



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

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



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

La que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

“TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES AMBULATORIOS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE ICA, 2023”

presentado por:

GARCIA DEL PINO; ELVIA ALEXIA

Autor de la tesis del nivel **PREGRADO** de la Facultad de **PSICOLOGIA**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO,

Según Reglamento de Evaluación de la Originalidad de los documentos de investigación, aprobado mediante Resolución Rectoral Nº 1220-R-UNICA-2024.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones:

La Tesis analizada se encuentra dentro de los parámetros de similitud que establece el Reglamento de Evaluación de la Originalidad de los documentos de investigación, de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”.

Ica, 21 de julio del 2025

.....
Dra. YNES CECILIA AMALIA PHUN PAT
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Facultad de Psicología



**Trastorno de evitación experiencial y depresión en pacientes
ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica,
2023**

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

Autora:

GARCIA DEL PINO, ELVIA ALEXIA
Código Orcid: N° 0009-0002-0628-5775

Asesor:

CARHUAYO ASCENCIO, RAFAEL OCTAVIO
Código Orcid: N° 0000-0001-9808-9012

Ica, Perú

2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes a lo largo de los años han sido mi mayor apoyo y fuente inagotable de motivación. Gracias a su esfuerzo, amor y dedicación, he tenido la oportunidad de continuar mis estudios y perseguir mis sueños. Su confianza en mí y su guía constante han sido fundamentales en este camino, y estoy segura de que, sin su ayuda y sacrificio, este logro no habría sido posible. Este trabajo es un reflejo de todo lo que me han enseñado y una muestra de mi profundo agradecimiento hacia ellos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi más sincera gratitud a mi familia, quienes han sido mi principal fuente de motivación y fortaleza a lo largo de este camino. Gracias a su amor, paciencia y apoyo incondicional, he encontrado la energía para superar cada obstáculo. A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y por estar siempre presentes, incluso en los momentos más difíciles. A mis amigos, por su compañía y palabras de aliento, que fueron un refugio durante las horas de cansancio y dudas.

También deseo agradecer a mis profesores y tutores, quienes compartieron su conocimiento y me guiaron con dedicación durante esta etapa crucial de mi formación. En especial, a mi asesor de tesis, por su paciencia, orientación y valiosos comentarios, que me permitieron crecer profesional y personalmente. Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron a la realización de este proyecto, recordándome que el trabajo en equipo y la colaboración son fundamentales para alcanzar nuestras metas.

Índice de contenido

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	19
III. RESULTADOS	27
IV. DISCUSIÓN	44
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
VIII. ANEXOS	54

Índice de tablas

Tabla 1. Población de pacientes con depresión del C.S.M.C. “Color Esperanza”	20
Tabla 2. Distribución de la muestra de estudio	20
Tabla 3. Baremos de interpretación de la variable Trastorno de evitación experiencial	23
Tabla 4. Baremos de interpretación de la variable: Depresión Estado-Rasgo	24
Tabla 5. Baremos de interpretación de la dimensión 1: Eutimia estado	25
Tabla 6. Baremos de interpretación de dimensión 2: Eutimia rasgo	25
Tabla 7. Baremos de interpretación de la dimensión 3: Distimia estado	25
Tabla 8. Baremos de interpretación de la dimensión 4: Distimia rasgo	25
Tabla 9. Prueba de normalidad de las variables de estudio	38
Tabla 10. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia estado	39
Tabla 11. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado	40
Tabla 12. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo	41
Tabla 13. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo	42
Tabla 14. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión	43

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de la muestra según el sexo	27
Figura 2. Distribución de la muestra según la edad	27
Figura 3. Distribución de la muestra según el lugar de residencia	28
Figura 4. Distribución de la muestra según los ingresos percibidos mensualmente	29
Figura 5. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial	29
Figura 6. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial, según sexo	30
Figura 7. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial, según edad	31
Figura 8. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial, según lugar de residencia	32
Figura 9. Nivel porcentual de la variable Depresión	33
Figura 10. Nivel porcentual de la variable Depresión, según sexo	33
Figura 11. Nivel porcentual de la variable Depresión, según edad	34
Figura 12. Nivel porcentual de la variable Depresión, según el lugar de residencia	35
Figura 13. Nivel porcentual de la dimensión eutimia estado	36
Figura 14. Nivel porcentual de la dimensión eutimia rasgo	36
Figura 15. Nivel porcentual de la dimensión distimia estado	37
Figura 16. Nivel porcentual de la dimensión distimia rasgo	38

RESÚMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023. Se empleó un diseño descriptivo-correlacional de corte transversal, con una muestra de 110 pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión. Para la recolección de datos se utilizaron el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) y el Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER). Los resultados mostraron un coeficiente de correlación de 0.737; $p < 0.001$, lo que indica una relación positiva fuerte entre ambas variables. Esto sugiere que niveles más altos de evitación experiencial están asociados con un aumento en los niveles de depresión estado-rasgo. Este hallazgo refleja la importancia de considerar los factores relacionados con la regulación emocional y la evitación psicológica en el abordaje terapéutico de los pacientes con sintomatología depresiva. Se concluye que existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en los pacientes estudiados, lo que podría tener implicancias importantes para el diseño de intervenciones clínicas más efectivas.

Palabras clave: Depresión, factor de riesgo, salud mental, trastornos del estado de ánimo.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between experiential avoidance disorder and depression in outpatients at a Community Mental Health Center in Ica, 2023. A descriptive-correlational cross-sectional design was used, with a sample of 110 outpatients diagnosed with depression. Data collection was carried out using the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) and the State-Trait Depression Inventory (IDER). The results showed a correlation coefficient of 0.737; $p < 0.001$, indicating a strong positive relationship between the two variables. This suggests that higher levels of experiential avoidance are associated with increased levels of state-trait depression. This finding highlights the importance of considering factors related to emotional regulation and psychological avoidance in the therapeutic approach to patients with depressive symptoms. It is concluded that there is a significant relationship between experiential avoidance disorder and state-trait depression in the patients studied, which could have important implications for the design of more effective clinical interventions.

Keywords: Depression, risk factor, mental health, mood disorders.

I. INTRODUCCIÓN

La conducta humana está fundamentalmente impulsada por dos motivaciones centrales: la búsqueda de bienestar y la evitación del malestar[1]. Aunque estas motivaciones son complementarias, muchas personas tienden a inclinarse desproporcionadamente hacia una de ellas, sin advertir que ambas son interdependientes. En efecto, todo aquello que aporta significado y satisfacción a la vida como las relaciones interpersonales, el logro de metas o el crecimiento personal implica, de manera inherente, el riesgo de pérdida, fracaso o dolor. No obstante, el potencial de malestar no debería constituir un argumento suficiente para evitar dichas experiencias.

El sufrimiento constituye una dimensión intrínseca de la condición humana. A lo largo del ciclo vital, los individuos enfrentan situaciones adversas que escapan a su control, tales como accidentes, enfermedades, desastres naturales o pandemias[2]. Incluso aquellas circunstancias que promueven el bienestar y el desarrollo personal pueden estar acompañadas de cierto grado de discomfort emocional. Por ejemplo, la preparación de una presentación importante puede generar en la persona ansiedad anticipatoria, manifestada a través de pensamientos catastróficos, temor al juicio social o síntomas fisiológicos como tensión muscular o malestar gastrointestinal. Estas respuestas forman parte del sistema adaptativo del miedo y, como tales, son transitorias.

El problema emerge cuando el individuo interpreta dichas reacciones como intolerables o permanentes. En tales casos, puede optar por evitar la situación desencadenante con el fin de reducir el malestar emocional [1]. Si bien esta evitación produce un alivio momentáneo, a largo plazo limita el crecimiento personal, refuerza el sentimiento de ineficacia y puede contribuir al desarrollo de sintomatología depresiva. Resulta fundamental, por tanto, comprender que no es realista ni adaptativo aspirar a un estado de bienestar constante. Alcanzar una vida plena y coherente con los propios valores implica, inevitablemente, transitar por experiencias emocionalmente desafiantes.

En la actualidad, se observa una tendencia cultural a evitar sistemáticamente los estados emocionales displacenteros. Aunque en ciertas situaciones específicas la evitación puede ser funcional como en el caso de poner fin a una relación disfuncional—, su uso generalizado puede volverse contraproducente. Este patrón se conceptualiza como trastorno de evitación experiencial[1], caracterizado por una evitación persistente de eventos internos desagradables, tales como pensamientos, emociones o sensaciones físicas. Esta estrategia, aunque proporciona un alivio temporal, incrementa el sufrimiento a largo plazo y se asocia con un mayor riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y conductas adictivas[3].

La literatura especializada ha señalado que los intentos excesivos por controlar, suprimir o ignorar los estados emocionales displacenteros tienden a generar un "efecto rebote", en el cual dichos contenidos mentales reaparecen con mayor frecuencia o intensidad[4]. Asimismo, la evitación de

recuerdos traumáticos o de eventos inmodificables resulta ineficaz, ya que estos persisten en la memoria y continúan influyendo en la vida psíquica del sujeto.

Diversos estudios han evidenciado la implicancia del trastorno de evitación experiencial en la etiología y el mantenimiento de múltiples psicopatologías[5]. En la distimia, por ejemplo, el individuo puede adoptar una actitud rígida de control sobre su estado de ánimo, lo que aumenta su frustración ante la imposibilidad de sostener un bienestar constante. En el trastorno de pánico, el intento de suprimir las sensaciones físicas aversivas intensifica los ataques. De igual modo, en el trastorno obsesivo-compulsivo, la lucha por eliminar los pensamientos intrusivos perpetúa el ciclo de obsesión y compulsión. En todos estos casos, la evitación experiencial no solo es ineficaz, sino que agrava el cuadro clínico.

Desde una perspectiva sociocultural, es posible observar una tendencia contemporánea a idealizar estados emocionales positivos y estigmatizar las emociones básicas consideradas displacenteras, como la tristeza, el miedo o la ira. Esta narrativa, ampliamente difundida a través de redes sociales y discursos de autoayuda, promueve una imagen irreal de felicidad constante y éxito personal. Como resultado, muchas personas experimentan sentimientos de culpa o inadecuación cuando no logran cumplir con estos estándares artificiales de bienestar[6].

Según la Organización Mundial de la Salud[7], el 5% de la población adulta mundial padece depresión. Este trastorno, definido como un estado de ánimo bajo que interfiere significativamente en el funcionamiento normal de la persona, afecta múltiples áreas de su vida[8].

La depresión tiene un alto costo funcional, ya que no solo genera problemas sociales, sino también cognitivos, fisiológicos y laborales. Entre sus efectos más notorios están las dificultades de atención, concentración y memoria, que afectan el rendimiento laboral y disminuyen la productividad[9]. Además, los síntomas físicos incluyen pérdida de apetito, fatiga e insomnio, y están asociados a un mayor riesgo de enfermedades crónicas como hipertensión, gastritis y ataques cardíacos[10].

A nivel social, la depresión tiende a generar aislamiento en quienes la padecen, a través de dos mecanismos interrelacionados. El primero es la anhedonia, es decir, la progresiva pérdida de interés y placer en actividades previamente gratificantes[11]. Esta disminución del disfrute restringe el acceso a experiencias que podrían generar bienestar emocional, lo que reduce las oportunidades de interacción social significativa. A medida que esta condición se prolonga, se activa un segundo mecanismo: la ausencia de experiencias positivas y el malestar sostenido contribuyen a un deterioro del estado de ánimo, que puede manifestarse en irritabilidad, retraimiento y alteraciones del carácter. Con el tiempo, estas respuestas emocionales tienden a consolidarse como rasgos estables, dificultando aún más las relaciones interpersonales. Las nuevas interacciones sociales, lejos de ser fuente de alivio, pueden percibirse como incómodas o frustrantes, tanto para la persona deprimida como para su entorno, generando un rechazo pasivo

por parte de los demás, quienes pueden optar por alejarse en un intento de preservar su propio equilibrio emocional. Este proceso refuerza el aislamiento social y limita el acceso a redes de apoyo, que son elementos esenciales para la recuperación[12]. Así, se configura un círculo vicioso del que resulta difícil salir sin intervención adecuada.

En el Perú, el aumento en las tasas de depresión es alarmante. Según el Ministerio de Salud[13], desde el inicio de la pandemia hasta enero de 2024, se han registrado aproximadamente 650 mil atenciones por depresión en el Sistema Integral de Salud (SIS). Paralelamente, la tasa de suicidios también ha incrementado. Desde la perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso, el suicidio es la manifestación más grave del trastorno de evitación experiencial. No se trata simplemente del deseo de acabar con la vida, sino de un intento desesperado por escapar de un sufrimiento percibido como insoportable[14].

En Ica, la prevalencia de problemas de salud mental es significativa, siendo la depresión y la ansiedad los diagnósticos más frecuentes en el primer nivel de atención. Estas condiciones reflejan un panorama alarmante que resalta la necesidad de intervenciones específicas y basadas en evidencia para abordar su impacto en la calidad de vida de la población afectada[15].

El presente estudio tiene como propósito analizar la relación entre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la depresión, ya que esta conexión podría ser clave para entender cómo la evitación de emociones, sensaciones y pensamientos desagradables contribuye al mantenimiento y agravamiento de los síntomas depresivos[16]. Al profundizar en este vínculo, se busca fortalecer los avances actuales en el tratamiento de la depresión, integrando perspectivas innovadoras como las propuestas por la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). De este modo, la investigación pretende contribuir al desarrollo de programas de intervención basados en evidencia que no solo mitiguen los síntomas, sino que también fomenten la aceptación psicológica y el bienestar integral de los pacientes.

En el ámbito de la psicología, la relación entre la evitación experiencial y la depresión ha sido ampliamente estudiada a nivel internacional, especialmente en el contexto de trastornos de ansiedad y depresión. Investigaciones previas han demostrado que la evitación de experiencias emocionales puede contribuir significativamente al mantenimiento y la exacerbación de los síntomas depresivos, lo que resalta la importancia de comprender cómo estos fenómenos se interrelacionan[16]. Los estudios más recientes han explorado cómo la fusión cognitiva, la intolerancia a la incertidumbre y otros factores mediadores influyen en la evitación experiencial en individuos con trastornos emocionales, proporcionando una visión más profunda de los mecanismos subyacentes de la depresión. A continuación, se presentan algunos de los estudios internacionales más relevantes en este campo, los cuales sirven de marco para comprender las dinámicas de la evitación experiencial y la depresión en diferentes contextos culturales y clínicos. Rivarola y Giaroli[17], investigadoras de la Universidad de Buenos Aires, en su estudio titulado “Intolerancia a la incertidumbre y evitación experiencial en adultos con ansiedad y depresión”, se

propusieron estudiar la asociación entre la intolerancia a la incertidumbre y la evitación experiencial en personas con diagnóstico de ansiedad y depresión. El método empleado fue cuantitativo y correlacional. La muestra, conformada por 38 participantes de ambos sexos, con edades entre los 27 y 44 años, fue seleccionada de forma intencionada y probabilística. De los participantes, 27 habían sido diagnosticados con ansiedad y 11 con depresión. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS) y el Cuestionario de Aceptación y Acción II. Los resultados demostraron que las personas con diagnóstico de ansiedad y depresión presentaban altos niveles de incertidumbre y evitación experiencial ($r=.566$; $p < 0.00$).

Cookson et al. [18], investigadores del Centro de Psicología de Londres, en su estudio titulado “El papel de la fusión cognitiva y la evitación experiencial en la predicción de la ansiedad y la depresión”, se propusieron investigar si la evitación experiencial y la fusión cognitiva actuaban como factores mediadores en la ansiedad y la depresión. Se utilizó una metodología cuantitativa transversal-longitudinal. Para este estudio se seleccionaron dos muestras: 205 estudiantes universitarios sin diagnóstico clínico y 57 adultos con diagnóstico de ansiedad y depresión. Las medidas empleadas fueron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-42), el Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ) y el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ). Los resultados indicaron que, en la muestra clínica, la relación entre la fusión cognitiva y la evitación experiencial fue la más predictiva de la angustia y la gravedad del trastorno ($\beta = 0.625$, $p < 0.001$); mientras que, en el grupo no clínico, la fusión cognitiva fue más importante en la aparición de sentimientos angustiosos.

Mellick et al. [19], investigadores del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Carolina del Sur, en su estudio titulado “La evitación experiencial predice la persistencia del trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada en la adolescencia tardía”, se propusieron examinar si la evitación experiencial en adolescentes varía según la trayectoria de la sintomatología del trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada, y si predice dicha trayectoria. El enfoque empleado fue cuantitativo, de tipo longitudinal, con una duración de 2 años. La muestra estuvo conformada por 183 adolescentes entre 15 y 20 años. Se utilizaron el Cuestionario de Aceptación y Acción II y los criterios diagnósticos del DSM IV.TR. Los resultados mostraron que la evitación experiencial aumenta la posibilidad de padecer trastorno depresivo mayor y ansiedad generalizada ($\beta = 0.325$, $p < 0.001$), así como su persistencia.

Ironside et al. [20], investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Harvard, realizaron el estudio titulado “Conflicto de aproximación-evitación en el Trastorno Depresivo Mayor: Hallazgos neuronales congruentes en humanos y primates”, tuvieron el objetivo de explorar las bases fisiopatológicas del comportamiento desadaptativo de aproximación-evitación en este trastorno. A través de un diseño cualitativo y experimental, evaluaron a 42 participantes

(18 con trastorno depresivo mayor y 24 controles sanos) mediante resonancias magnéticas funcionales durante tareas de evitación-aproximación. Los resultados mostraron que los pacientes con trastorno depresivo mayor presentan anomalías en la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal y el cuerpo estriado, estructuras implicadas en la evaluación del costo-beneficio de sus decisiones. Estas alteraciones hacen que los pacientes tiendan a priorizar actividades que ofrecen un bienestar inmediato pero que son perjudiciales a largo plazo ($p < 0.05$ en la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal; $p < 0.05$ en el grupo de MDD). ya que las anomalías dificultan su capacidad para considerar las consecuencias futuras de sus acciones.

