Clark*  
CPsP. 25913  
Psicólogo

Firma y sello del experto

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DEL INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS**

INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS						
Nº	DIMENSIÓN (UNIDIMENSIONAL) ÍTEM	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
1	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño?	4	4	4	4	
2	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir?	4	4	4	4	
3	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida?	4	4	4	4	
4	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte?	4	4	4	4	
5	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alvaro Okumura Clark



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alvaro Okumura Clark**, con Documento Nacional de Identidad N° **47338976**, de profesión psicólogo, grado académico de magister, con código de colegiatura N° **25913**, labor que ejerzo actualmente como **docente universitario**, en **Universidad de Lima y Universidad Ricardo Palma**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS**, cuyo propósito es medir inflexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems cumplen con el grado de suficiencia (representatividad) necesaria para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**


Aplicable (X)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Alvaro Okumura Clark  
(Apellidos y nombres del experto validador)

**DNI:** 47338976

**Especialidad del validador:** Psicólogo clínico/Psicoterapeuta

Trujillo, a los 27 días del mes de julio de 2023



Mg. Alvaro Okumura Clark  
C.P.S.P. 25913  
Psicólogo

Firma y sello del experto

## JUEZ 04 – REMAYCUNA VASQUEZ ALBERTO



### ANEXO 3:

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)						
Nº	DIMENSIONES (UNIDIMENSIONAL) Ítems	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
1	Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia. *	4	4	4	4	
2	Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	4	4	4	4	
3	Evito o escapo de mis sentimientos.	4	4	4	4	
4	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	4	4	4	4	
5	Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	4	4	4	4	
6	Mantengo el control de mi vida. *	4	4	4	4	
7	Mis emociones me causan problemas en la vida.	4	4	4	4	
8	Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	4	4	4	4	Personas en vez de gente
9	Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito.	4	4	4	4	
10	Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables. *	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)      Aplicable después de corregir ()      No aplicable (....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alberto Remaycuna Vasquez

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alberto Remaycuna Vasquez**, con Documento Nacional de Identidad N° **46477456** de profesión psicólogo, grado académico magister en intervención psicológica, con código de colegiatura 41359, labor que ejerzo actualmente como **docente de tesis**, en la **Universidad Privada Antenor Orrego Filial Piura y encargado de la oficina de investigación y divulgación científica del Colegio de Psicólogos del Perú - Cons. Dir. Reg. V Piura y Tumbes**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)**, cuyo propósito es medir inflexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems de la escala poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Alberto Remaycuna Vasquez

*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 46477456

**Especialidad del validador:** Intervención psicológica

Trujillo, a los 01 días del mes de agosto de 2023



*Mg. Alberto Remaycuna Vasquez*  
C.Ps.P. 41359  
Psicólogo

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)						
N°	DIMENSIÓN 01 – ANSIEDAD FÍSICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	He sentido que me falta el aire o me ahogo	4	4	4	4	
2	He sentido dolor o presión en el pecho	4	4	4	2	Podría modificarse, inseguro, como inestable
3	Me siento inseguro, como si me fuera a caer	4	4	4	4	
4	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	4	4	4	4	
5	Tengo escalofríos frecuentemente.	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 02 – FOBIA SOCIAL	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
6	Tengo miedo de conocer gente nueva	4	4	4	4	
7	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	4	4	4	4	
8	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	4	4	4	4	
9	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer	4	4	4	4	
10	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 03 – ANSIEDAD PSÍQUICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
11	He sentido miedo sin motivo	4	4	4	4	
12	Me he sentido aturdido o confundido	4	4	4	4	

13	Tiendo a sentirme nervioso	4	4	4	4	
14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta	4	4	4	4	
15	Generalmente me siento cómodo, sossegado y apacible*	4	4	4	4	
16	Me he sentido agitado o alterado	4	4	4	4	
17	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 04 – AGORAFOBIA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
18	Me da miedo alejarme de mi casa	4	4	4	4	
19	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	4	4	4	4	
20	Me da miedo estar en lugares altos	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems de la escala poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alberto Romaycuna Vasquez

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alberto Remaycuna Vasquez**, con Documento Nacional de Identidad N° **46477456** de profesión psicólogo, grado académico magister en intervención psicológica, con código de colegiatura 41359, labor que ejerzo actualmente como **docente de tesis**, en la **Universidad Privada Antenor Orrego Filial Piura y encargado de la oficina de investigación y divulgación científica del Colegio de Psicólogos del Perú - Cons. Dir. Reg. V Piura y Tumbes**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)**, cuyo propósito es medir sintomatología ansiosa, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems de la escala poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir (.....)

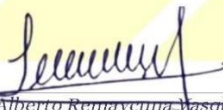
No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Alberto Remaycuna Vasquez  
(*Apellidos y nombres del experto validador*)

**DNI:** 46477456

**Especialidad del validador:** Intervención psicológica

Trujillo, a los 01 días del mes de agosto de 2023



*Mg. Alberto Remaycuna Vasquez*  
C.Ps.P. 41359  
Psicólogo

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6						
N°	DIMENSIÓN 01 – SÍNTOMAS CORPORALES	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	
2	¿Siente sus brazos o piernas pesados?	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 02 – SÍNTOMAS AFECTIVOS Y DE SUEÑO	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
3	¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?*	4	4	4	4	
4	¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?*	4	4	4	4	
5	¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	
6	¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems de la escala poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alberto Remaycuna Vasquez

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alberto Remaycuna Vasquez**, con Documento Nacional de Identidad N° **46477456** de profesión psicólogo, grado académico magister en intervención psicológica, con código de colegiatura 41359, labor que ejerzo actualmente como **docente de tesis**, en la **Universidad Privada Antenor Orrego Filial Piura y encargado de la oficina de investigación y divulgación científica del Colegio de Psicólogos del Perú - Cons. Dir. Reg. V Piura y Tumbes**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6**, cuyo propósito es medir sintomatología depresiva, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems de la escala poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Alberto Remaycuna Vasquez  
*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 46477456

**Especialidad del validador:** Intervención psicológica

Trujillo, a los 01 días del mes de agosto de 2023



*Mg. Alberto Remaycuna Vasquez*  
C.Ps.P. 41359  
Psicólogo

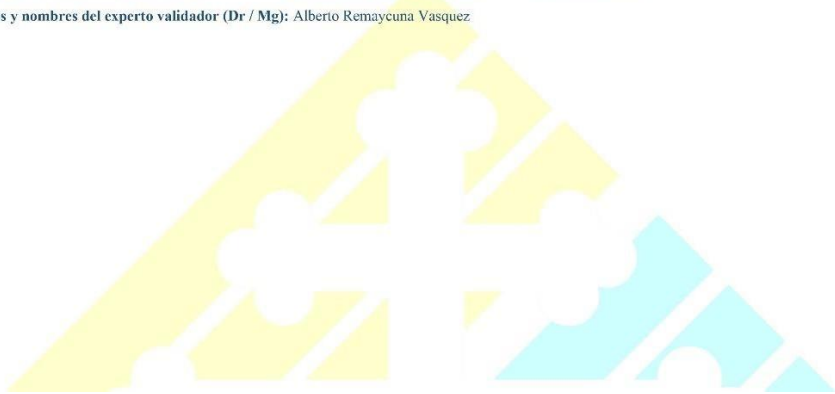
**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DEL INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS**

INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS						
Nº	DIMENSIÓN (UNIDIMENSIONAL) ÍTEM	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
1	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño?	4	4	4	4	
2	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir?	4	4	4	4	
3	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida?	4	4	4	4	
4	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte?	4	4	4	4	
5	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems de la escala poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Alberto Remaycuna Vasquez



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Alberto Remaycuna Vasquez**, con Documento Nacional de Identidad N° **46477456** de profesión psicólogo, grado académico magister en intervención psicológica, con código de colegiatura 41359, labor que ejerzo actualmente como **docente de tesis**, en la **Universidad Privada Antenor Orrego Filial Piura y encargado de la oficina de investigación y divulgación científica del Colegio de Psicólogos del Perú - Cons. Dir. Reg. V Piura y Tumbes**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS**, cuyo propósito es medir ideación suicida, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems de la escala poseen suficiencia para medir el constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Alberto Remaycuna Vasquez  
(Apellidos y nombres del experto validador)