Menéndez[21], investigador de la Universidad de Oviedo, en su estudio titulado “Evitación Experiencial, Personalidad, Inteligencia Emocional, Depresión, Ansiedad y Humor”, se propuso evaluar la asociación entre personalidad, inteligencia emocional, uso del humor, ansiedad, depresión y evitación experiencial. Para ello, se empleó un enfoque cuantitativo correlacional. La muestra estuvo formada por 964 individuos españoles. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario Educativo-Clínico de Ansiedad y Depresión, la Escala Rasgo de Humor-Meta (TMMS), el Cuestionario de Estilo de Humor (HSQ), la Escala de Evaluación Global de la Personalidad (OPERAS) y la Escala de Atención. Los resultados indicaron que la evitación experiencial es más frecuente en mujeres que en hombres, disminuye con la edad y se correlaciona negativamente con la extroversión, la responsabilidad y la apertura a la experiencia, mientras que se correlaciona positivamente con el neuroticismo y la atención emocional ($r = 0.74$; $p < 0.01$).

Baykan[22], investigador de la Universidad de Balikesir, en su estudio titulado “Creencias irracionales, evitación experiencial y sistema de inhibición conductual en el trastorno depresivo”, se propuso investigar si el sistema de inhibición conductual y la evitación experiencial diferían en pacientes depresivos y personas sanas. El enfoque fue cuantitativo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 54 pacientes sanos y 55 pacientes depresivos. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Metacogniciones, la Escala de Inhibición y Activación Conductual y el Cuestionario de Aceptación y Acción II. Los resultados demostraron una fuerte relación positiva entre la evitación experiencial y la depresión ($r = 0.751$; $P < .001$), lo que sugiere que cuando la depresión se agrava, las creencias irracionales se vuelven más rígidas y la evitación experiencial se incrementa.

Cao et al. [23], investigadores de la Universidad Central del Sur, en su estudio titulado “La depresión media la relación entre la evitación experiencial y la adicción al internet: Un análisis de mediación cruzada”, se propusieron examinar si la depresión media la asociación entre la evitación experiencial y la adicción al internet. El enfoque utilizado fue cuantitativo mediante modelos de panel cruzado. La muestra estuvo conformada por 2731 participantes, con datos recogidos en tres momentos a lo largo de un año, con intervalos de 6 meses. Se utilizaron el Cuestionario de Aceptación y Acción II, el Cuestionario de Depresión de Beck II y el test de

adicción a internet de Young. Los resultados mostraron que la evitación experiencial predijo significativamente la depresión posterior ($r = 0.71$; $p < 0.001$).

Garcia et al. [24], investigadores de la Universidad de las Islas Baleares, en su investigación titulada “Habilidades de atención plena y evitación experiencial como mecanismos terapéuticos para la depresión resistente al tratamiento mediante terapia cognitiva basada en la atención plena y modificación del estilo de vida”, se propusieron determinar qué modalidades de tratamiento son más eficaces para aliviar los síntomas en pacientes resistentes a los tratamientos convencionales para la depresión. Para ello, evaluaron tres modalidades diferentes: Programa de modificación del estilo de vida, Terapia cognitiva basada en la atención plena e Intervención en el estilo de vida. Se utilizó un método experimental cualitativo, con una muestra de 66 personas con depresión resistente a la terapia. Las herramientas empleadas fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción II, la Escala de Autocompasión y el Cuestionario de Habilidades de Mindfulness. Los resultados demostraron que la disminución de la evitación experiencial mediaba el impacto positivo del Programa de modificación del estilo de vida sobre los síntomas depresivos ($ab = -3,22$; IC del 95 % = $-7,03$ a $-0,14$).

Yela et al. [25], investigadores de la Universidad Pontificia de Salamanca, en su investigación titulada “La reducción en la evitación experiencial explica los cambios en la ansiedad, depresión y el bienestar después de un entrenamiento en atención plena y autocompasión”, se propusieron investigar cómo los cambios en la ansiedad, la tristeza y el bienestar son causados por una disminución de la evitación experiencial tras el entrenamiento en mindfulness y autocompasión. El diseño fue cualitativo experimental. La muestra estuvo conformada por 50 individuos. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Aceptación y Acción II. Los resultados demostraron que la reducción de la evitación experiencial aumenta los niveles de bienestar, lo que a su vez reduce los síntomas depresivos y ansiosos ($r = 0.18$; $p < 0.01$).

Estos estudios internacionales subrayan la importancia de la evitación experiencial como un factor clave en la aparición y persistencia de la ansiedad y la depresión. La evitación parece ser un patrón común que no solo predice el inicio de estos trastornos, sino que también los perpetúa, lo que hace que su tratamiento, mediante enfoques como el mindfulness y la terapia cognitiva, sea fundamental para la recuperación de los pacientes.

Así mismo a nivel nacional, diversos estudios han comenzado a explorar la relación entre la evitación experiencial y la depresión en diferentes contextos de la población peruana. La investigación en este ámbito es relativamente reciente, pero ha crecido en importancia debido al impacto de factores como el contexto social y las circunstancias excepcionales, como la pandemia de COVID-19, que han incrementado los niveles de estrés, ansiedad y depresión en diversos grupos. Los estudios nacionales han mostrado cómo la evitación de experiencias emocionales está asociada con la aparición y persistencia de trastornos emocionales, como la ansiedad y la

depresión, en diferentes contextos, tales como la vida universitaria, el cuidado de personas con discapacidad y el ámbito educativo. A continuación, se presentan algunos de los estudios más relevantes realizados en el Perú que abordan la conexión entre la evitación experiencial y la depresión, con el fin de contextualizar estos fenómenos dentro de la realidad local.

Sánchez-Carlessi et al.[26], de la Universidad Ricardo Palma, realizaron un estudio titulado “Indicadores de Ansiedad, Depresión, Somatización y Evitación Experiencial en Estudiantes Universitarios del Perú en Cuarentena por COVID-19”. Su objetivo fue identificar las variables asociadas a la somatización, ansiedad, depresión y evitación de experiencias entre los estudiantes universitarios peruanos durante la cuarentena. Emplearon un diseño cuantitativo correlacional y la muestra estuvo conformada por 1264 universitarios de diversas regiones del país. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) y el Inventario de Conductas Psicosociales Desajustadas (PDBI). Los resultados indicaron que varones y mujeres mostraron diferencias en los niveles de evitación experiencial siendo las mujeres quienes tienden a puntuar más alto y que los estudiantes de mayor edad presentaron menores niveles de depresión, ansiedad y evitación, aunque no en cuanto a somatización.

Barzola[27], investigadora de la Universidad Peruana Los Andes, en su investigación titulada “Evitación experiencial y depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja-2021”, se propuso examinar la relación entre la depresión y la evitación experiencial en pacientes diagnosticados con COVID-19. El enfoque fue cuantitativo descriptivo-correlacional con una muestra de 100 pacientes hospitalizados, seleccionados de forma no probabilística. Se utilizaron el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) y el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II). Los hallazgos demostraron que la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo están significativamente correlacionadas ($r = 0.702$; $p < 0.05$).

Gonzales[28], de la Universidad Autónoma del Perú, en su estudio titulado “Evitación experiencial y la ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad en una asociación en Lima, 2021”, se propuso determinar qué relación existe entre trastornos como la depresión y ansiedad y la evitación experiencial. En este estudio cuantitativo correlacional, participaron 262 cuidadores. Se utilizaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, y el Cuestionario de Aceptación y Acción II. Los resultados mostraron una fuerte asociación entre la evitación experiencial y la depresión en los cuidadores ($r_s = .671$; $p < .001$).

Canelo[29], investigador de la Universidad Norbert Wiener, en su estudio titulado “Evitación experiencial y malestar psicológico en docentes de colegios de Lima Metropolitana, 2021”, se propuso examinar la relación que existe entre el malestar psicológico y la evitación experiencial en docentes. Utilizó un diseño cuantitativo descriptivo-correlacional con 155 docentes. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Evitación Experiencial y la Escala de Distrés Psicológico (K6). Los resultados mostraron una clara relación entre el aumento de la evitación experiencial y el malestar psicológico ($\rho = .60$; $p = .00$).

Nina[30], en su estudio titulado “Evitación experiencial en el proceso de duelo en sobrevivientes a pérdida por suicidio, de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas”, se propuso caracterizar el fenómeno de la evitación experiencial en personas que habían sufrido una pérdida por suicidio. El enfoque fue cualitativo fenomenológico y la muestra estuvo compuesta por 5 personas. La entrevista semiestructurada fue el instrumento utilizado. Los resultados indicaron que la evitación experiencial podría exacerbar el proceso de duelo, llevando a algunos a experimentar un duelo complicado.

Sevillano[31], investigador de la Universidad San Martín de Porres, en su estudio titulado “Desregulación emocional y evitación experiencial en estudiantes de prácticas preprofesionales de psicología de un centro de prácticas de Lima Metropolitana”, exploró la relación entre la evitación experiencial y la desregulación emocional en estudiantes. Se empleó un diseño cuantitativo correlacional con 108 estudiantes. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción II y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS). Los resultados evidenciaron una relación sólida entre ambas variables y una asociación positiva con las dificultades emocionales en los estudiantes ($r = .835$; $p = .00$).

En conjunto, estos estudios evidencian la prevalencia de la evitación experiencial como un factor significativo en diversos trastornos psicológicos en la población peruana. Desde el contexto de la pandemia hasta los procesos de duelo y el estrés ocupacional, la evitación de experiencias emocionales parece jugar un papel crucial en el mantenimiento y la exacerbación de la ansiedad, la depresión y otros trastornos relacionados. Los resultados también sugieren que la evitación experiencial tiene implicaciones importantes para el tratamiento y manejo de estas condiciones, destacando la necesidad de intervenciones centradas en la aceptación y en la regulación emocional en contextos clínicos y preventivos[4].

A nivel local, actualmente no se dispone de investigaciones recientes que aborden la relación entre la evitación experiencial y la depresión en la población adulta de Ica. La falta de estudios específicos en esta región limita la comprensión de cómo estas variables se manifiestan y se interrelacionan en este contexto particular. Sin embargo, dada la relevancia de estas variables en la salud mental, investigaciones realizadas en otras regiones del país, como Lima y Jauja[25,26], podrían ofrecer perspectivas valiosas que podrían aplicarse o adaptarse a la población de Ica. Esto resalta la necesidad de realizar estudios locales que puedan explorar estas dinámicas en el contexto cultural, social y económico de la región.

Esta investigación tiene una justificación teórica debido a la importancia de estudiar el trastorno de evitación experiencial y su relación con la depresión, ya que ambas variables ocasionan problemas que afectan a muchas personas en la sociedad actual. El propósito principal es generar nuevos conocimientos que puedan ser aplicados en diferentes contextos y utilizados como base para futuras investigaciones. Al comprender mejor cómo interactúan estos dos trastornos, se pueden desarrollar tratamientos más efectivos para las personas que los padecen. Además, la

investigación tiene un enfoque práctico, ya que la depresión ha aumentado considerablemente, especialmente después de la pandemia. Este estudio busca entender cómo el trastorno de evitación experiencial influye en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, lo que permitirá crear estrategias de tratamiento más ajustadas a las necesidades de las personas. Finalmente, la justificación metodológica se basa en la importancia de revisar estudios previos a nivel internacional, nacional y regional para poder comparar los resultados obtenidos y confirmar las hipótesis planteadas. De esta forma, la metodología utilizada nos permitirá obtener resultados sólidos y útiles para el avance del conocimiento en este campo.

El trastorno de evitación experiencial tiene un alto costo en la vida de las personas porque hace que éstas en el afán de evitar situaciones que perciben como amenazantes terminen desarrollando conductas de evitación que los alejan de sus metas y valores, esto se da sobre todo de manera muy frecuente en pacientes con depresión quienes tienden a evitar realizar conductas que puedan que percibir como riesgosas sacrificando la recompensa que tendrían al realizarla, reduciendo de esta forma la sensación de gratificación y las experiencias que le dan una sensación de sentido a su vida [2].

Por otro lado, la depresión es un problema complejo que, cuando no se aborda adecuadamente, puede autoperpetuarse y empeorar con el tiempo, lo que, en los casos más graves, lleva a pensamientos suicidas[14]. La importancia de esta investigación radica en que los resultados pueden ofrecer una perspectiva integral sobre cómo la evitación experiencial y la depresión interactúan, proporcionando valiosa información para desarrollar programas de tratamiento más efectivos. Estos enfoques no solo se centrarán en aliviar los síntomas de la depresión, sino que también trabajarán sobre sus raíces y los factores que contribuyen a su mantenimiento, evitando así que los pacientes sufran recaídas tras el tratamiento, que es un fenómeno común cuando se sigue un tratamiento predominantemente farmacológico.

Además, los hallazgos de este estudio servirán como base para futuras investigaciones, ya que las conclusiones y recomendaciones obtenidas actuarán como antecedentes para profundizar aún más en el entendimiento de la relación entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión, lo cual contribuirá al avance del conocimiento y la mejora de las estrategias de intervención en el ámbito psicológico.

El objetivo principal de esta investigación es determinar la relación entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023. Con este propósito, se plantean los siguientes objetivos específicos: primero, se busca determinar la relación entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado en los pacientes de este centro de salud. En segundo lugar, se pretende examinar la relación entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia estado en los mismos pacientes. Además, se busca establecer la relación entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo en esta población, con el fin de evaluar los efectos de la evitación de experiencias en el bienestar

emocional a largo plazo. Finalmente, se propone determinar la relación entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo en los pacientes, para comprender mejor el impacto de este trastorno en la persistencia de estados depresivos crónicos. Estos objetivos contribuirán a profundizar en la comprensión de los vínculos entre la evitación experiencial y los diferentes tipos de depresión en la población estudiada.

Finalmente, esta tesis está organizada en siete capítulos que abordan cada etapa de la investigación. El Capítulo I: Introducción desarrolla el contexto general del problema, los antecedentes más relevantes a nivel internacional, nacional y local, la justificación que respalda la importancia del estudio y los objetivos que se buscan alcanzar. El Capítulo II: Estrategia metodológica explica el enfoque y diseño de la investigación, describe la población y muestra seleccionada, detalla los criterios de inclusión y exclusión, y presenta las técnicas e instrumentos utilizados para recolectar, procesar y analizar los datos, incluyendo sus propiedades psicométricas y baremos. El Capítulo III: Resultados muestra los principales hallazgos de la investigación, organizados en dos secciones: los resultados descriptivos y los resultados inferenciales, que incluyen el análisis de normalidad y la contrastación de las hipótesis específicas y general. En el Capítulo IV: Discusión, se interpretan los resultados a la luz de teorías y antecedentes previos, destacando las implicancias del estudio. El Capítulo V: Conclusiones resume los aportes más relevantes del trabajo, y el Capítulo VI: Recomendaciones sugiere acciones concretas o líneas de investigación futuras basadas en los hallazgos. Finalmente, el Capítulo VII reúne las referencias bibliográficas y anexos que respaldan la investigación.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo de investigación

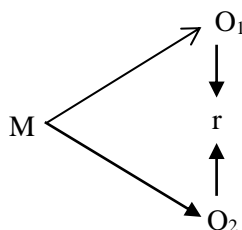
El estudio fue de tipo básico y se distingue principalmente por su naturaleza teórica, porque procede de un contexto teórico y se mantiene dentro de él [32]. El objetivo fue avanzar en la comprensión científica sin contrastar con ninguna aplicación en el mundo real. Se centró en la identificación de reglas y principios[32].

2.2. Nivel de investigación

En esta investigación se utilizó el nivel correlacional. Mediante la medición del grado de asociación entre dos o más variables, la investigación correlacional permite analizar si una variable influye en la otra y en qué medida[32].

2.3. Diseño de investigación

El diseño utilizado fue no experimental: descriptivo – correlacional de corte transversal, cuyo diseño es:



Donde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la variable: Trastorno de evitación experiencial

O₂ = Observación de la variable: Depresión estado-rasgo

r = Correlación entre dichas variables

2.4. Población y muestra

Población

La población de estudio estuvo conformada por 152 pacientes ambulatorios del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza” ingresados durante el periodo del mes de enero del 2022 al mes de mayo del 2024.

Tabla 1. Población de pacientes con depresión del C.S.M.C. “Color Esperanza”

Género	f	%
Mujeres	120	78.95
Hombres	32	21.05
Total	152	100.0

Nota: Datos tomados del padrón de usuarios del C.S.M.C. “Color Esperanza” hasta el 2024.

Muestra

Un total de 110 individuos con diagnóstico de depresión del Centro Comunitario de Salud Mental "Color Esperanza" conformaron la muestra del estudio. El tamaño de la muestra del estudio se calculó mediante la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{S^2xNxPxR}{E^2x(N - 1) + S^2xPxR}$$

Donde:

N = Población.

S = Nivel de confianza (95%) cuyo valor es 1.96.

E = Error muestral, cuyo valor es 5.

P = Posibilidad de éxito cuyo valor es 50.

R = Posibilidad de fracaso, cuyo valor es 50.

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2x152x50x50}{5^2x(152 - 1) + 1.96^2x50x50}$$

$$n = 110$$

Tabla 2. Distribución de la muestra de estudio

Género	F	%
Mujeres	87	79.09
Hombres	23	20.91
Total	110	100.0

Nota: Datos tomados del padrón de usuarios del C.S.M.C. “Color Esperanza” hasta el 2024.

Muestreo

El tipo de muestreo fue:

Probabilístico: Cada miembro de la población tuvo una probabilidad mayor que cero de ser elegido mediante el proceso de selección aleatoria de la muestra[33].

Estratificado: Implicó dividir a la población en segmentos o grupos con características homogéneas y que cumplan los criterios de inclusión, para luego ser seleccionados en forma proporcional y al azar[32]. La muestra incluyó tres subgrupos representativos (pacientes ambulatorios con diagnóstico de depresión leve, moderada y grave).

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Pacientes ambulatorios con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave.

Personas de 18 años en adelante.

Sexo femenino y masculino.

Criterios de exclusión

Niños y adolescentes.

Pacientes con alta voluntaria.

Pacientes que presenten comorbilidad con otros trastornos del Eje I como psicosis, demencia, esquizofrenia o discapacidad intelectual.

2.5. Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas de investigación

Para esta investigación se emplearon las siguientes técnicas:

Observación: Consiste en registrar, a través de los sentidos, los fenómenos o comportamientos que ocurren en un contexto específico. Su objetivo es recopilar información de manera sistemática y objetiva para identificar problemas, formular hipótesis o interpretar la realidad, sirviéndose de teorías existentes como base para el análisis y la búsqueda de soluciones[32].

Análisis documental: Para facilitar la recuperación del contenido, este tipo de investigación técnica pretende caracterizarlo y representarlo de forma coherente y metódica[34].

Psicometría: Evaluación y aplicación de instrumentos de medición que permitan medir variables, dichos instrumentos deben cumplir requisitos básicos de calidad que le aporten un sustento científico[32]. A través de esta técnica se midieron las variables trastorno de evitación experiencial y depresión.

Instrumentos de investigación

Instrumento 1: Cuestionario de Aceptación y Acción AAQ-II

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Aceptación y Acción

Autores: Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lilis[35].

Adaptación peruana: Cárdenas y Preciado[36].

Procedencia: Estados Unidos

Administración: Individual o colectiva.

Duración: 10 minutos

Edad de aplicación: De 18 años a más

Descripción

El Cuestionario de Aceptación y Acción AAQ-II es un test unidimensional con siete ítems que miden las tendencias conductuales de evitación de experiencias internas, incluyendo pensamientos y emociones[35]. Las preguntas tienen una estructura de respuesta tipo Likert conformada por 7 valores: Completamente falso, rara vez cierto, algunas veces cierto, frecuentemente cierto, casi siempre cierto y completamente cierto.

Administración y corrección

La administración de este instrumento se llevó a cabo tanto de manera grupal como individual. En primer lugar, se invitó a los pacientes con diagnóstico de depresión a participar en los Grupos de Ayuda Mutua del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. A los participantes que asistieron a estos grupos, se les aplicó la evaluación de forma grupal. Para aquellos que no pudieron asistir, se realizó un seguimiento telefónico, aplicando la prueba de manera individual, con una duración aproximada de 10 minutos por persona.

Antes de proceder con la evaluación, se leyó el consentimiento informado a fin de garantizar la participación voluntaria de cada usuario en el estudio. Finalmente, las respuestas fueron registradas y trasladadas a una base de datos en Excel para su posterior análisis y procesamiento mediante programas estadísticos.

Propiedades psicométricas

Confiabilidad y Validez

Para evaluar la confiabilidad del instrumento utilizado, se aplicó una prueba piloto a 15 pacientes ambulatorios del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. La consistencia interna se determinó mediante el Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.85, lo cual indica un nivel de confiabilidad alto. Este resultado refleja que los ítems del cuestionario tienen una alta coherencia interna, es decir, miden de manera consistente la evitación experiencial.

Para evaluar la validez del instrumento, se revisó la adaptación peruana realizada por Cárdenas y Preciado³⁶. En dicho estudio, mediante un análisis factorial confirmatorio de los ítems, se obtuvo una validez de 0.94, lo que indica un alto nivel de validez. La investigación se llevó a cabo con

una muestra de 231 participantes, con edades entre 18 y 90 años, residentes de Lima Metropolitana. Aunque en el presente estudio no se realizó una evaluación directa de la validez, las características de los participantes del estudio previo son similares a las de esta investigación. Por lo tanto, los hallazgos de Cárdenas y Preciado respaldan la idoneidad y validez del instrumento para medir la evitación experiencial en la muestra actual.

Para la interpretación de los resultados, se consideraron los baremos establecidos en la adaptación peruana del instrumento realizada por Cárdenas y Preciado[36], lo que garantiza la adecuación cultural y contextual del test a la población evaluada.

Tabla 3. Baremos de interpretación de la variable Trastorno de evitación experiencial

Calificación	Rango
Leve	0 – 16
Moderado	17 – 32
Severo	33 – 49

Nota: Datos tomados de la adaptación peruana del Cuestionario de Aceptación y Acción II realizada por Cárdenas y Preciado[36].

Instrumento 2: Inventario de depresión Estado Rasgo IDER

Ficha técnica

Nombre: Inventario de depresión Estado Rasgo

Autores: Spielberger et al. [37].

Adaptación peruana: Sotelo et al. [38].

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adolescentes, jóvenes y adultos.

Duración: 10 minutos

Finalidad: Evaluar el grado de afectación de la depresión.

Descripción

El Inventario de Depresión Estado-Rasgo es un cuestionario con 20 ítems divididos en dos grupos: 10 ítems miden la depresión como estado y 10 ítems miden la depresión como rasgo. En este instrumento se utilizan respuestas tipo Likert.

Administración y corrección

La administración de este instrumento se llevó a cabo tanto de manera grupal como individual. En primer lugar, se invitó a los pacientes con diagnóstico de depresión a participar en los Grupos de Ayuda Mutua del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. A los participantes que asistieron a estos grupos, se les aplicó la evaluación de forma grupal. Para aquellos que no pudieron asistir, se realizó un seguimiento telefónico, aplicando la prueba de manera individual, con una duración aproximada de 10 minutos por persona.

Antes de proceder con la evaluación, se leyó el consentimiento informado a fin de garantizar la participación voluntaria de cada usuario en el estudio. Finalmente, las respuestas fueron registradas y trasladadas a una base de datos en Excel para su posterior análisis y procesamiento mediante programas estadísticos.

Propiedades psicométricas

Confiabilidad y Validez

Para evaluar la confiabilidad del instrumento utilizado, se aplicó una prueba piloto a 15 pacientes diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. La consistencia interna fue determinada mediante el Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente global de 0.83, lo cual indica un alto nivel de confiabilidad. Al analizar las dimensiones específicas, la distimia estado obtuvo un puntaje de 0.87, la eutimia estado también alcanzó 0.87, la eutimia rasgo obtuvo un 0.79 y, finalmente, la distimia rasgo presentó un coeficiente de 0.75. Estos resultados reflejan que los ítems del cuestionario presentan una alta coherencia interna, permitiendo concluir que el instrumento mide de manera consistente y precisa las dimensiones correspondientes a la depresión estado-rasgo.

Para evaluar la validez del instrumento, se revisó la adaptación peruana realizada por Sotelo et al. [18]. En ese estudio, mediante un análisis factorial confirmatorio de los ítems, se obtuvo una validez de 0.85, lo que sugiere un nivel adecuado de validez. La muestra utilizada en esa investigación consistió en 251 participantes, de los cuales 110 eran pacientes diagnosticados con depresión y acudían a consulta psicológica en hospitales de Lima Metropolitana. El promedio de edad de los participantes era de 26 años. Aunque en el presente estudio no se realizó una evaluación directa de la validez, las características de los participantes de la investigación previa son similares a las de los participantes de esta investigación. Por lo tanto, los hallazgos de Sotelo et al. respaldan la idoneidad y validez del instrumento para medir la depresión estado-rasgo en la muestra actual [38].

Para la interpretación de los resultados, se tomaron en cuenta los baremos establecidos en la adaptación peruana del instrumento realizada por Sotelo et al. [38] lo que asegura la adecuación cultural y contextual del test para la población evaluada.

Tabla 4. Baremos de interpretación de la variable: Depresión

Calificación	Puntaje
Ausencia de depresión	20 - 40
Presencia leve de depresión	41 - 60
Presencia significativa de depresión	61 - 80

Nota: Datos tomados de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) realizada por Sotelo et al. [38].

Tabla 5. Baremos de interpretación de la dimensión 1: Eutimia estado

Calificación	Rango
Leve	0 – 6
Moderado	7 – 13
Alto	14 – 20

Nota: Datos tomados de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) realizada por Sotelo et al. [38].

Tabla 6. Baremos de interpretación de dimensión 2: Eutimia rasgo

Calificación	Rango
Leve	0 – 6
Moderado	7 – 13
Alto	14 – 20

Nota: Datos tomados de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) realizada por Sotelo et al. [38].

Tabla 7. Baremos de interpretación de la dimensión 3: Distimia estado

Calificación	Rango
Leve	0 – 6
Moderado	7 – 13
Alto	14 – 20

Nota: Datos tomados de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) realizada por Sotelo et al. [38].

Tabla 8. Baremos de interpretación de la dimensión 4: Distimia rasgo

Calificación	Rango
Leve	0 – 6
Moderado	7 – 13
Alto	14 – 20

Nota: Datos tomados de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) realizada por Sotelo et al. [38].

2.6. Técnicas de recojo, procesamiento y análisis de la información

La administración de ambos instrumentos se realizó tanto de manera grupal como individual.

En primer lugar, se invitó a los pacientes diagnosticados con depresión a participar en los Grupos de Ayuda Mutua del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”.

A quienes asistieron a estas sesiones se les aplicó la evaluación de forma grupal. Para aquellos que no pudieron asistir, se realizó un seguimiento telefónico, aplicando la prueba de manera individual, con una duración aproximada de 10 minutos por persona.

Antes de iniciar la evaluación, se leyó el consentimiento informado con el fin de garantizar la participación voluntaria de cada usuario en el estudio. Posteriormente, las respuestas fueron registradas y trasladadas a una base de datos en Excel para su análisis y procesamiento mediante programas estadísticos.

Las variables "trastorno de evitación experiencial" y "depresión estado-rasgo" fueron objeto de un análisis documental, seguido de un análisis de datos tanto descriptivo como inferencial. En la estadística descriptiva se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para caracterizar los datos, mientras que la estadística inferencial permitió determinar la significancia de los resultados.

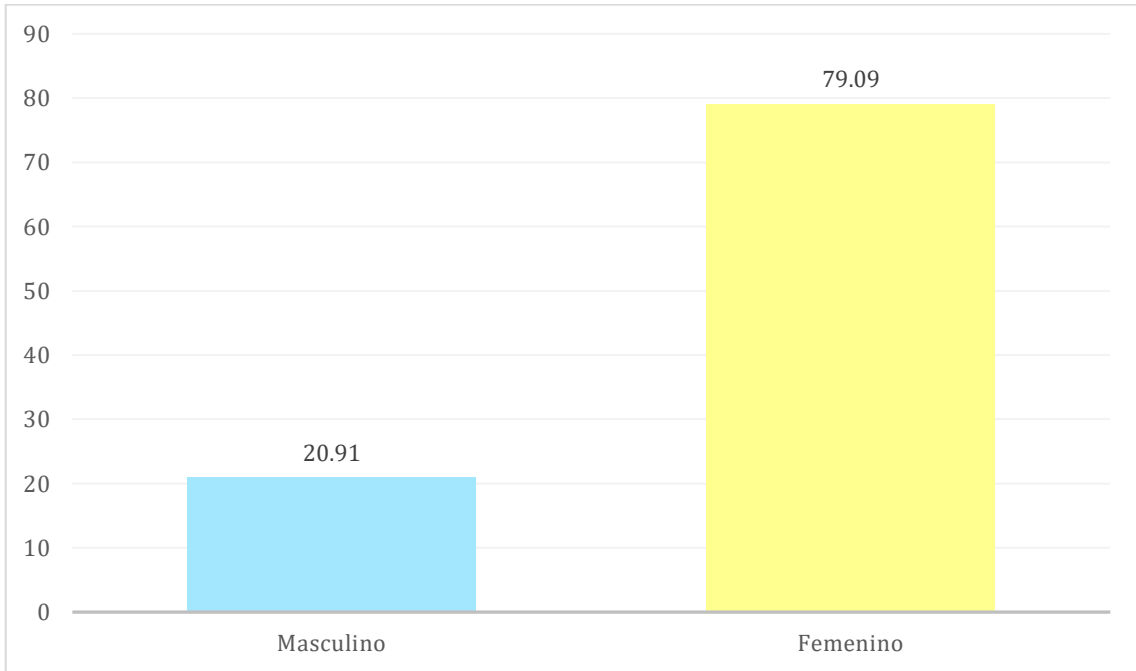
Para evaluar las hipótesis, la información se procesó con un software estadístico. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para verificar la distribución de los datos. Esta prueba permitió determinar si los datos se ajustaban a una distribución normal, lo cual fue fundamental para seleccionar el análisis estadístico más adecuado.

A partir de los datos recopilados, se elaboraron tablas con las medidas de tendencia central obtenidas a través del programa estadístico, lo que permitió describir las dimensiones de la variable analizada. Posteriormente, los resultados fueron graficados e interpretados en función de los objetivos del estudio.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados descriptivos

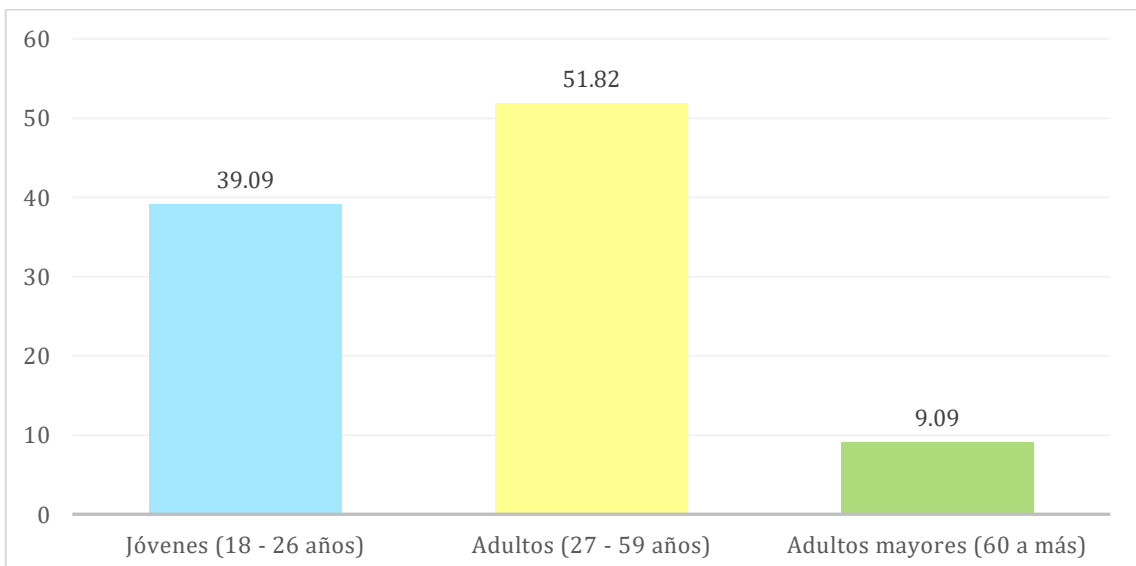
Figura 1. Distribución de la muestra según el sexo



Interpretación

En la figura 1 se observa que, de los 110 pacientes ambulatorios evaluados, el 20.91% corresponde al sexo masculino, lo que equivale a 23 personas, mientras que el 79.09% corresponde al sexo femenino, con un total de 87 personas. Esto evidencia una clara predominancia del género femenino entre los pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión que reciben atención en el Centro de Salud Mental Comunitario Color Esperanza.

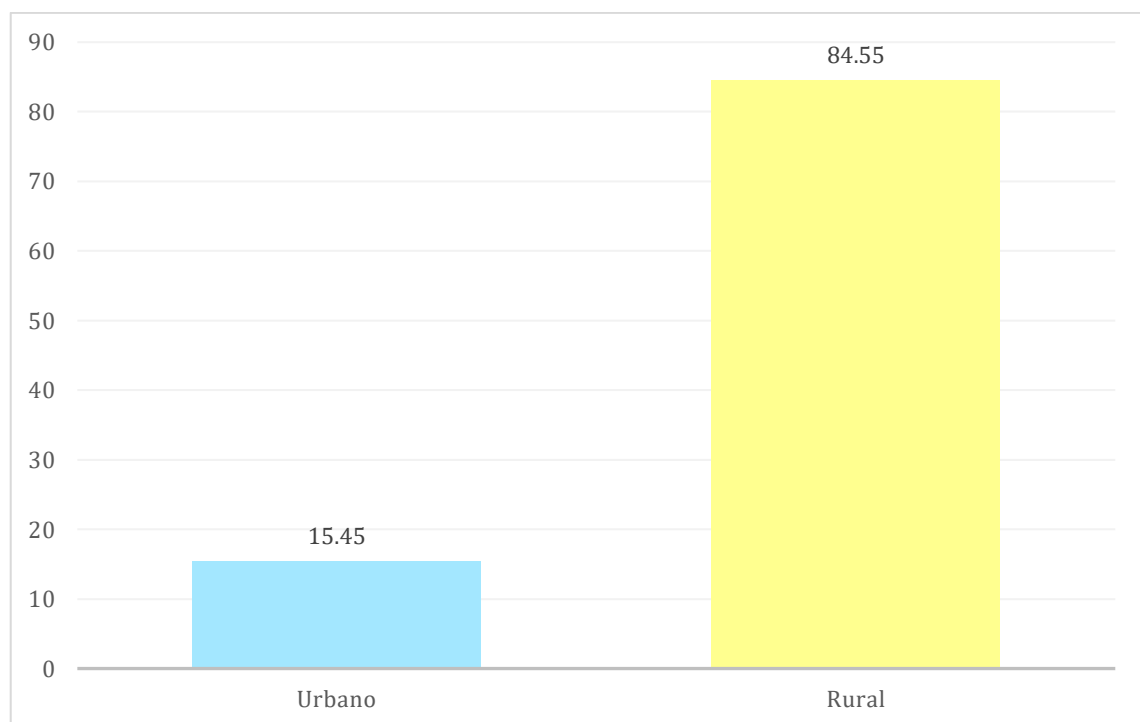
Figura 2. Distribución de la muestra según la edad



Interpretación

En la figura 2 se muestra la distribución por edad de los 110 pacientes ambulatorios evaluados. La mayoría de los pacientes ambulatorios pertenece al grupo de adultos, con edades comprendidas entre los 27 y 59 años, que abarca un total de 57 personas, lo que representa el 51.82%. A continuación, se encuentra el grupo de jóvenes, de 18 a 26 años, con 43 personas, lo que equivale al 39.09%. Finalmente, el grupo de adultos mayores, comprendido entre los 60 años y más, está compuesto por 10 personas, lo que corresponde al 9.09%. Esta distribución revela una mayor prevalencia de pacientes ambulatorios en la etapa de adultez en el Centro de Salud Mental Comunitario Color Esperanza.