**DNI:** 46477456

**Especialidad del validador:** Intervención psicológica

Trujillo, a los 01 días del mes de agosto de 2023



Mg. Alberto Remaycuna Vasquez  
C.Ps.P. 41359  
Psicólogo

## JUEZ 05 - ANGELES DONAYRE CLAUDETT MERCEDES



### ANEXO 3:

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)						
Nº	DIMENSIONES (UNIDIMENSIONAL)	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	Ítems					
1	Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestia.*	4	4	4	4	
2	Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	4	4	4	4	
3	Evito o escapo de mis sentimientos.	4	4	4	4	
4	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	4	4	4	4	
5	Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	4	4	4	4	
6	Mantengo el control de mi vida.*	4	4	4	4	
7	Mis emociones me causan problemas en la vida.	4	4	4	4	
8	Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	4	4	4	4	
9	Mis preocupaciones obstaculizan mi camino al éxito.	4	4	4	4	
10	Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.*	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Mg. Claudett Mercedes Angeles Donayre

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Claudett Mercedes Angeles Donayre**, con Documento Nacional de Identidad N° **43845105**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en docencia universitaria, con código de colegiatura N°14847, labor que ejerzo actualmente como **Docente de psicología**, en la **Universidad Continental**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (AAQ-II)**, cuyo propósito es medir inflexibilidad psicológica, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Mg. Claudett Mercedes Angeles Donayre  
(*Apellidos y nombres del experto validador*)

**DNI:** 43845105

**Especialidad del validador:** Docencia universitaria.

Trujillo, a los 4 días del mes de Agosto de 2023



Claudett Mercedes Angeles Donayre  
Psicóloga  
C.Ps.P. N° 14847

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)						
N°	DIMENSIÓN 01 – ANSIEDAD FÍSICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	He sentido que me falta el aire o me ahogo	4	4	4	4	
2	He sentido dolor o presión en el pecho	4	4	4	4	
3	Me siento inseguro, como si me fuera a caer	4	4	4	4	
4	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	4	4	4	4	
5	Tengo escalofríos frecuentemente.	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 02 – FOBIA SOCIAL	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
6	Tengo miedo de conocer gente nueva	4	4	4	4	
7	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	4	4	4	4	
8	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	4	4	4	4	
9	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer	4	4	4	4	
10	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 03 – ANSIEDAD PSÍQUICA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
11	He sentido miedo sin motivo	4	4	4	4	
12	Me he sentido aturdido o confundido	4	4	4	4	
13	Tiendo a sentirme nervioso	4	4	4	4	

14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta	4	4	4	4	
15	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible*	4	4	4	4	
16	Me he sentido agitado o alterado	4	4	4	4	
17	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	4	4	4	4	
N°	DIMENSIÓN 04 – AGORAFOBIA	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
18	Me da miedo alejarme de mi casa	4	4	4	4	
19	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	4	4	4	4	
20	Me da miedo estar en lugares altos	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Mg. Claudett Mercedes Angeles Donayre

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Claudett Mercedes Angeles Donayre**, con Documento Nacional de Identidad N° **43845105**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en docencia universitaria, con código de colegiatura N°14847, labor que ejerzo actualmente como **Docente de psicología**, en la **Universidad Continental**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)**, cuyo propósito es medir sintomatología ansiosa, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**


Aplicable (x)      Aplicable después de corregir (.....)      No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Claudett Mercedes Angeles Donayre  
*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 43845105

**Especialidad del validador:** Docencia universitaria

Trujillo, a los 4 días del mes de Agosto de 2023



Claudett Mercedes Angeles Donayre  
Psicóloga  
C.Ps.P. N° 14847

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6						
Nº	DIMENSIÓN 01 – SÍNTOMAS CORPORALES	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	
2	¿Siente sus brazos o piernas pesados?	4	4	4	4	
Nº	DIMENSIÓN 02 – SÍNTOMAS AFECTIVOS Y DE SUEÑO	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
3	¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?*	4	4	4	4	
4	¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?*	4	4	4	4	
5	¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	
6	¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Mg. Claudett Mercedes Angeles Donayre