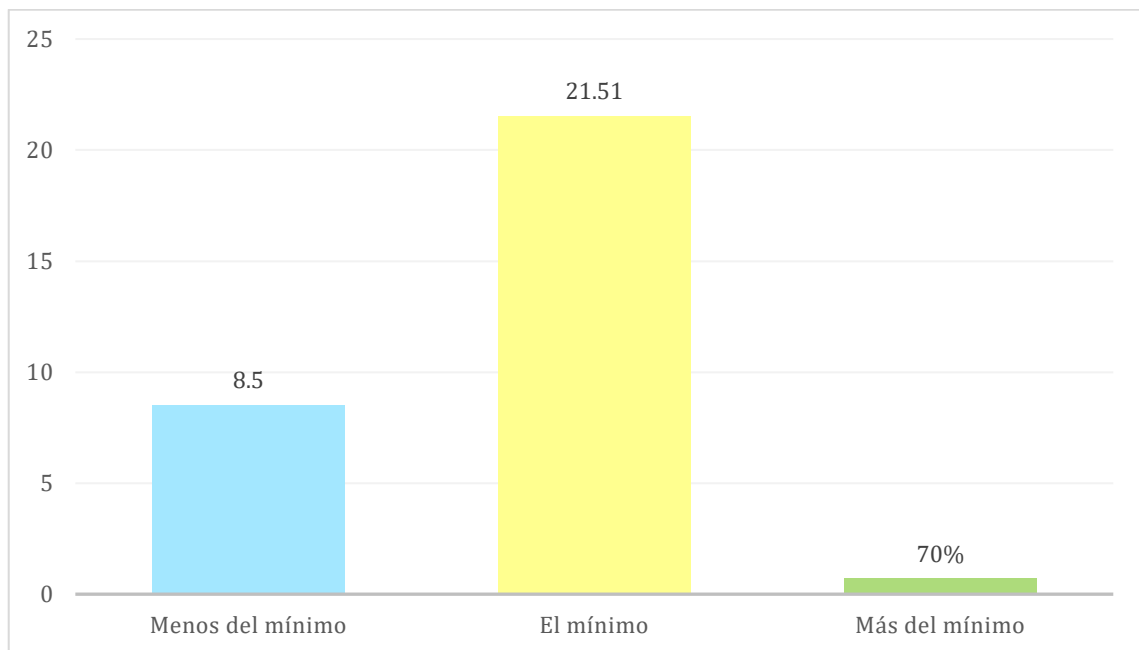
Figura 3. Distribución de la muestra según el lugar de residencia



Interpretación

En la figura 3 se muestra la distribución de los 110 pacientes ambulatorios evaluados, clasificados según su lugar de residencia. Se observa que una proporción considerable de estos pacientes, específicamente 93 personas, reside en áreas rurales, lo que representa un 84.55% del total. En contraste, únicamente 17 personas, equivalentes al 15.45%, provienen de zonas urbanas. Esta diferencia porcentual evidencia una marcada concentración de pacientes ambulatorios provenientes del ámbito rural en el Centro de Salud Mental Comunitario Color Esperanza.

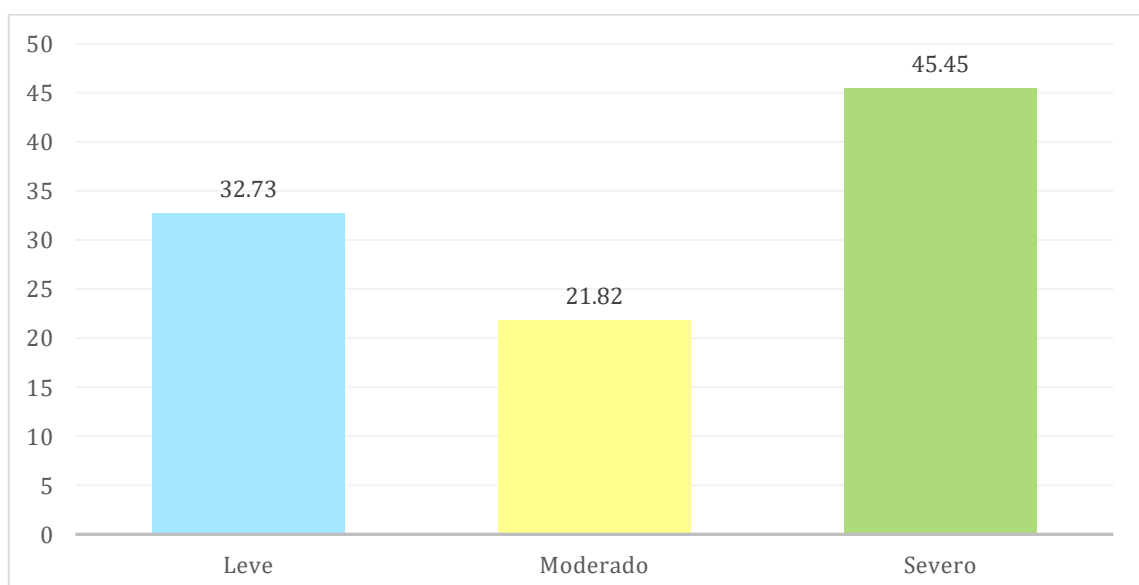
Figura 4. Distribución de la muestra según los ingresos percibidos mensualmente



Interpretación

En la figura 4 se presenta la distribución de los 110 pacientes ambulatorios evaluados según el promedio de ingresos percibidos mensualmente. La gran mayoría percibe ingresos mayores al sueldo mínimo, con un total de 77 personas, lo que representa el 70 %, además el grupo de personas que perciben el salario mínimo está compuesto por 23 personas, lo que equivale al 21.5% y el grupo de personas que percibe ingresos inferiores al salario mínimo está compuesto por 10 personas por lo que equivale al 8.5% del total de la muestra de estudio. Esta distribución resalta que existe una mayor prevalencia de pacientes ambulatorios que perciben ingresos superiores al salario mínimo vital.

Figura 5. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial

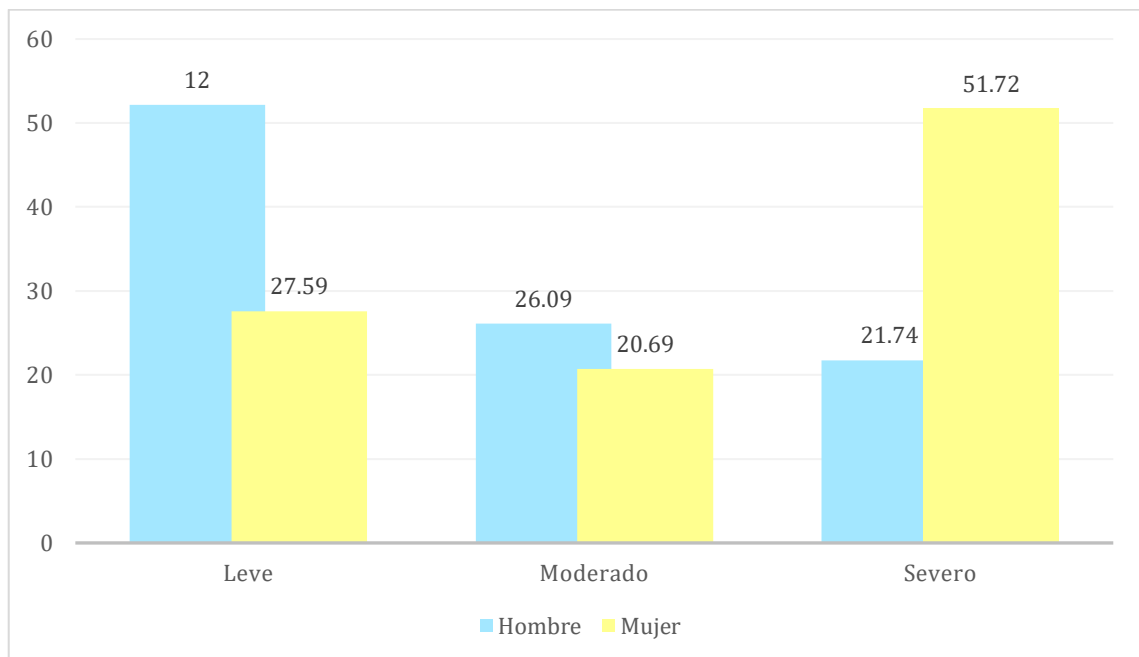


Interpretación

En la figura 5 se muestra la distribución de los niveles de la variable trastorno de evitación experiencial en la muestra estudiada, clasificando a los pacientes en tres categorías: leve, moderado y severo. Se observa que el 32.73% de los participantes (equivalente a 36 pacientes) presentan un nivel leve de evitación experiencial. En tanto, un 21.82% de los pacientes, lo que corresponde a 24 personas, han sido clasificados con un nivel moderado de evitación experiencial. Finalmente, el 45.45% de los participantes (50 pacientes) presenta un nivel severo de evitación experiencial, siendo este el grupo más numeroso dentro de la muestra.

Este análisis refleja una distribución heterogénea de la evitación experiencial en la población estudiada, con una mayor proporción de individuos situados en el extremo severo de la escala, lo que sugiere una prevalencia significativa de altos niveles de evitación experiencial en los pacientes ambulatorios del centro de salud mental comunitario.

Figura 6. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial, según sexo

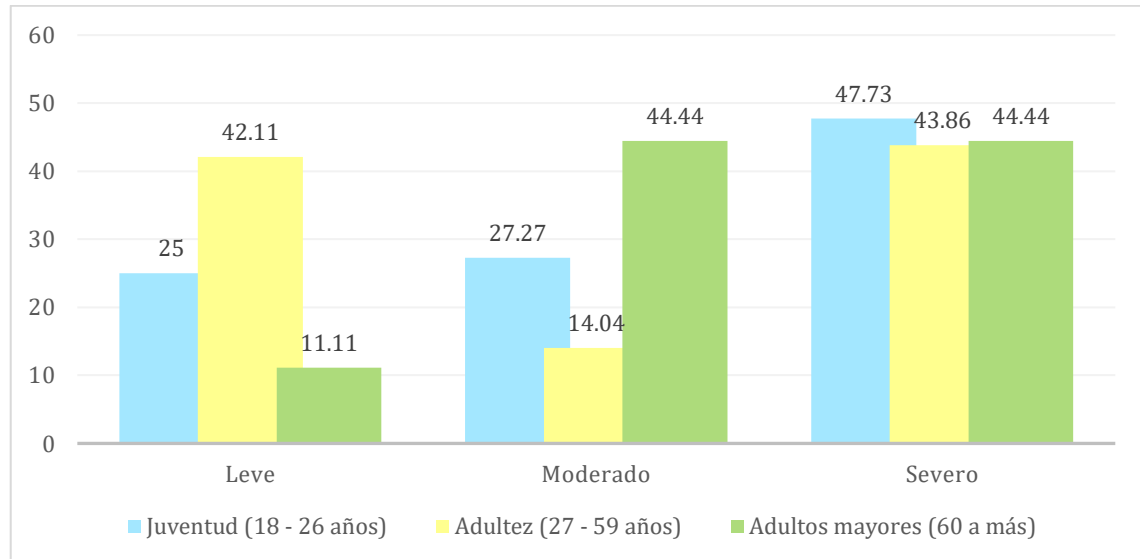


Interpretación

La figura 6 refleja la distribución de la variable Trastorno de Evitación Experiencial en hombres y mujeres, desglosado en tres niveles: leve, moderado y severo. En el caso de los hombres, el 52.17% (lo que equivale a 12 personas) presenta un nivel leve de evitación experiencial, mientras que el 26.09% (lo que equivale a 6 pacientes) exhibe un nivel moderado, y el 21.74% (lo que equivale a 5 pacientes) muestra un nivel severo. En contraste, entre las mujeres, el 27.59% (lo que equivale a 24 pacientes) se encuentra en la categoría leve, el 20.69% en la categoría moderada (lo que equivale a 18 pacientes), y una mayor proporción, el 51.72% (lo que equivale a 45 pacientes), presenta un trastorno de evitación experiencial severo. Este análisis sugiere que, en

comparación con los hombres, una mayor cantidad de mujeres experimenta niveles severos de evitación experiencial, mientras que los hombres tienden a concentrarse más en los niveles leves. Esta distribución sugiere una variabilidad en la manifestación de la evitación experiencial según el género, con una tendencia más marcada hacia la severidad en el caso de las mujeres.

Figura 7. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial, según edad



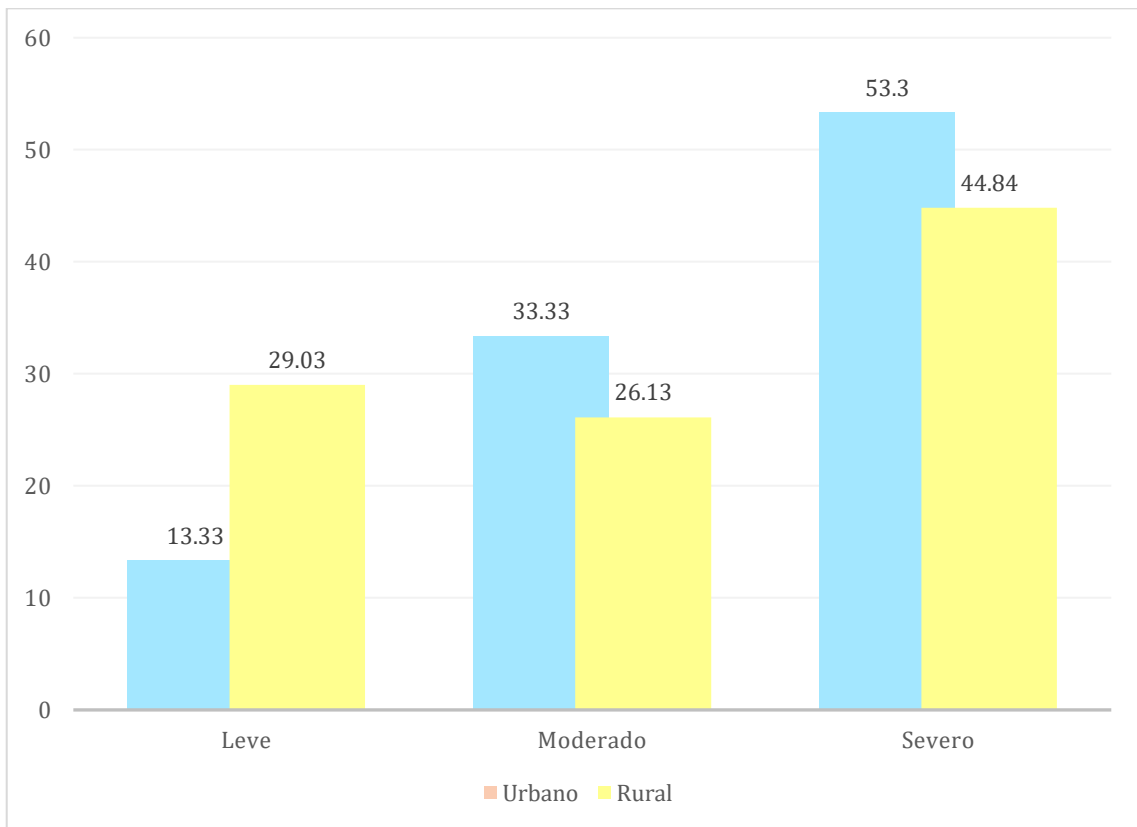
Interpretación

La figura 7 presenta la distribución de la variable Trastorno de Evitación Experiencial en tres grupos etarios: jóvenes (18-26 años), adultos (27-59 años) y adultos mayores (60 años a más), desglosado en tres niveles de severidad: leve, moderado y severo.

En el grupo de jóvenes (18-26 años), el 25.00% (lo que equivale a 11 pacientes) de los individuos presenta un nivel leve de evitación experiencial, el 27.27% (lo que equivale a 12 pacientes) muestra un nivel moderado y el 47.73% (lo que equivale a 20 pacientes) manifiesta un nivel severo, siendo este último el porcentaje más alto en este grupo. Entre los adultos (27-59 años), el 42.11% (lo que equivale a 24 pacientes) se encuentra en el nivel leve, el 14.04% (lo que equivale a 8 pacientes) en el nivel moderado, y el 43.86% (lo que equivale a 25 pacientes) en el nivel severo, destacando la mayor proporción en el nivel leve. En el caso de los adultos mayores (60 años a más), el 11.11% (lo que equivale a 2 pacientes) presenta un nivel leve, el 44.44% (lo que equivale a 4 pacientes) tiene un nivel moderado, y otro 44.44% (lo que equivale a 4 pacientes) muestra un nivel severo.

Este análisis indica que, en el grupo de jóvenes, hay una mayor prevalencia de evitación experiencial severa, mientras que en los adultos mayores se observa una distribución más equilibrada entre los niveles moderado y severo. En el grupo de adultos, predomina la evitación experiencial leve, lo que sugiere que los adultos tienden a presentar síntomas menos severos en comparación con los otros grupos etarios.

Figura 8. Nivel porcentual de la variable Trastorno de evitación experiencial, según lugar de residencia.

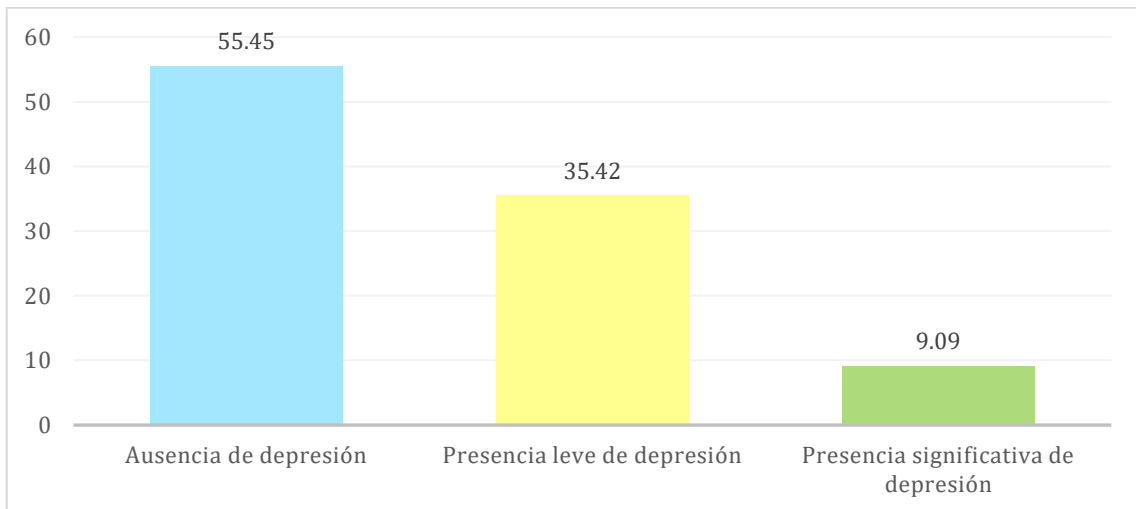


Interpretación

La figura 8 presenta la distribución del Trastorno de Evitación Experiencial según el lugar de residencia de los participantes, diferenciando entre áreas urbanas y rurales. En la población rural, el 44.84% (lo que equivale a 42 pacientes) muestra un nivel severo de evitación experiencial, el 26.13% (lo que equivale a 24 pacientes) un nivel moderado y el 29.03% (lo que equivale a 27 pacientes) un nivel leve. En contraste, en la población urbana, el 53.33% (lo que equivale a 9 pacientes) presenta un nivel severo, el 33.33% (lo que equivale a 6 pacientes) un nivel moderado y el 13.33% (lo que equivale a 2 pacientes) un nivel leve.

Si bien en ambos contextos predomina el nivel severo, su frecuencia es mayor en el área urbana en comparación con la rural. Asimismo, la proporción de casos en el nivel leve es más alta en la zona rural que en la urbana. Estos hallazgos sugieren que las personas en entornos urbanos podrían experimentar una mayor tendencia a la evitación experiencial severa, lo que podría estar relacionado con factores contextuales como el ritmo de vida, niveles de estrés o diferencias en el acceso a redes de apoyo.

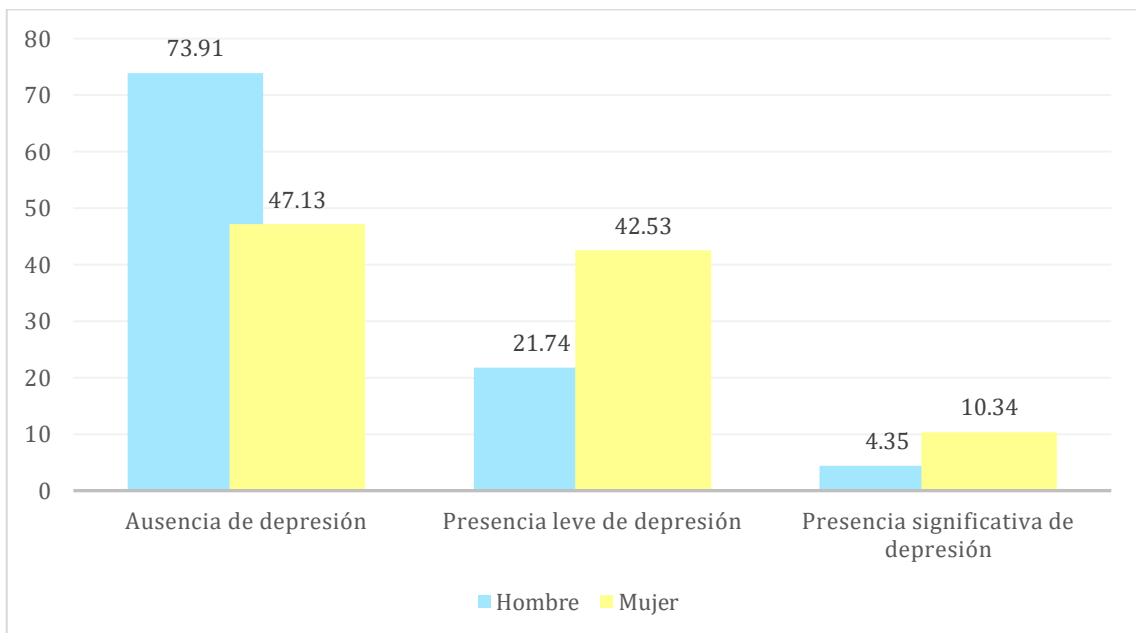
Figura 9. Nivel porcentual de la variable Depresión



Interpretación

La figura 9 muestra la distribución de los niveles de la variable depresión en la muestra estudiada, clasificando a los pacientes en tres categorías: ausencia de depresión, presencia leve de depresión y presencia significativa de depresión. Se observa que el 55,45% de los participantes (equivalente a 61 pacientes) tiene ausencia de depresión. En tanto, un 35,452% de los pacientes, lo que corresponde a 39 personas tienen presencia leve de depresión. Finalmente, el 9,09% de los participantes (10 pacientes) tienen una presencia significativa de depresión.

Figura 10. Nivel porcentual de la variable Depresión, según sexo

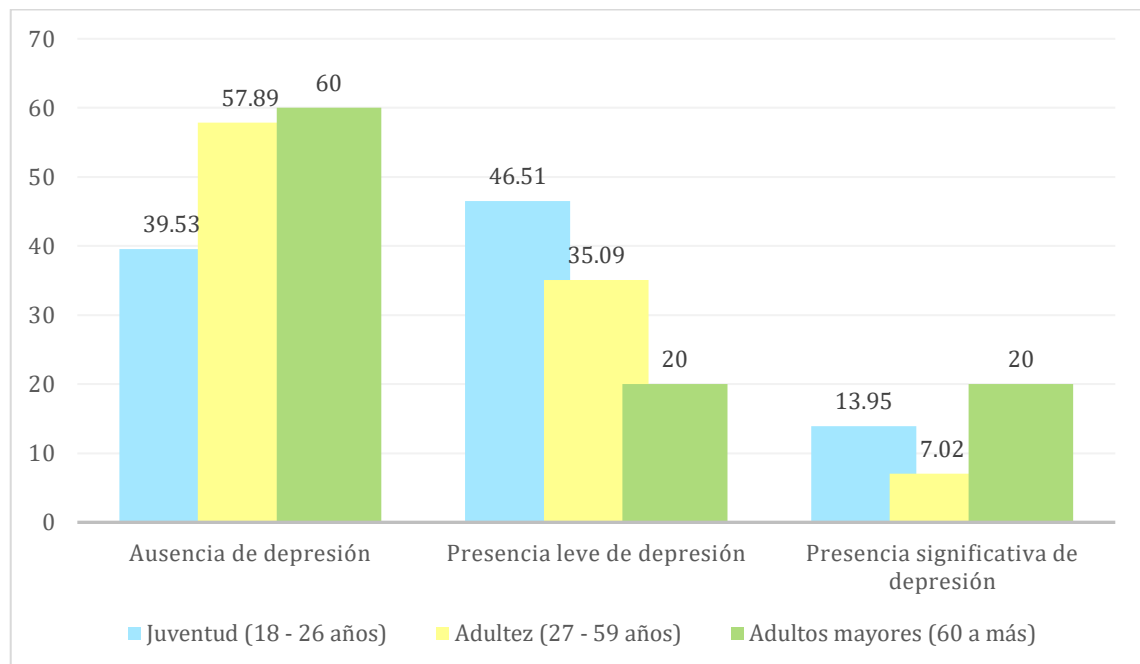


Interpretación

La figura 10 refleja la distribución de la variable Depresión en hombres y mujeres, desglosado en tres niveles: ausencia de depresión, presencia leve de depresión y presencia significativa de depresión. En el caso de los hombres, el 73,91% (equivalente a 17 pacientes) presenta ausencia

de depresión, mientras que el 21.74% (equivalente a 5 pacientes) tiene una presencia leve de depresión, y el 4.35% (equivalente a 1 paciente) muestra presencia significativa de depresión. En contraste, entre las mujeres, el 47.13% (equivalente a 41 pacientes) tiene ausencia de depresión, el 42.53% (equivalente a 37 pacientes) tiene una presencia leve de depresión, y el 10.34% (equivalente a 9 pacientes) tiene una presencia significativa de depresión. Este análisis sugiere que, en comparación con los hombres, una mayor cantidad de mujeres experimenta sintomatología leve de depresión, mientras que los hombres en su mayoría tienen ausencia de sintomatología depresiva. Esta distribución sugiere una variabilidad en la manifestación de la depresión estado – rasgo según el género, con una tendencia más marcada hacia la severidad en el caso de las mujeres.

Figura 11. Nivel porcentual de la variable Depresión, según rango de edad



Interpretación

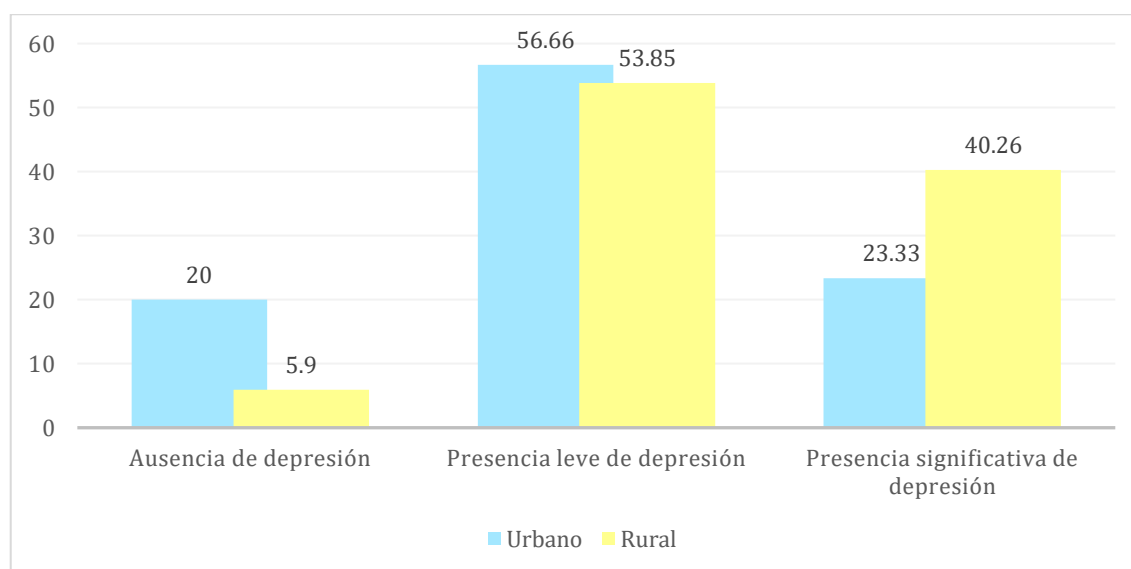
La figura 11 presenta la distribución de la variable Depresión en tres grupos etarios: jóvenes (18-26 años), adultos (27-59 años) y adultos mayores (60 años a más), desglosado en tres niveles de severidad: leve, moderado y severo.

En el grupo de jóvenes (18-26 años), el 39.53% (equivalente a 17 pacientes) de los individuos tiene ausencia de depresión, el 46.51% (equivalente a 20 pacientes) muestra presencia leve de depresión y el 13.95% (equivalente a 6 pacientes) manifiesta presencia significativa de depresión, siendo este último el porcentaje más bajo en este grupo. Entre los adultos (27-59 años), el 57.89% (equivalente a 33 pacientes) tiene ausencia de depresión, el 35.09% (equivalente a 20 pacientes) presencia leve de depresión, y el 7.02% (equivalente a 4 pacientes) presencia significativa de depresión, destacando la mayor proporción en el nivel leve. En el caso de los adultos mayores (60

años a más), el 60% (equivalente a 6 pacientes) tiene ausencia de depresión, el 20% (equivalente a 2 pacientes) presencia leve de depresión, y otro 20% (equivalente a 2 pacientes) presencia significativa de depresión.

El análisis muestra que en el grupo de jóvenes existe una mayor prevalencia de sintomatología depresiva, mientras que en los adultos se observa una menor incidencia de casos significativos de depresión. Por otro lado, en los adultos mayores predomina la ausencia de depresión, lo que sugiere que este grupo tiende a experimentar síntomas menos severos en comparación con los otros grupos etarios analizados.

Figura 12. Nivel porcentual de la variable Depresión, según el lugar de residencia.



Interpretación

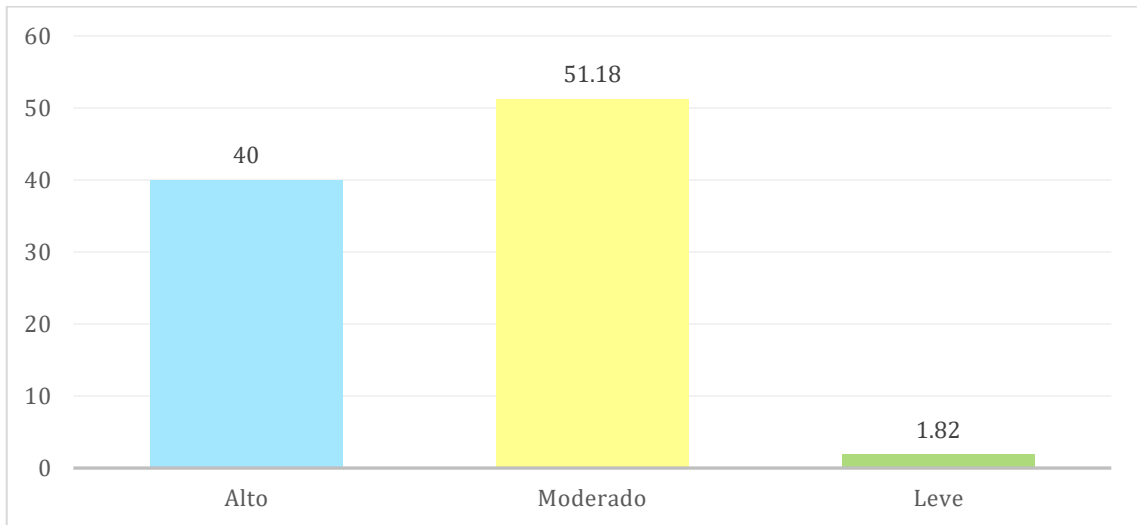
La figura 12 muestra la distribución de la depresión según el lugar de residencia de los participantes, diferenciando entre áreas urbanas y rurales. En la población rural, el 5.9% (equivalente a 5 pacientes) no presenta síntomas de depresión, el 53.85% (equivalente a 51 pacientes) muestra una depresión leve y el 40.26% (equivalente a 37 pacientes) evidencia una depresión significativa. En contraste, en la población urbana, el 20% (equivalente a 3 pacientes) no presenta depresión, el 56.66% (equivalente a 10 pacientes) muestra un nivel leve y el 23.33% (equivalente a 4 pacientes) presenta síntomas significativos.

Al comparar ambos grupos, se observa que la ausencia de depresión es más frecuente en la población urbana que en la rural. Sin embargo, la proporción de participantes con depresión leve es similar en ambos contextos, con una ligera prevalencia en el área urbana en comparación con la rural. La diferencia más notable se encuentra en la depresión significativa, que es más prevalente en la zona rural en comparación con la urbana.

Estos hallazgos sugieren que las personas en áreas rurales podrían ser más vulnerables a desarrollar síntomas depresivos significativos, lo que podría estar asociado con factores como el

acceso limitado a servicios de salud mental, el aislamiento social y diferencias en las condiciones socioeconómicas.

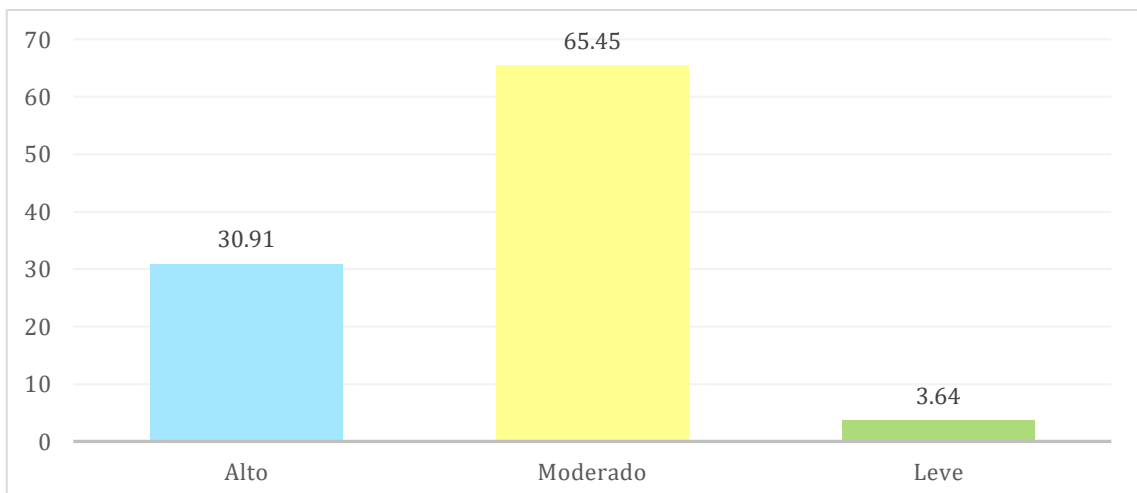
Figura 13. Nivel porcentual de la dimensión eutimia estado



Interpretación

La figura 13 muestra la distribución de la eutimia de estado en tres niveles: alto, moderado y leve. Los resultados indican que el 40.00% (equivalente a 44 pacientes) de los participantes presenta un estado alto de eutimia, lo que significa que mantienen un estado de ánimo estable y positivo. El 58.18% (equivalente a 64 pacientes) tiene un estado de eutimia moderado, lo cual sugiere que, aunque no están en un nivel óptimo de bienestar emocional, tampoco están en un estado crítico. Solo el 1.82% (equivalente a 2 pacientes) presenta eutimia leve, lo que podría indicar una mayor vulnerabilidad a alteraciones emocionales. Este resultado propone que la mayoría de las personas están en niveles moderados o altos de eutimia, lo que indica una tendencia hacia un bienestar emocional relativamente positivo.

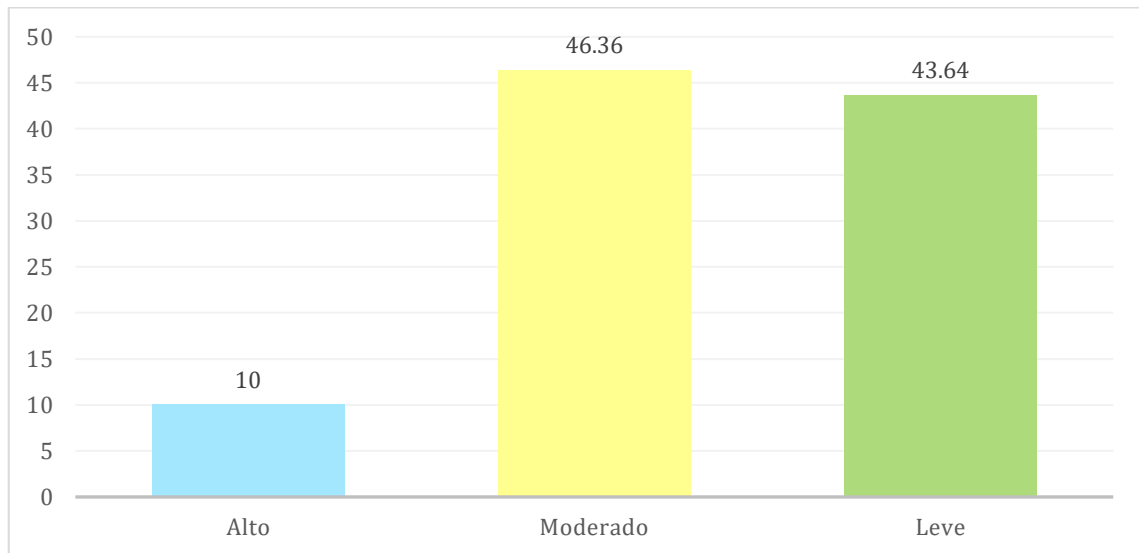
Figura 14. Nivel porcentual de la dimensión eutimia rasgo



Interpretación

La figura 14 muestra la distribución de la eutimia de rasgo en tres niveles: alto, moderado y leve. Los resultados indican que el 30.91% (equivalente a 34 pacientes) de los participantes presenta un nivel alto de eutimia de rasgo, lo que sugiere que tienen una tendencia duradera a mantener un estado emocional positivo y estable a lo largo del tiempo. El 65.45% (equivalente a 72 pacientes) tiene un nivel moderado de eutimia de rasgo, lo que indica una disposición emocional equilibrada, aunque no óptima. Solo el 3.64% (equivalente a 4 pacientes) presenta un nivel bajo o leve de eutimia de rasgo, lo que implica una menor estabilidad emocional duradera. Esto refleja que la mayoría de las personas en este grupo tienden a mantener un estado emocional moderado o alto de forma prolongada, lo que sugiere una buena disposición emocional en el tiempo.

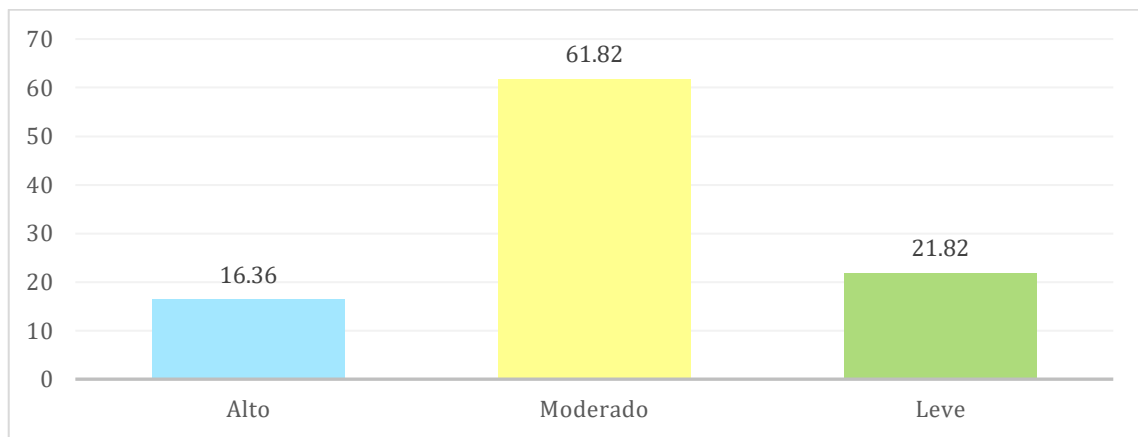
Figura 15. Nivel porcentual de la dimensión distimia estado



Interpretación

La figura 15 refleja la distimia estado distribuida en tres niveles: alto, moderado y leve. Los resultados muestran que solo el 10.00% (equivalente a 11 pacientes) de los participantes presentan un nivel alto de distimia en estado, lo que indica que, en el momento del estudio, estas personas experimentaban emociones negativas más intensas. El 46.36% (equivalente a 51 pacientes) tienen un nivel moderado de distimia en estado, lo que significa que casi la mitad de los participantes se encontraban en un estado emocional intermedio, con algunas dificultades, pero sin llegar a los niveles más altos de malestar. Un 43.64% (equivalente a 48 pacientes) presentan un nivel leve de distimia en estado, lo que muestra que una cantidad considerable de personas tiene un bajo grado de afectación emocional en ese momento específico. En general, la mayor parte de los participantes se ubica en niveles moderados o leves de distimia estado, lo que sugiere que, aunque experimentan malestar emocional, este no es extremo en la mayoría de los casos.

Figura 16. Nivel porcentual de la dimensión distimia rasgo



Interpretación

La figura 16 muestra la distribución de la distimia rasgo en tres niveles: alto, moderado y leve. Los resultados reflejan que el 16.36% (equivalente a 18 pacientes) de los participantes tienen un nivel alto de distimia de rasgo, lo que sugiere una tendencia persistente a experimentar estados emocionales negativos a largo plazo; el 61.82% (equivalente a 68 pacientes) presentan un nivel moderado de distimia de rasgo, indicando que una mayoría significativa experimenta un grado intermedio de malestar emocional prolongado; el 21.82% (equivalente a 24 pacientes) se encuentran en un nivel leve de distimia de rasgo, lo que señala que una porción más pequeña de los participantes experimenta un nivel reducido de distimia. Este análisis sugiere que una parte considerable de los participantes experimenta niveles moderados de distimia, lo que podría afectar su bienestar emocional sostenido.

3.2. Resultados inferenciales

Prueba de normalidad

Tabla 9. Prueba de normalidad del trastorno de evitación experiencial y la depresión estado-rasgo con sus dimensiones

	Prueba de normalidad		
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Trastorno de evitación experiencial	0.158	110	0.000
Depresión	0.163	110	0.000
Distimia estado	0.191	110	0.000
Eutimia estado	0.174	110	0.000
Distimia rasgo	0.164	110	0.000
Eutimia rasgo	0.165	110	0.000

Nota: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos con SPSS.

Dado que en todas las dimensiones el p valor es 0.00 ($p\text{-valor} < 0.05$), podemos concluir que ninguna de las dimensiones sigue una distribución normal. Esto implica que, para analizar los datos de estas dimensiones, sería más adecuado usar una prueba estadística no paramétrica, como la correlación de Spearman, que no asume la normalidad de los datos.

Contrastación de hipótesis específicas

En relación con la primera hipótesis específica, se establecieron las siguientes hipótesis:

Ha: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Ho: No existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

De acuerdo con los criterios establecidos por Villatoro y López[39], se aplicó la siguiente regla de decisión:

Si el $p\text{-valor} < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Si el $p\text{-valor} > 0.05$, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 10. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la dimensión distimia estado

		Trastorno de evitación experiencial	
Rho de Spearman	Distimia Estado	Coefficiente de correlación	0.639
		Sig. (bilateral)	0.00
		N	110

Nota: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos con SPSS.

Interpretación

En la Tabla 10 se presenta el análisis de correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia estado. El valor de significancia ($p < 0.05$) indica que la correlación observada es estadísticamente significativa, lo que permite afirmar que la relación entre ambas variables no se debe al azar.

Además, se observa que el coeficiente de correlación de Spearman es de 0.639, lo cual representa una relación positiva de magnitud moderada a fuerte. Esto sugiere que, a medida que aumentan los niveles de evitación experiencial, también tienden a incrementarse los niveles de distimia estado. No obstante, esta correlación es ligeramente menor en comparación con la observada entre evitación experiencial y depresión estado-rasgo.

En conclusión, estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, confirmando que los pacientes con mayores niveles de evitación experiencial tienden a presentar síntomas más acentuados de distimia en su estado actual. Estos hallazgos refuerzan la

idea de que la evitación experiencial desempeña un papel relevante en la manifestación de estados emocionales negativos en la población evaluada.

En relación con la segunda hipótesis específica, se establecieron las siguientes hipótesis:

Ha: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Ho: No existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Continuando con los criterios establecidos por Villatoro y López[39], se aplicó la siguiente regla de decisión:

Si el p-valor < 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Si el p-valor > 0.05, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 11. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la dimensión eutimia estado

		Trastorno de evitación experiencial	
		Coefficiente de correlación	0.644
Rho de Spearman	Eutimia estado	Sig. (bilateral)	0.00
		N	110

Nota: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos con SPSS.

Interpretación

La Tabla 11 muestra el análisis de correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado. El valor de significancia asociado al coeficiente de correlación es 0.00, lo cual indica que la relación entre ambas variables es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), y por tanto, poco probable que se deba al azar.

Además, se observa que el coeficiente de correlación de Spearman es de 0.644, lo que representa una relación positiva de magnitud moderadamente fuerte entre la evitación experiencial y la eutimia estado. Esto sugiere que, a medida que aumentan los niveles de evitación experiencial, también tienden a aumentar los niveles de eutimia en estado.

En conclusión, los hallazgos permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, confirmando una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado.

En relación con la tercera hipótesis específica, se establecieron las siguientes hipótesis:

Ha: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Ho: No existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Continuando con los criterios establecidos por Villatoro y López[39], se aplicó la siguiente regla de decisión:

Si el p-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Si el p-valor > 0.05 , se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 12. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y dimensión la distimia rasgo

		Trastorno de evitación experiencial	
Rho de Spearman	Distimia rasgo	Coeficiente de correlación	0.718
		Sig. (bilateral)	0.00
		N	110

Nota: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos con SPSS.

Interpretación

La Tabla 12 presenta el análisis de correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo. El valor de significancia obtenido es 0.00, lo que indica que la relación es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), y que la probabilidad de que este resultado se deba al azar es extremadamente baja.

Además, se observa un coeficiente de correlación de Spearman de 0.718, lo cual representa una relación positiva fuerte entre ambas variables. Esto implica que, a medida que aumentan los niveles de evitación experiencial, también se incrementan los niveles de distimia rasgo en los pacientes ambulatorios del Centro de Salud Mental Comunitario.

En consecuencia, estos hallazgos permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, corroborando la existencia de una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo.

En relación con la cuarta hipótesis específica, se establecieron las siguientes hipótesis:

Ha: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Ho: No existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Continuando con los criterios establecidos por Villatoro y López[39], se aplicó la siguiente regla de decisión:

Si el p-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Si el p-valor > 0.05 , se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 13. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la dimensión eutimia rasgo

		Trastorno de evitación experiencial	
		Coefficiente de correlación	0.516
Rho de Spearman	Eutimia rasgo	Sig. (bilateral)	0.00
		N	110

Nota: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos con SPSS.

Interpretación

La Tabla 13 muestra el análisis de correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo. El valor de significancia obtenido fue de 0.00, lo que indica que la correlación observada es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), y que es altamente improbable que los resultados se deban al azar.

Además, se observa un coeficiente de correlación de Spearman de 0.516, lo cual indica una relación positiva de magnitud moderada entre ambas variables. Esto sugiere que, a medida que aumentan los niveles de evitación experiencial, también tienden a incrementarse, en cierta medida, los niveles de eutimia rasgo.

Sin embargo, esta relación es menos intensa que la observada con variables asociadas a estados emocionales negativos como la distimia o la depresión. Por lo tanto, aunque los resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, es importante interpretar este hallazgo con cautela. La magnitud moderada de la correlación sugiere que la evitación experiencial podría influir en la capacidad de los pacientes para mantener un estado de ánimo positivo estable a largo plazo, aunque en menor medida que en los casos de afectación negativa.

Contrastación de hipótesis general

Para el análisis de correlación entre las variables, se plantearon las siguientes hipótesis:

Ha: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Ho: No existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Siguiendo los criterios establecidos por Villatoro y López[39], la regla de decisión aplicada fue la siguiente:

Si el p-valor < 0.05 , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Si el p-valor > 0.05 , se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 14. Correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión

		Trastorno de evitación experiencial	
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	0.737
		Sig. (bilateral)	0.00
		N	110

Nota: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos con SPSS.

Interpretación

La Tabla 14 presenta el análisis de correlación entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión estado-rasgo. El valor de significancia obtenido fue de 0.00, lo que indica que la correlación es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), por lo que es poco probable que esta asociación se deba al azar.

Además, se observa un coeficiente de correlación de Spearman de 0.737, lo cual evidencia una relación positiva fuerte entre ambas variables. Este resultado sugiere que, a medida que aumentan los niveles de evitación experiencial, también tienden a incrementarse los niveles de depresión estado-rasgo en los pacientes evaluados.

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se respalda la hipótesis alternativa, confirmando que existe una relación significativa y consistente entre el trastorno de evitación experiencial y la presencia de síntomas depresivos tanto en el estado actual como en el rasgo persistente de los individuos de la muestra estudiada.

IV. DISCUSIÓN

En la presente tesis se buscó identificar qué relación existía entre las variables evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.

Con respecto a la hipótesis general de la investigación, los resultados obtenidos a través de la medición de ambas variables muestran un coeficiente de correlación de 0.737, lo que indica una correlación positiva fuerte entre el trastorno de evitación experiencial y los niveles de depresión en los pacientes ambulatorios del Centro de Salud Mental Comunitario "Color Esperanza". Esto confirma nuestra hipótesis general, ya que sugiere que, a medida que la evitación de emociones incómodas o desagradables se intensifica, también aumentan los niveles de depresión en los pacientes. Este hallazgo resalta cómo la evitación experiencial, al no permitir la confrontación con emociones difíciles, contribuye al mantenimiento de la depresión, puesto que la supresión emocional puede reforzar el malestar en lugar de mitigarlo.

Este resultado es consistente con lo observado en investigaciones previas, como la de Mellick et al. [19], quienes encontraron que la evitación experiencial predice significativamente la persistencia del trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes ($\beta = 0.325$, $p < 0.001$). En su estudio, la dificultad para enfrentar emociones difíciles fue identificada como un factor que agrava un cuadro de depresión ya existente.

De manera similar, en nuestra investigación, los pacientes que mostraron mayores dificultades para gestionar emociones complejas y desagradables fueron los que presentaron niveles más elevados de depresión, lo que refuerza la idea de que la evitación emocional contribuye a la perpetuación de los trastornos afectivos.

Estos resultados también son respaldados por la teoría de que la evitación experiencial está relacionada con una mayor vulnerabilidad emocional, ya que puede impedir el aprendizaje de estrategias adaptativas para manejar el malestar. La literatura sugiere que la capacidad de enfrentar las emociones, en lugar de evitarlas, es crucial para la regulación emocional y el bienestar general[40].

En relación con la primera hipótesis específica: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023, los resultados obtenidos muestran un coeficiente de correlación de 0.639, lo que indica una relación positiva moderada a fuerte entre estas variables. Esto sugiere que a medida que los niveles de evitación experiencial aumentan, también lo hacen los niveles de distimia estado, aunque con menor intensidad en comparación con la correlación observada con la depresión estado-rasgo. Esto indica que la evitación experiencial puede contribuir a la aparición transitoria de síntomas depresivos, alineándose con los hallazgos de Cookson[18], quien identificó a la evitación experiencial como un predictor clave de la angustia en personas con diagnósticos clínicos ($\beta = 0.625$, $p < 0.001$).

Asimismo, los resultados respaldan lo postulado por Barlow, Allen y Choate[16], quien señaló que los trastornos emocionales se desarrollan por el intento excesivo de controlar emociones desagradables mediante su supresión, evitación o ignorancia. Este mecanismo genera mayor activación fisiológica, lo que refuerza los intentos de control y perpetúa un círculo vicioso de malestar emocional.

Con respecto a la segunda hipótesis específica: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023, los resultados obtenidos revelan un coeficiente de correlación de 0.644, lo que indica una relación positiva moderadamente fuerte entre ambas variables. Este hallazgo sugiere que a medida que aumenta el nivel de trastorno de evitación experiencial, también tiende a aumentar el nivel de eutimia estado, lo que inicialmente puede parecer contradictorio, pero tiene sentido cuando se consideran los mecanismos de acción de la evitación experiencial.

Uno de los principales mecanismos de la evitación experiencial es el uso de estrategias de distracción para mitigar el malestar emocional. Estas estrategias, como centrar la atención en actividades placenteras o evadirse de los problemas inmediatos, generan un alivio momentáneo del malestar, funcionando como reforzadores positivos a corto plazo. Sin embargo, al evitar enfrentar directamente las emociones o situaciones incómodas, los problemas subyacentes permanecen sin resolver, lo que puede llevar a un ciclo repetitivo de evitación y malestar crónico[16].

Además, estos resultados se alinean con la investigación de Ironside[20], quien identificó anomalías en áreas clave del cerebro, como la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal, en pacientes con trastorno depresivo mayor ($p < 0.05$ en la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal; $p < 0.05$ en el grupo de MDD). Estas anomalías afectan la capacidad de evaluar el costo-beneficio de las decisiones, favoreciendo elecciones que brindan alivio transitorio, incluso cuando a largo plazo resultan perjudiciales. Esto podría explicar por qué los pacientes con altos niveles de evitación experiencial presentan una tendencia inicial hacia la eutimia, ya que recurren a estrategias de evitación que los alejan temporalmente del malestar emocional.

Aunque la evitación experiencial puede generar una mejora transitoria en el estado emocional (eutimia estado), esta mejora no es sostenible en el tiempo y puede contribuir al mantenimiento de patrones disfuncionales a largo plazo, perpetuando el malestar psicológico.

Siguiendo con la tercera hipótesis específica: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023, los resultados revelan un coeficiente de correlación de 0.718. Este valor indica una correlación positiva fuerte, lo que sugiere que, a medida que aumentan los niveles de evitación experiencial, también lo hacen los niveles de distimia rasgo en los pacientes.

Estos hallazgos coinciden con los resultados reportados por Menéndez[21], quien identificó que las personas con elevados rasgos de neuroticismo caracterizados por una mayor tendencia a experimentar emociones negativas como tristeza, ansiedad e irritabilidad presentan una mayor propensión a la evitación experiencial como estrategia disfuncional de manejo emocional ($r = 0.74$; $p < 0.01$). Esto puede explicarse porque las personas con rasgos de neuroticismo tienden a interpretar sus estados internos como amenazantes o intolerables, lo que los lleva a intentar evitarlos en lugar de afrontarlos directamente.

La relación entre evitación experiencial y distimia rasgo sugiere que el uso persistente de estrategias de evitación refuerza patrones emocionales y cognitivos que se integran en la personalidad del individuo. En otras palabras, la evitación experiencial no solo genera un alivio momentáneo del malestar, sino que también contribuye al desarrollo de una predisposición crónica hacia el estado depresivo, consolidándose como parte de su estructura de personalidad.

Por último, respecto a la cuarta hipótesis específica: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023, los resultados revelan un coeficiente de correlación de 0.516. Este valor indica una relación positiva moderada entre ambas variables, lo que sugiere que, a medida que los niveles de evitación experiencial aumentan, existe una tendencia moderada a que los niveles de eutimia rasgo también lo hagan.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Yela et al. [25], quienes evaluaron el impacto de la evitación experiencial en el bienestar psicológico mediante un programa de intervención basado en mindfulness y autocompasión. En su estudio, encontraron que al reducir la evitación experiencial se lograba no solo una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, sino también una mejora en el bienestar general ($r = 0.18$; $p < 0.01$). Esto refuerza la idea de que, aunque la evitación experiencial puede generar alivios temporales que se traducen en un estado emocional más estable (eutimia), este efecto es limitado y no contribuye al manejo eficaz de las emociones a largo plazo.

La correlación moderada entre estas variables, a diferencia de las relaciones más fuertes observadas en las hipótesis anteriores, sugiere que la evitación experiencial no es un mecanismo sostenible para mantener la eutimia como rasgo. En lugar de resolver las dificultades emocionales de raíz, la evitación funciona como un parche temporal, que puede incluso contribuir a la cronificación de otros trastornos emocionales. Este resultado subraya la importancia de implementar estrategias terapéuticas que promuevan la aceptación y el afrontamiento directo de las experiencias internas, en lugar de reforzar patrones de evasión que, aunque moderadamente funcionales en el corto plazo, no son efectivos a largo plazo.

Los resultados de esta investigación son relevantes porque respaldan la implicación del trastorno de evitación experiencial en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, lo que otorga un sustento empírico a modelos terapéuticos como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Este enfoque promueve la aceptación de eventos incontrolables y ayuda a las personas a enfocar su vida en la consecución de metas y valores personales, ofreciendo así un marco efectivo para intervenir en problemáticas como la depresión.

Sin embargo, es importante reconocer algunas limitaciones y posibles sesgos que podrían haber influido en los resultados obtenidos. En primer lugar, la muestra seleccionada presentó variaciones en cuanto a la etapa del proceso terapéutico en la que se encontraban los participantes. Mientras que una minoría apenas había iniciado su tratamiento psicológico, la mayoría ya contaba con varias sesiones de intervención, e incluso algunos participantes habían sido dados de alta. Esta diferencia en el tiempo de exposición a la intervención pudo haber influido significativamente en los niveles actuales de sintomatología depresiva evaluados mediante el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Esto podría explicar por qué, a pesar del diagnóstico inicial de depresión, muchos participantes ya no presentaban sintomatología significativa al momento de la evaluación.

Además, otro factor a considerar es la combinación de tratamientos recibidos por los participantes. Algunos pacientes estaban recibiendo simultáneamente tratamiento farmacológico y psicoterapia, mientras que otros únicamente acudían a sesiones de terapia psicológica. Esta variabilidad en los enfoques terapéuticos pudo haber actuado como una variable confusora en los resultados, dificultando la determinación del impacto exclusivo del trastorno de evitación experiencial en los niveles de depresión.

Por último, se debe considerar que el contexto de evaluación y la naturaleza transversal del estudio podrían limitar la generalización de los hallazgos a otros grupos de población con características diferentes. Futuros estudios podrían abordar estas limitaciones incorporando un seguimiento longitudinal que permita evaluar la evolución de la sintomatología depresiva y el rol del trastorno de evitación experiencial a lo largo del tiempo, así como controlar de manera más estricta las variables relacionadas con los tratamientos recibidos.

V. CONCLUSIONES

Con base en las evidencias estadísticas obtenidas, se concluye que existe una relación positiva significativa entre el Trastorno de Evitación Experiencial y la depresión en los pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. El valor de significación obtenido (Sig. = 0.00) confirma que esta correlación es estadísticamente significativa al nivel convencional ($p < 0.05$). Por lo tanto, los resultados respaldan la hipótesis planteada sobre la relación significativa entre ambas variables.

Así mismo, con base en las evidencias estadísticas obtenidas, también se concluye que existe una relación positiva significativa entre la dimensión distimia estado y el Trastorno de Evitación Experiencial en los pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. El valor de significación obtenido (Sig. = 0.00) confirma que esta correlación es estadísticamente significativa al nivel convencional ($p < 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna aceptando que sí hay una relación.

De igual manera con base en las evidencias estadísticas obtenidas, también se concluye que existe una relación positiva significativa entre la dimensión eutimia estado y el Trastorno de Evitación Experiencial en los pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. El valor de significación obtenido (Sig. = 0.00) confirma que esta correlación es estadísticamente significativa al nivel convencional ($p < 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna aceptando que sí hay una relación.

En conformidad con las evidencias estadísticas obtenidas, también se concluye que existe una relación positiva significativa entre la dimensión distimia rasgo y el Trastorno de Evitación Experiencial en los pacientes ambulatorios diagnosticados con depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. El valor de significación obtenido (Sig. = 0.00) confirma que esta correlación es estadísticamente significativa al nivel convencional ($p < 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna aceptando que sí hay una relación.

Con respecto a la relación entre la eutimia rasgo y el trastorno de evitación experiencial en los pacientes ambulatorios del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza”. El valor de significación obtenido (Sig. = 0.00) confirma que esta correlación es estadísticamente significativa al nivel convencional ($p < 0.05$). Aunque este valor indica una correlación positiva moderada entre ambas variables, la fuerza de la relación no es tan pronunciada como en otras hipótesis. Por lo tanto, aunque la hipótesis se respalda en términos de existencia de relación, no se puede considerar completamente confirmada.

VI. RECOMENDACIONES

Diseñar planes de intervención basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Dialéctica Conductual, Terapia Basada en Mindfulness y Terapia de Activación Conductual para pacientes con diagnóstico de depresión del Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza” ya que estas terapias abordan directamente la evitación experiencial mediante estrategias como la aceptación, la regulación emocional, la toma de conciencia de emociones y la interrupción del ciclo de evitación, fortaleciendo así el bienestar psicológico del paciente.

Ampliar la investigación mediante un estudio experimental longitudinal que incluya un grupo de control y un grupo experimental. Este diseño permitiría implementar intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso para evaluar cómo la evitación experiencial puede agravar un cuadro previo de depresión y, por el contrario, cómo la aceptación podría contribuir a su mejora.

Extender la investigación a una población no clínica para analizar de qué manera la evitación experiencial se relaciona con el bienestar psicológico, explorando su impacto en individuos sin diagnósticos formales de depresión o trastornos emocionales.

Recomendar al Centro de Salud Mental Comunitario “Color Esperanza” la inclusión de entrenamientos grupales de mindfulness en las sesiones de los Grupos de Ayuda Mutua, así como la incorporación de actividades sociales que promuevan la conexión interpersonal ya que estas actividades pueden contribuir a reducir la tendencia al aislamiento y a la evitación experiencial en pacientes con depresión.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa Caricot J. Conflicto de acercamiento-evitación en depresión [Internet]. 2021 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30141>
2. Castillo M. Trastorno por evitación experiencial [Internet]. Ciudad de México: Asociación Mexicana por las Ciencias Conductual-Contextuales (M-ACBS); 2013 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5782058/trastorno-por-evitaci%C3%B3n-experiencial-el-sufrimiento>
3. Chou W-P, Yen C-F, Liu T-L. Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: a prospective study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [citado el 6 de octubre de 2024];15(4):788. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/788>
4. Vargas J. Terapia de aceptación y compromiso: un enfoque experiencial para el cambio conductual [Internet]. 2003 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/TIFnH5>
5. Akbari M, Seydavi M, Hosseini ZS, Krafft J, Levin ME. Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Contextual Behav Sci* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre de 2024];24:65–78. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221214472200028X>
6. Gómez D. Positividad tóxica en redes: ¿es posible ser feliz todo el tiempo? [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.co/salud/positividad-toxica-en-redes-es-posible-ser-feliz-todo-el-tiempo-KY7100837>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2024 [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheet>
8. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. España: Editorial Médica Panamericana; 2013.
9. Dillon DG, Pizzagalli DA. Mechanisms of memory disruption in depression. *Trends Neurosci* [Internet]. 2018 [citado el 8 de octubre de 2024];41(3):137–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2017.12.006>
10. Montesó P. Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres [Internet]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2008 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSocMpmonteso/Documento.pdf>

11. Hari J. Lost connections: uncovering the real causes of depression – and the unexpected solutions. New York: Bloomsbury Publishing; 2018.
12. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Manual de psicoterapia interpersonal. Madrid: Agapea; 2013.
13. Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia del Seguro Integral de Salud, editor. Más de 650 mil atenciones por depresión fueron cubiertas por el SIS [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano; 2024 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/689829-mas-de-650-mil-atenciones-por-depresion-fueron-cubiertas-por-el-sis>
14. Wilson K, Luciando C. Terapia de aceptación y compromiso, un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Ediciones Pirámide; 2002.
15. Pacheco-Vásquez DR, Guerrero-Alcedo JM. Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú” [Internet]. Zenodo; 2022 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.5834712>
16. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales: manual del paciente y del terapeuta. 1ª ed. Barcelona: Editorial Planeta; 2012.
17. Rivarola MF, Giaroli AE. Intolerancia a la incertidumbre y evitación experiencial en adultos con ansiedad y depresión. En: XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXIX Jornadas de Investigación; XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional; IV Encuentro de Musicoterapia. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2022.
18. Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. Psychol Psychother [Internet]. 2020 [citado el 8 de octubre de 2024]; 93(3):456–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/papt.1>
19. Mellick WH, Mills JA, Kroska EB, Calarge CA, Sharp C, Dindo LN. Experiential avoidance predicts persistence of major depressive disorder and generalized anxiety disorder in late adolescence. J Clin Psychiatry [Internet]. 2019 [citado el 28 de septiembre de 2024];80(6):19m12749. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/experiential-avoidance-in-adolescent-mdd-and-gad/>
20. Ironside M, Amemori K-I, McGrath CL, Pedersen ML, Kang MS, Amemori S, et al. Approach-avoidance conflict in major depressive disorder: congruent neural findings in

- humans and nonhuman primates. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado el 8 de octubre de 2024];87(5):399–408. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322319316610>
21. Menéndez Aller Á. Evitación experiencial, personalidad, inteligencia emocional, depresión, ansiedad y humor [tesis]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2021.
 22. Baykan H, Sahin Can M. Dysfunctional metacognitive beliefs, experiential avoidance, and behavioral inhibition system in depressive disorder. *Alpha Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado el 8 de octubre de 2024]; 24(4):167–73. Disponible en:
<https://europepmc.org/article/MED/37359623>
 23. Cao Y, Liu Q, Yu Q, Fan J, Wang X, Yao R, et al. Depression mediates the relationship of experiential avoidance and internet addiction: a cross-lagged mediation analysis. *Curr Psychol* [Internet]. 2024 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1007/s12144-023-04511-6>
 24. Garcia-Toro M, Aguilar-Latorre A, Garcia A, Navarro-Guzmán C, Gervilla E, Seguí A, et al. Mindfulness skills and experiential avoidance as therapeutic mechanisms for treatment-resistant depression through mindfulness-based cognitive therapy and lifestyle modification. *Front Psychol* [Internet]. 2024 [citado el 10 de octubre de 2024]; 14:36968708. Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/36968708>
 25. Yela JR, Crego A, Buz J, Sánchez-Zaballos E, Gómez-Martínez MÁ. Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and self-compassion (MSC) training. *Psychol Psychother* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre de 2024];95(2):402–22. Disponible en:
<https://europepmc.org/article/MED/34904363>
 26. Sánchez Carlessi HH, Yarlequé Chocas LA, Alva LJ, Nuñez LLacuachaqui ER, Arenas Iparraguirre C, Matalinares Calvet ML, et al. Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2021 [citado el 7 de octubre de 2024]; 21(2):346–53. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n2/2308-0531-rfmh-21-02-346.pdf>
 27. Barzola C, Araceli G. Evitación experiencial y depresión estado-rasgo en pacientes COVID-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021 [tesis]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2022.
 28. Gonzales C, Fiorella L. Evitación experiencial, depresión, ansiedad y estrés en cuidadores de personas con discapacidad de una asociación en Lima, 2021 [tesis]. Lima: Universidad Autónoma del Perú; 2024.
 29. Canelo S, Luis J. Evitación experiencial y malestar psicológico en docentes de colegios de Lima Metropolitana, 2021 [tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.

30. Nina T, De los Ángeles M. Evitación experiencial en el proceso de duelo en sobrevivientes a pérdida por suicidio [tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2021.
31. Sevillano A. Desregulación emocional y evitación experiencial en estudiantes de prácticas pre profesionales de psicología de un centro de prácticas de Lima Metropolitana [Internet]. 2022 [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_71c4622277e2a8a282be14b7ffb1fe
32. Muntané Relat J. Introducción a la investigación básica. Rev Andal Patol Dig. 2010;221.
33. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2018.
34. Díaz L. La observación. En: Gómez E, editor. Método clínico. Ciudad de México: Facultad de Psicología, UNAM; 2011. p. 29.
35. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25.
36. Cárdenas R, Preciado C. Adaptación peruana del Cuestionario de Aceptación y Acción. Rev Psicol. 2020;38(2):359–76.
37. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 2002.
38. Sotelo J, Zúñiga F, Fernández L. Adaptación del Inventario de Depresión Estado-Rasgo de Spielberger en población peruana. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2012.
39. Villatoro J, Juárez V, López A. Spearman y su coeficiente de correlación [Internet]. 2011 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.rincondepaco.com.mx/rincon/Inicio/Apuntes/Proyecto/archivos/Documentos/Spearman.pdf>
40. Fernández-Rodríguez C, Paz-Caballero D, González-Fernández S, Pérez-Álvarez M. Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: an empirical study. Front Psychol. 2018;9:1618. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Resolución de aprobación de proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DECANATO



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

RESOLUCION DECANAL N° 094-2024 -FP-UNICA-D.

Ica, 11 de abril de 2024.

VISTO:

El Oficio N° 086-UI/FP-UNICA-2024, presentado por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Psicología donde adjunta el Informe N° 026-CI-UI/FP-UNICA-2024, y demás anexos; para la formalización de la aprobación del Proyecto de Tesis titulado: **"Trastorno de evitación experiencial y depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023"**, presentado por la **Bach. GARCIA DEL PINO, ELVIA ALEXIA**, y asesorada por el Mag. **RAFAEL OCTAVIO, CARHUAYO ASCENCIO**, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" dentro de la Autonomía Normativa de Gobierno Académico, Administrativo y Económico que le autoriza en su artículo 18° de la Constitución Política del Estado, así mismo conforme al Artículo 8° de la Ley Universitaria N° 30220;

Que, con Resolución Rectoral N° 044-R-UNICA-2013 del 15 de enero de 2013 se crea la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica;

Que, con Resolución Rectoral N° 273-R-UNICA-2013 del 04 de marzo de 2013 se autoriza el funcionamiento de la Facultad de Psicología;

Que, con fecha 24 de marzo de 2023, se expide la Resolución del Consejo Directivo N° 013-2023-SUNEDU/CD, que en el artículo 1° de la parte Resolutiva resuelve Derogar la resolución del Consejo Directivo N° 158-2019-SUNEDU-CD, que aprobó las "Disociaciones para el mejor cumplimiento de la Ley N° 30220, Ley Universitaria en materia electoral de las Universidades Públicas", Debiendo dejarse sin efecto todas las disposiciones normativas y administrativas dictadas en atención a este marco normativo;

Que, con Oficio N° 6741-2023-SUNEDU-02-15-02 la Unidad de Registro de Grados y Títulos de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria SUNEDU, hace llegar la Resolución Directoral N° 0148-2023-SUNEDU-02-15-02, a través del cual se resolvió: FUNDADO el recurso de apelación presentado por la señora Ana María Kuroki de Kawata en consecuencia, dejar sin efecto la inscripción de registro del señor Jorge Eduardo Moreno Legua como rector Interino de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga de Ica y DECLARAR LA SUBSISTENCIA del registro primigenio de la Dra. Ana María Kuroki de Kawata desde el 05 de mayo de 2023";

Que, mediante Resolución Rectoral N° 0603-R-UNICA-2023, de fecha 10 de noviembre de 2023, la señora Rectora Interina de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" encarga interinamente al Dr. MAXIMO ISAAC, SEVILLANO DIAZ Decano de la Facultad de Psicología;

Que, con Oficio N° 6806-2023-SUNEDU-02-15-02 de fecha 13 de noviembre de 2023, señala en el ítem (ii) que a la fecha SUBSISTE el registro de datos del Vicerrector de investigación, Vicerrectora Académica, director de la Escuela de posgrado y de los veinticuatro (24) Decanos de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", registros que fueron debidamente notificados con Oficio N° 2326-2023-SUNEDU-02-15-02 y Oficio N° 2399-2023-SUNEDU-02-15-02;

Que, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", es una unidad fundamental de organización, formación académica y profesional integrada por profesores y estudiantes, la misma que es autónoma en lo académico, administrativo, económico y normativo como lo establece el Estatuto de nuestra universidad;

Que, el artículo 68° de la Ley Universitaria N° 30220, establece que el Decano es la máxima autoridad de gobierno de la Facultad, representa a la Facultad ante el Consejo Universitario y la Asamblea Universitaria conforme lo dispone la presente Ley;

Que, el artículo 37° del Estatuto Universitario señala que el Decano es la máxima autoridad de gobierno de la facultad;

Que, el artículo 39° inciso 39.3 Es atribución del Decano dirigir académicamente la Facultad, a través de los directores de los Departamentos Académicos, de las Escuelas Profesionales y Unidades de posgrado; y, en el inciso 39.6 designar a los directores de las Escuelas Profesionales, Unidades de Investigación y las Unidades de Posgrado;

Que, el artículo 48° del Estatuto Universitario señala que las Facultades son unidades de formación académica, profesional y de gestión. Están integradas por docentes y estudiantes. Las Facultades organizan, gestionan y conducen el régimen de estudios de pregrado, posgrado y segunda especialidad profesional, que permiten la obtención de grados académicos y de títulos a nombre de la nación;





UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DECANATO



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

R.D. N° 094-2024-FP-UNICA-D.

11-04-2024.

Página 2.

Que, mediante Resolución Rectoral N° 048-R-UNICA-2021, se aprueba el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" con la finalidad de regular los requisitos, procedimientos y normas para la obtención del grado académico de bachiller, maestro, doctor, así como para la obtención del título profesional y título de segunda especialidad profesional que otorga la Universidad a nombre de la Nación, en concordancia con las disposiciones legales vigentes;

Que, el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" Art. 32, Procedimientos para la Obtención del Título Profesional, ítems 09 y 10; señala que para efectos del inicio del desarrollo de la Tesis debe ser formalizada mediante Resolución Decanal;

Que, la Directora de la Unidad de Investigación, ha remitido a este Despacho el Oficio N° 086-UI/FP-UNICA-2024, adjuntando el Informe N° 026-CI-UI/FP-UNICA-2024, y demás anexos; para la formalización de la aprobación del Proyecto de Tesis titulado: **"TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES AMBULATORIOS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE ICA, 2023"**, presentado por la **Bach. GARCIA DEL PINO, ELVIA ALEXIA**; y asesorada por el Mag. **RAFAEL OCTAVIO, CARHUAYO ASCENCIO**, y se emita la Resolución Decanal correspondiente;

Que, según considerandos y visto; y en uso de las atribuciones conferidas al Decano mediante Resolución Rectoral N° 0603-R-UNICA-2023, Ley Universitaria N° 30220 y Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el Proyecto de Tesis titulado: **"TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES AMBULATORIOS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE ICA, 2023"**, presentado por la asesora **Bach. GARCIA DEL PINO, ELVIA ALEXIA**.

Artículo 2°.- Comunicar, la presente Resolución Decanal al **ASESOR Mag. RAFAEL OCTAVIO, CARHUAYO ASCENCIO** a la Bachiller **García del Pino, Elvia Alexia** a fin de que dé inicio al desarrollo de la tesis en los plazos establecidos en el Reglamento de Grados Académicos y Título Profesional vigente de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Artículo 3°.- Inscribir, en el Libro de Registro de Proyectos de Tesis aperturando una carpeta individual para la anotación de los avances de la acotada investigación.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dr. Máximo Isaac Sevillano Díaz
DECANO (R)

Anexo 2: Instrumentos de recolección de información

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)

Autores: Hayes, et. al. (2011)

Adaptación peruana: Cárdenas y Preciado (2020)

Nombres y Apellidos: _____

Fecha: _____ **Edad:** _____

Instrucciones:

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas ni preguntas engañosas. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1 = Completamente falso

2 = Rara vez cierto

3 = Algunas veces cierto

4 = A veces cierto

5 = Frecuentemente cierto

6 = Casi siempre cierto

7 = Completamente cierto

N°	Enunciado	1	2	3	4	5	6	7
1	Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.							
2	Evito o escapo de mis sentimientos.							
3	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.							
4	Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.							
5	Mis emociones me causan problemas en la vida.							
6	Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.							
7	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.							

Inventario de depresión Estado-Rasgo

Autores: Spielberger et. al. (2002)

Adaptación peruana: Sotelo et al. (2012)

Nombres y Apellidos: _____

Fecha: _____ **Edad:** _____

Instrucciones:

A continuación, se presenta una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea atentamente cada una de ellas y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente en este momento y generalmente. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEPRESIÓN ESTADO: En este momento:		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento bien.				
2	Estoy apenado.				
3	Estoy decaído.				
4	Estoy animado.				
5	Me siento desdichado.				
6	Estoy frustrado				
7	Estoy contento.				
8	Estoy triste.				
9	Estoy entusiasmado.				
10	Me siento enérgico.				
DEPRESIÓN RASGO: Generalmente		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11	Disfruto de la vida.				
12	Me siento desdichado.				
13	Me siento realizado.				
14	Me siento dichoso.				
15	Tengo esperanzas de que me irá bien en el futuro.				
16	Estoy decaído.				
17	No tengo ganas de nada.				
18	Me siento frustrado.				
19	Estoy triste.				
20	Me siento enérgico.				

Anexo 3: Autorización de aplicación de instrumentos



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
RED ICA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Se deja constancia que la señorita Elvia Alexia García del Pino, Bachiller de Psicología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, identificada con DNI N.º 71196450, realizó la aplicación de instrumentos de recolección de datos como parte de su trabajo de tesis titulado "Trastorno de evitación experiencial y depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023", en las instalaciones del Centro de Salud Mental Comunitario "Color Esperanza", en el marco de los lineamientos éticos y con previa coordinación institucional.

Cabe precisar que, para la realización de dicha aplicación, la señorita presentó previamente una solicitud formal ante la Dirección Regional de Salud (DIRESA), la cual fue evaluada por la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos y fue aprobada. Como resultado, se emitió un memorándum dirigido al centro por parte de la DIRESA en octubre del 2023, dirigido a la Jefatura del centro, a cargo del Licenciado Fernando Alejandro Jhon Rafael Huertas Bellido.

La aplicación se realizó durante el periodo comprendido entre abril y octubre del año 2024, bajo las siguientes modalidades:

- Aplicación grupal: en los Grupos de Ayuda Mutua realizados los días 06 y 16 de abril, y 16 de mayo de 2024.
- Aplicación individual: mediante teellamadas a los participantes previamente contactados.

Los participantes fueron debidamente informados del objetivo de la investigación y firmaron el consentimiento informado correspondiente. La intervención se realizó con respeto al marco institucional y sin afectar la atención regular del centro.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime convenientes.

Lic. Fernando Huertas Bellido
C.Ps.P. 34323
PSICÓLOGO

Ica, 14. De mayo del 2025

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente, me es grato dirigirme a usted y a su vez informarle que soy bachiller de Psicología de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” y estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de: Determinar si existe una relación entre la evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 203. Por ello, pido su autorización para participar en el presente estudio con el llenado de dos cuestionarios los cuales tomarán aproximadamente 15 min de su tiempo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Firma

Anexo 5: Matriz de consistencia

Matriz de Consistencia Interna

Trastorno de Evitación Experiencial y Depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Problema General: ¿Cuál es la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023?	Objetivo General: Determinar la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	Hipótesis General: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la depresión en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	Variable: Trastorno de Evitación experiencial. Dimensión: -Evitación experiencial Indicadores: Evitación experiencial (1,2,3,4,5,6,7)	Ordinal Leve Moderado Severo
Problemas Específicos: ¿Cuál es la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023?	Objetivos Específicos: Determinar la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	Hipótesis Específicas: Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	Variable: Depresión Estado-Rasgo Dimensiones: - Eutimia estado - Distimia estado - Eutimia rasgo - Distimia rasgo Indicadores: Eutimia estado	Ordinal Ausencia de depresión Presencia leve de depresión Presencia significativa de depresión
¿Cuál es la relación que existe entre el trastorno de evitación	Determinar la relación que existe entre el trastorno de evitación	Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación		

experiencial y la distimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023?	experiencial y la distimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	experiencial y la distimia estado en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	(1,4,7,9,10)
¿Cuál es la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023?	Determinar la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la eutimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	Distimia estado (2,3,5,6,8) Eutimia rasgo (11,13,14,15,20) Distimia rasgo (12,16,17,18,19)
¿Cuál es la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023?	Determinar la relación que existe entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	Existe una relación significativa entre el trastorno de evitación experiencial y la distimia rasgo en pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental Comunitario de Ica, 2023.	.

Anexo 6: Base de datos

DNI	DISTRITO	EDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	CIE-10 DX 1
1614****	SALAS	62	M	28/01/1962	F32.1
2157****	SALAS	48	F	23/06/1976	F41.2
7640****	SUBTANJALLA	25	F	27/03/1999	F41.2
7245****	ICA	22	F	4/11/2002	F41.1
7251****	ICA	29	M	03/01/1995	F41.1
2140****	ICA	66	F	25/09/1958	F43.2
2156****	ICA	47	F	02/06/1977	F31.3
7536****	ICA	26	F	31/07/1998	F41.1
4652****	SALAS	34	M	22/09/1990	F43.2
7131****	SALAS	32	M	11/10/1992	F32.1
7264****	SALAS	19	F	11/10/2005	F32.1
2153****	ICA	58	F	20/09/1966	F34.1
2151****	SUBTANJALLA	60	F	08/06/1964	F34.1
7540****	ICA	26	F	11/02/1998	F34.1
4196****	SALAS	41	F	10/07/1983	F32.1
7042****	SUBTANJALLA	24	F	10/12/2000	F32.1
7746****	SALAS	19	M	25/08/2005	F43.2
8015****	ICA	56	F	08/04/1968	F32.1
7380****	SALAS	22	F	13/05/2002	F41.1
4688****	SALAS	33	M	12/12/1991	F32.1
2149****	SALAS	56	F	10/07/1968	F41.2
7145****	SALAS	23	F	15/06/2001	F31.2
4276****	SUBTANJALLA	42	F	08/04/1982	F41.2
7126****	SALAS	24	F	02/06/2000	F32.1
7636****	SALAS	26	F	31/07/1998	F41.2
4007****	ICA	46	M	9/12/1978	F41.2
7274****	SALAS	29	F	19/03/1995	F41.2
7312****	SUBTANJALLA	25	F	14/08/1999	F41.2
7139****	SUBTANJALLA	19	F	13/07/2005	F41.2
7232****	ICA	29	F	30/11/1995	F41.2
4350****	SALAS	39	M	25/12/1985	F41.2
4077****	ICA	47	F	23/07/1977	F41.2
4813****	SALAS	31	F	28/12/1993	F41.2
4640****	SALAS	34	F	01/07/1990	F41.2
4266****	SALAS	43	F	30/09/1981	F41.2
2155****	SALAS	48	F	25/05/1976	F43.2
2157****	SALAS	27	F	03/08/1997	F32.1
2144****	SUBTANJALLA	58	F	18/01/1966	F41.2
7323****	SUBTANJALLA	21	F	15/09/2003	F41.2
7542****	SUBTANJALLA	20	F	20/04/2004	F32.1
3965****	SALAS	49	M	26/11/1975	F41.2
4721****	SALAS	36	M	25/10/1988	F41.2
2155****	SUBTANJALLA	49	F	19/01/1975	F41.2
2155****	SALAS	54	F	31/09/1969	F33.1
4699****	SALAS	32	F	05/04/1992	F41.1
7171****	SUBTANJALLA	32	M	02/01/1992	F41.1
2141****	SJB	66	M	30/11/1958	F41.1
7562****	SALAS	26	F	12/11/1998	F41.2
4476****	SALAS	37	F	28/07/1987	F41.2
4857****	SJB	31	M	27/10/1993	F41.9
4376****	SALAS	38	F	28/09/1986	F41.1
2151****	SUBTANJALLA	64	F	24/08/1960	F32.1
4087****	SALAS	43	F	21/03/1981	F41.0
7251****	ICA	23	F	30/12/2001	F43.2

4408****	SUBTANJALLA	43	F	3/11/1981	F33.0
4079****	SALAS	43	F	27/02/1981	F32.0
2153****	SALAS	49	F	24/07/1975	F32.0
7059****	SUBTANJALLA	26	F	15/04/1998	F41.9
2157****	SUBTANJALLA	48	F	01/03/1976	F41.1
7382****	SUBTANJALLA	19	F	02/03/2005	F41.2
4465****	SALAS	37	F	2/11/1987	F33.1
7047****	SALAS	28	M	07/06/1996	F41.1
7750****	SALAS	22	F	11/07/2002	F41.2
7353****	SALAS	24	F	07/02/2000	F33.1
6022****	SALAS	24	F	22/11/2000	F32.3
7219****	SALAS	22	F	24/04/2002	F32.0
6141****	SALAS	19	M	01/06/2005	F41.2
7672****	SUBTANJALLA	23	F	25/06/2001	F32.1
7156****	SUBTANJALLA	23	M	28/01/2001	F41.2
V1879****	SALAS	35	F	8/12/1989	F32.1
4857****	SALAS	54	F	04/02/1970	F32.1
4163****	SALAS	41	F	22/01/1983	F43.2
4456****	SUBTANJALLA	37	F	25/07/1987	F41.2
7546****	SALAS	24	F	18/08/2000	F32.1
2153****	ICA	53	F	9/10/1971	F34.1
4703****	SALAS	34	F	7/10/1990	F41.1
4108****	SUBTANJALLA	43	F	18/09/1981	F43.2
7318****	SUBTANJALLA	32	F	25/05/1992	F41.2
7153****	SUBTANJALLA	20	F	10/02/2004	F41.2
4031****	SALAS	26	M	27/09/1979	F32.1
6012****	SALAS	20	F	19/11/2004	F41.8
7324****	SALAS	19	F	25/04/2005	F32.1
4346****	SALAS	38	F	03/03/1986	F41.2

4346****	SALAS	38	F	03/03/1986	F41.2
9505****	SALAS	55	F	19/12/1969	F41.2
2144****	SUBTANJALLA	66	F	11/01/1958	F32.0
7705****	SALAS	22	M	12/01/2023	F41.2
4712****	SUBTANJALLA	32	M	08/02/1992	F41.9
4742****	ICA	32	M	18/09/1992	F41.2
4280****	SALAS	43	F	12/02/1990	F41.2
2140****	ICA	61	M	14/10/1963	F41.8
7110****	SALAS	24	M	26/10/2000	F33.1
7089****	SALAS	26	F	31/12/1998	F32.1
7145****	SUBTANJALLA	28	F	27/01/1996	F41.9
4589****	SUBTANJALLA	35	F	09/06/1989	F41.2
4625****	SALAS	36	F	11/08/1988	F32.1
7025****	SUBTANJALLA	26	M	18/03/1998	F43.2
7737****	SALAS	20	F	09/01/2004	F31.9
7082****	SUBTANJALLA	28	F	12/04/1995	F41.2
7247****	SALAS	24	M	12/08/1999	F41.1
4135****	SUBTANJALLA	41	F	20/06/1982	F41.2
4818****	SUBTANJALLA	30	F	16/06/1993	F34.1
7307****	SALAS	28	F	02/03/1996	F32.1
7621****	SUBTANJALLA	23	F	26/04/2000	F32.1
7366****	SUBTANJALLA	26	F	16/08/1997	F33.1
7567****	SALAS	19	F	26/07/2004	F41.2
2149****	SALAS	61	F	14/04/1963	F32.1
4368****	SALAS	33	F	22/10/1991	F32.1
4550****	SALAS	22	F	17/08/2002	F32.1
7323****	SALAS	25	F	29/06/1999	F32.1
2145****	SALAS	62	M	19/06/1962	F41.2

Anexo 7: Fotografías