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Claudett Mercedes Angeles Donayre**, con Documento Nacional de Identidad N° **43845105**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en docencia universitaria, con código de colegiatura N°14847, labor que ejerzo actualmente como **Docente de psicología**, en la **Universidad Continental**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA EPD-6**, cuyo propósito es medir sintomatología depresiva, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (x)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Mg. Claudett Mercedes Angeles Donayre  
*(Apellidos y nombres del experto validador)*

**DNI:** 43845105

**Especialidad del validador:** Docencia universitaria.

Trujillo, a los 4 días del mes de Agosto de 2023



Claudett Mercedes Angeles Donayre  
Psicóloga  
C.Ps.P. N° 14847

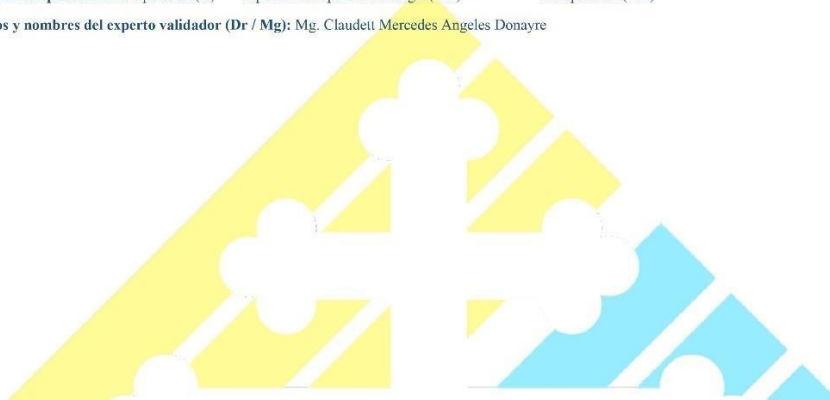
**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DEL INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS**

INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS						
Nº	DIMENSIÓN (UNIDIMENSIONAL)	SUFICIENCIA (Puntuar de 1 a 4)	COHERENCIA (Puntuar de 1 a 4)	RELEVANCIA (Puntuar de 1 a 4)	CLARIDAD (Puntuar de 1 a 4)	SUGERENCIAS
	ÍTEMS					
1	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño?	4	4	4	4	
2	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir?	4	4	4	4	
3	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida?	4	4	4	4	
4	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte?	4	4	4	4	
5	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	4	4	4	4	

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de la aplicabilidad:** Aplicable (X)    Aplicable después de corregir (.....)    No aplicable (.....)

**Apellidos y nombres del experto validador (Dr / Mg):** Mg. Claudett Mercedes Angeles Donayre



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **Claudett Mercedes Angeles Donayre**, con Documento Nacional de Identidad N° **43845105**, de profesión Psicóloga, grado académico Magister en docencia universitaria, con código de colegiatura N°14847, labor que ejerzo actualmente como **Docente de psicología**, en la **Universidad Continental**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el instrumento denominado **INVENTARIO DE FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA - IFIS**, cuyo propósito es medir ideación suicida, a los efectos de su aplicación a estudiantes de una universidad en Huancayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

**Observaciones (Precisar si hay suficiencia):** Los ítems son suficientes para la evaluación del constructo.

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir (.....)

No aplicable (.....)

**Dr. / Mg:** Mg. Claudett Mercedes Angeles Donayre  
(*Apellidos y nombres del experto validador*)

**DNI:** 43845105

**Especialidad del validador:** Psicóloga

Trujillo, a los 4 días del mes de Agosto de 2023



Claudett Mercedes Angeles Donayre  
Psicóloga  
C.Ps.P. N° 14847

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

		Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$	
scale		.901	.901	
		if item dropped		
	mean	sd	item-rest correlation	McDonald's $\omega$
I02	3.03	1.61	.687	.889
I03	3.35	1.76	.676	.891
I04	3.49	1.71	.723	.885
I05	2.94	1.65	.751	.882
I07	3.13	1.60	.710	.887
I08	3.23	1.74	.691	.889
I09	3.12	1.60	.719	.886

### Confiabilidad - Escala de Ansiedad de Lima - EAL20

		Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$	
scale		.888	.888	
		if item dropped		
	mean	sd	item-rest correlation	McDonald's $\omega$
A01	0.363	0.481	0.554	0.881
A02	0.495	0.500	0.551	0.881
A03	0.335	0.472	0.587	0.880
A04	0.420	0.494	0.456	0.884
A05	0.255	0.436	0.440	0.885
A06	0.277	0.448	0.459	0.884
A07	0.515	0.500	0.512	0.883
A08	0.322	0.468	0.463	0.884
A09	0.465	0.499	0.494	0.883
A10	0.520	0.500	0.540	0.882
A11	0.411	0.492	0.509	0.883
A12	0.497	0.500	0.557	0.881
A13	0.556	0.497	0.555	0.881
A14	0.427	0.495	0.583	0.880
A16	0.333	0.472	0.563	0.881
A17	0.312	0.464	0.591	0.880
A18	0.257	0.437	0.430	0.885
A19	0.361	0.480	0.497	0.883
A20	0.384	0.487	0.327	0.888

#### Dimensión - Ansiedad física:

		Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$	
scale		.757	.759	
		if item dropped		
	mean	sd	item-rest correlation	McDonald's $\omega$
A01	0.363	0.481	0.591	0.689
A02	0.495	0.500	0.597	0.686
A03	0.335	0.472	0.509	0.724
A04	0.420	0.494	0.508	0.726
A05	0.255	0.436	0.414	0.753

#### Dimensión - Ansiedad social:

		Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$	
scale		.738	.739	
		if item dropped		
	mean	sd	item-rest correlation	McDonald's $\omega$
A06	0.277	0.448	0.447	0.713
A07	0.515	0.500	0.486	0.701
A08	0.322	0.468	0.529	0.685
A09	0.465	0.499	0.532	0.683
A10	0.520	0.500	0.509	0.693

#### Dimensión - Ansiedad psíquica:

		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>		<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
scale				.794
				<b>if item dropped</b>
	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>item-rest correlation</b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
A11	0.411	0.492	0.513	0.772
A12	0.497	0.500	0.562	0.762
A13	0.556	0.497	0.521	0.770
A14	0.427	0.495	0.603	0.751
A16	0.333	0.472	0.514	0.771
A17	0.312	0.464	0.570	0.759

**Dimensión - Agorafobia:**

		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>		<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
scale				.545
				<b>if item dropped</b>
	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>item-rest correlation</b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
A18	0.257	0.437	0.403	0.377
A19	0.361	0.480	0.359	0.441
A20	0.384	0.487	0.312	0.518

**Confiabilidad - Escala de Psicopatología depresiva – EPD 6**

		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>		<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
scale				.762
				<b>if item dropped</b>
	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>item-rest correlation</b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
D01	1.360	0.873	0.591	0.693
D02	0.815	0.827	0.541	0.718
D05	1.187	0.861	0.587	0.698
D06	1.179	0.908	0.526	0.727

**Dimensión - Síntomas corporales:**

		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>		<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
scale				.659
				<b>if item dropped</b>
	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>item-rest correlation</b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
D01	1.360	0.873	0.492	0.00
D02	0.815	0.827	0.492	0.00

**Dimensión - Síntomas afectivos y sueño:**

		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>		<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
scale				.638
				<b>if item dropped</b>
	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>item-rest correlation</b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
D05	1.19	0.861	0.469	0.00
D06	1.18	0.908	0.469	0.00

**Confiabilidad - Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida - IFIS**

		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>		<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
scale				.929
				<b>if item dropped</b>
	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>item-rest correlation</b>	<b>McDonald's <math>\omega</math></b>
S01	1.56	0.919	0.785	0.919
S02	1.64	0.935	0.833	0.910
S03	1.75	0.999	0.797	0.917
S04	1.46	0.865	0.806	0.915
S05	1.65	1.015	0.849	0.907

## ANEXO 7: Reporte turnitin

# INFLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE HUANCAYO PERÚ 2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

2%

2

[cybertesis.unmsm.edu.pe](https://cybertesis.unmsm.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Universidad Tecnica De Ambato-  
Direccion de Investigacion y Desarrollo , DIDE

Trabajo del estudiante

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo