

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

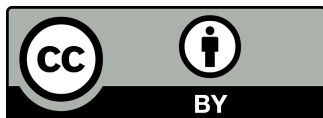
**Evitación experiencial y adherencia al
tratamiento en usuarios del centro de salud
mental comunitario «Valle del Mantaro»-2024**

Jose Antonio Quispe Pacheco
Jheraldy Marjorie Araujo Benancio

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

**INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN**

A : Decana de la Facultad de Humanidades
DE : Jorge Antonio Salcedo Chuquimantari
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 18 de Marzo de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario "Valle del Mantaro" – 2024.

Autor:

1. Jose Antonio, Quispe Pacheco – EAP. Psicología
2. Jheraldy Marjorie, Araujo Benancio – EAP. Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 19 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- | | | |
|--|--|--|
| • Filtro de exclusión de bibliografía | SI ☐ | NO ☒ |
| • Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): 40 | SI ☒ | NO ☐ |
| • Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante | SI ☒ | NO ☐ |

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

Asesor de trabajo de investigación

Dedicatoria

En primer lugar, a mí, por la perseverancia con la que he enfrentado cada desafío. A mi familia, por su apoyo incondicional y por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles. Finalmente, a la Madre Tierra, por recordarnos la importancia de cuidar nuestro entorno y brindarnos el espacio para crecer en armonía con el universo

José Antonio Quispe Pacheco

Agradezco a Dios por ser mi guía y fortaleza en este viaje universitario. A mi familia, por su fe, apoyo incondicional y constante motivación. A mí, por confiar en mi capacidad y mantener viva mi fe, con el firme propósito de servir a los demás

Jheraldy Marjorie Araujo Benancio

Agradecimientos

A lo largo del proceso de elaboración de esta tesis, muchas personas e instituciones han sido fundamentales en nuestro desarrollo académico y personal. En primer lugar, queremos agradecer a nuestras familias, por su amor incondicional, paciencia y apoyo constante, los cuales nos motivaron a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

Agradecemos profundamente a nuestro asesor, quien con su conocimiento, orientación y dedicación nos ayudó a perfeccionar este trabajo. Su sabiduría y consejos fueron fundamentales para la realización de esta investigación.

No podemos dejar de mencionar al personal del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”, por su colaboración y disposición, permitiendo que este estudio fuera posible. También, a todos los participantes, sin los cuales esta investigación no habría podido llevarse a cabo.

Finalmente, agradecemos a nuestros amigos y compañeros de estudios, por su camaradería y apoyo constante, así como a todos aquellos que de alguna manera contribuyeron a la culminación de este proyecto.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue analizar la relación entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” en 2024. La investigación fue de tipo básico, con un enfoque cuantitativo y un diseño correlacional no experimental. La evitación experiencial, definida como la tendencia a evitar experiencias internas negativas, se evaluó mediante el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), mientras que la adherencia al tratamiento se midió con la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT). La muestra estuvo conformada por 130 usuarios, seleccionados bajo criterios de inclusión que consideraron edades entre los 18 y 65 años y diagnósticos de trastornos moderados a severos, con un tiempo mínimo de atención de dos meses. La relación entre las variables se analizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados no mostraron una correlación significativa entre ambas variables ($\rho = 0.129$; $p = 0.142$), lo que sugirió que la evitación experiencial no influyó directamente en la adherencia al tratamiento en esta población. Se concluyó que, si bien no se encontró una relación significativa entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento, sí se halló una asociación significativa con la dimensión de autoeficacia. Esto sugiere que la evitación experiencial podría estar vinculada con la percepción de capacidad para sostener el tratamiento, aunque no se relacione directamente con la conducta adherente general. Así, la autoeficacia se plantea como una posible variable mediadora cuya interacción con la evitación debería explorarse en futuras investigaciones. También se recomienda incluir factores psicosociales como el apoyo social o la calidad de la alianza terapéutica, los cuales podrían incidir más directamente en la adherencia global y fortalecer las intervenciones en salud mental.

Palabras clave: evitación experiencial, adherencia al tratamiento, inflexibilidad psicológica, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), salud mental.

Abstract

The objective of the present research was to analyze the relationship between experiential avoidance and adherence to treatment in users of the “Valle del Mantaro” Community Mental Health Center in 2024. The research was basic, with a quantitative approach and a non-experimental correlational design. Experiential avoidance, defined as the tendency to avoid negative internal experiences, was assessed using the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), while adherence to treatment was measured with the Therapeutic Adherence Scale (EAT). The sample consisted of 130 users, selected under inclusion criteria that considered ages between 18 and 65 years and diagnoses of moderate to severe disorders, with a minimum time of attention of two months. The relationship between the variables was analyzed using Spearman's correlation coefficient. The results showed no significant correlation between the two variables ($\rho = 0.129$; $p = 0.142$), which suggested that experiential avoidance did not directly influence treatment adherence in this population. However, previous research had shown that experiential avoidance was related to factors such as self-efficacy, which could have had a greater impact on adherence. It was concluded that, although no significant relationship was found between experiential avoidance and treatment adherence overall, a significant relationship was found between experiential avoidance and treatment adherence.

Keywords: experiential avoidance, treatment adherence, psychological inflexibility, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), mental health.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	IV
Agradecimientos	V
Resumen.....	VI
Abstract	VII
Introducción	XIII
CAPÍTULO I:	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. Planteamiento del Problema de Investigación	16
1.2. Formulación del Problema	19
1.3. Objetivos de la Investigación	20
1.3.1. Objetivo general.....	20
1.3.2. Objetivos específicos	20
1.4. Justificación e Importancia.....	20
1.4.1. Justificación teórica	20
1.4.2. Justificación práctica.....	21
1.4.3. Justificación metodológica.....	22
1.5. Hipótesis y descripción de variables	22
1.5.1. Hipótesis	22
1.5.2. Descripción de variables	23
CAPÍTULO II	27
MARCO TEÓRICO.....	27

2.1.	Antecedentes	27
2.1.1.	Antecedentes internacionales.....	27
2.1.2.	Antecedentes nacionales	30
2.1.3.	Antecedentes locales	36
2.2.	Bases Teóricas.....	37
2.2.1.	Evitación experiencial.....	37
2.2.2.	Adherencia al tratamiento	47
2.3.	Definición de términos básicos	53
CAPÍTULO III.....		54
METODOLOGÍA		54
3.1.	Método de Investigación	54
3.2.	Tipo de investigación	54
3.3.	Diseño de investigación	55
3.4.	Población.....	56
3.5.	Muestra.....	57
3.6.	Criterios de inclusión	58
3.7.	Criterios de exclusión.....	58
3.8.	Técnica de recolección de datos.....	58
3.9.	Instrumentos	59
3.9.1.	Escala de aceptación y acción (AAQ-II)	59
3.9.2.	Escala de adherencia terapéutica (EAT)	60

3.10. Procesamiento de recolección de datos	61
3.11. Análisis de datos.....	62
3.12. Aspectos éticos.....	62
CAPÍTULO IV:	63
RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	63
4.1. Presentación de resultados	63
4.2. Descripción de resultados.....	63
4.3. Prueba de hipótesis.....	70
4.3.1. Prueba de hipótesis general.....	71
4.3.2. Prueba de hipótesis específicas	72
4.4. Discusiones.....	76
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS.....	87

Índice de Tablas

Tabla 1 Estadísticos de confiabilidad	60
Tabla 2 Estadísticos de confiabilidad Adherencia al tratamiento	61
Tabla 3 Frecuencia de evitación experiencial total.....	63
Tabla 4 Frecuencia de la adherencia al tratamiento.....	65
Tabla 5 Dimensión Control de ingesta de medicamentos alimentos	66
Tabla 6 Dimensión seguimiento médico conductual	67
Tabla 7 Dimensión autoeficacia.....	69
Tabla 8 Pruebas de normalidad.....	71
Tabla 9 Correlación entre evitación experiencial y adherencia al tratamiento	72
Tabla 10 Correlación entre evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.....	73
Tabla 11 Correlación entre evitación experiencial y la dimensión seguimiento médico conductual	74
Tabla 12 Correlación entre evitación experiencial y la dimensión autoeficacia	75

Índice de Figuras

Figura 1 Niveles de evitación experiencial.....	64
Figura 2 Niveles de adherencia al tratamiento.....	65
Figura 3 Dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.....	67
Figura 4 Dimensión seguimiento médico conductual.....	68
Figura 5 Dimensión autoeficacia	70

Introducción

La salud mental es un tema de gran relevancia tanto a nivel mundial como nacional, debido a su impacto directo en la calidad de vida de millones de personas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 1,000 millones de personas vivían con un trastorno mental en 2020, cifra que aumentó significativamente debido a la pandemia de COVID-19. Los trastornos más prevalentes incluyen la depresión y los trastornos de ansiedad, los cuales experimentaron un incremento del 26% y 28%, respectivamente, en tan solo un año (OMS, 2022b). A pesar de que existen tratamientos efectivos para estos trastornos, una gran proporción de la población afectada no recibe una atención adecuada, debido a múltiples factores como la estigmatización, discriminación y falta de acceso a servicios de salud mental (ONU, 2022b).

En el Perú, la situación de la salud mental no es menos preocupante. El Ministerio de Salud (Minsa) informa que alrededor de 295,000 personas padecen trastornos mentales graves, lo que les impide tener una vida social plena (Minsa, 2018). Las condiciones más comúnmente atendidas en los centros de salud mental incluyen trastornos relacionados con el uso de sustancias, trastornos de personalidad, esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo, como la depresión (Minsa, 2018). La adherencia al tratamiento, entendida como el seguimiento adecuado de las indicaciones terapéuticas, se considera crucial para el éxito de cualquier intervención en salud mental. Sin embargo, las barreras para la adherencia incluyen efectos secundarios de medicamentos, estigmatización, baja motivación y falta de apoyo social (OMS, 2004).

Por otro lado, la evitación experiencial, definida como la tendencia a evitar o controlar experiencias internas desagradables (Hayes et al., 1996), es un constructo que ha sido relacionado con diversas patologías psicológicas, incluyendo la ansiedad y la depresión. La

evitación experiencial es considerada un factor clave que puede interferir en la adherencia al tratamiento, ya que los individuos que tratan de evitar emociones dolorosas pueden ser menos propensos a seguir los tratamientos que podrían generar un malestar temporal, pero necesario para la mejora a largo plazo (Wilson & Luciano, 2002).

Este estudio tiene como objetivo principal analizar la relación entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” en el año 2024. A través de esta investigación, se espera generar un aporte significativo para mejorar las intervenciones clínicas y promover una mayor adherencia al tratamiento entre las personas que enfrentan trastornos mentales. El presente estudio está organizado en seis capítulos, que se reseñan a continuación.

Capítulo I: Planteamiento del Problema, presenta la problemática de la salud mental a nivel global y nacional, y describe los objetivos y justificación del estudio, que se centra en la relación entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento.

Capítulo II: Marco Teórico, revisa estudios y teorías previas sobre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento, con énfasis en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y su aplicación en salud mental.

Capítulo III: Metodología, describe el enfoque cuantitativo de tipo correlacional no experimental, la población estudiada, los instrumentos utilizados para medir las variables, y el análisis de los datos.

Capítulo IV: Resultados, presenta los hallazgos del análisis de datos, detallando las correlaciones entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento, y cómo estas influyen en las diferentes dimensiones del tratamiento.

Capítulo V: Discusión, analiza los resultados en comparación con estudios anteriores, discutiendo sus implicaciones para la práctica clínica y sugiriendo áreas de mejora y futuras investigaciones.

Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones, ofrece conclusiones clave sobre la relación entre las variables estudiadas y proporciona recomendaciones para fortalecer la adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos mentales.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema de Investigación

La salud mental es un problema de creciente preocupación tanto a nivel global como nacional, con implicaciones profundas para la salud pública y el bienestar social. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2020 reveló que solo el 51% de los 194 países miembros cumplían con las normativas de derechos fundamentales en salud mental, muy por debajo de la meta del 80% establecida globalmente. Además, únicamente el 52% de los estados habían implementado programas eficaces de prevención y promoción de la salud mental (OMS, 2021). Esto pone en evidencia la gravedad del problema, con casi 1000 millones de personas viviendo con algún trastorno mental y cada año tres millones de muertes atribuibles al consumo nocivo del alcohol, mientras que cada 40 segundos una persona se suicida (OMS, 2022a). Los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad, ya que afectan la autonomía, el desempeño laboral, las relaciones interpersonales y el autocuidado. Las dificultades cognitivas, emocionales y conductuales pueden limitar la funcionalidad de manera crónica, agravadas por la falta de acceso a tratamiento y el estigma social. Esto refuerza la exclusión y dificulta la integración plena en la sociedad (OMS, 2022b).

En América Latina se presenta un panorama igualmente alarmante. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), los trastornos mentales, neurológicos y el uso de sustancias (TMNS) representan más de un tercio del total de la discapacidad en la región, con el 34% de los años perdidos por discapacidad (APD) atribuidos a estas condiciones. En el Perú, este impacto es aún mayor, alcanzando el 35% del total de APD. El suicidio, en particular, ha aumentado un 17% en América Latina, lo que evidencia un empeoramiento en la situación de salud mental y una crisis

de acceso a los servicios de salud mental, donde el 80% de los pacientes con trastornos graves no reciben atención adecuada, situándolos en una posición de extrema vulnerabilidad (Barboza, 2022).

Dentro del contexto peruano, los problemas de salud mental más atendidos en los servicios ambulatorios reflejan una diversidad de trastornos. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas representan el 3.2% de los casos, los trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos el 3.8%, y los trastornos esquizofrénicos y delirantes alcanzan un 5%. Asimismo, los problemas derivados de la violencia familiar constituyen el 8.7%, mientras que los trastornos emocionales y del comportamiento que se manifiestan en la infancia y adolescencia suman el 10.3%. Los trastornos del desarrollo psicológico (16%) y los trastornos del humor, como la depresión (20%), también ocupan un porcentaje importante, siendo los trastornos neuróticos y los relacionados con el estrés y somatomorfos los más prevalentes con un 25.9% del total de casos atendidos (Minsa, 2018). Estos datos no solo subrayan la diversidad de trastornos mentales que afectan a la población, sino también la magnitud del reto que representa brindar atención adecuada.

Uno de los comportamientos asociados con la mala gestión de la salud mental es la "evitación experiencial", definida como la tendencia a evitar o controlar experiencias internas como pensamientos, emociones o recuerdos, que, aunque alivia a corto plazo, genera mayor malestar a mediano y largo plazo (Hayes et al., 1996; Wilson & Luciano, 2002; Santamaría, 2020). Esta tendencia es especialmente preocupante en el contexto universitario. Por ejemplo, un estudio de Sánchez et al. (2021) reveló que el 40.3% de los estudiantes peruanos presentaban niveles moderados a severos de evitación experiencial, correlacionándose con problemas de ansiedad, depresión y somatización. A nivel internacional, estudios también han vinculado la evitación experiencial con trastornos más severos. Roemer y Orsillo (2005) encontraron que la evitación

experiencial era un predictor significativo en la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y, en pacientes con TAG clínico, esta conducta se asociaba más con la depresión que con la preocupación. Begotka et al. (2004) también hallaron una correlación positiva significativa entre la evitación experiencial y la severidad de la tricotilomanía.

Otro aspecto crítico que afecta el manejo de los trastornos mentales es la adherencia al tratamiento. La OMS define la adherencia como el cumplimiento de las indicaciones médicas a lo largo del proceso terapéutico, pero en los países desarrollados, solo el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas siguen su tratamiento correctamente (Pfizer, 2010). La baja adherencia agrava los trastornos mentales y representa un desafío en la salud pública. La Federación Mundial de la Salud Mental (2016) destaca que, incluso cuando los pacientes reciben la medicación adecuada, el cumplimiento sigue siendo bajo debido a factores como el estigma, la saturación de los profesionales de salud, los efectos secundarios de los medicamentos y la falta de comprensión sobre el propósito de los tratamientos recetados.

En conclusión, la situación actual de la salud mental en Perú e internacionalmente hablando refleja no solo la variedad de trastornos que afectan a la población, sino también los múltiples obstáculos que impiden una atención adecuada. La evitación experiencial y la baja adherencia al tratamiento complican aún más el panorama, poniendo de manifiesto la necesidad de intervenciones más efectivas y centradas en la eliminación del estigma y la mejora de los sistemas de salud. En este contexto, es necesario aplicar la investigación en el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”, debido a que estos centros se especializan en la atención de usuarios con diagnósticos de trastornos mentales moderados a graves, los cuales representan los casos más críticos y desafiantes en términos de manejo y adherencia al tratamiento. Estos establecimientos no solo brindan atención integral y especializada, sino que también son

fundamentales para cerrar la brecha en la atención de salud mental en poblaciones vulnerables. Además, generar evidencia sobre la relación entre evitación experiencial y adherencia en este grupo permitirá diseñar estrategias personalizadas que fortalezcan la capacidad de estos centros para mejorar la calidad de vida de los usuarios y maximizar el impacto de las intervenciones en salud mental

Por todo lo referido y dada la evidente problemática e incremento de trastornos mentales, además de ser uno de los problemas principales de discapacidad vividos, es de vital importancia investigar estas variables, con el fin de tener conocimiento sobre la relación entre la evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024. Igualmente, postular y dar la contribución para concientizar y fortalecer la adherencia al tratamiento.

1.2. Formulación del Problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024?

Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y la dimensión seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024?

- ¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación existente entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.
- Identificar la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.
- Identificar la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

1.4. Justificación e importancia

1.4.1. Justificación teórica

La presente investigación se ampara en la teoría de marcos relacionales propuesta por Hayes, que establece que los procesos psicológicos complejos se estructuran a través de relaciones aprendidas entre estímulos, generando patrones conductuales que pueden facilitar o dificultar la adaptación del individuo a diversas situaciones. En este sentido, la evitación experiencial surge como un fenómeno clave, al reflejar la resistencia de las personas a aceptar sus experiencias

internas, lo cual impacta de manera directa en su adherencia a los tratamientos médicos o psicológicos.

Esta investigación no solo busca validar la aplicabilidad de la teoría de marcos relacionales en un contexto real, sino también expandir su alcance teórico al explorar cómo las experiencias privadas, moduladas por la evitación experiencial, influyen en el seguimiento de tratamientos en poblaciones con trastornos moderados a severos. Este conocimiento no ha sido suficientemente abordado en la literatura científica, lo que convierte este estudio en un aporte valioso que puede nutrir futuros marcos teóricos en psicología clínica y contribuir al diseño de nuevas estrategias terapéuticas basadas en la aceptación y el compromiso.

1.4.2. Justificación práctica

La salud mental enfrenta una brecha significativa a nivel mundial, evidenciada por la falta de acceso a servicios adecuados, la alta prevalencia de trastornos mentales y los bajos niveles de adherencia al tratamiento. En este escenario, determinar la relación entre la evitación experiencial y la adherencia terapéutica representa una oportunidad para generar conocimientos aplicables que respondan a las necesidades de los usuarios de los Centros de Salud Mental Comunitarios, quienes presentan trastornos moderados a severos.

Los resultados de esta investigación permitirán identificar factores específicos que afectan el cumplimiento de los tratamientos en esta población, contribuyendo a desarrollar intervenciones prácticas para mejorar la adherencia. Estas medidas podrían incluir programas de psicoeducación, estrategias basadas en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y modelos de seguimiento personalizado que fomenten una mayor aceptación de las experiencias internas por parte de los pacientes. A largo plazo, este estudio tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de los

usuarios, reducir la carga para los sistemas de salud y establecer un modelo replicable en otros entornos comunitarios.

1.4.3. Justificación metodológica

Este estudio emplea instrumentos validados internacionalmente, como el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) para medir la evitación experiencial y la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) para evaluar el seguimiento de los tratamientos. La elección de estos instrumentos no solo garantiza la precisión y validez de los datos recopilados, sino que también permite integrar metodologías cuantitativas que han demostrado ser efectivas en el análisis de variables psicológicas complejas.

Lo innovador de este estudio radica en la combinación de estas herramientas para explorar la relación entre dos variables que no han sido investigadas de manera conjunta en contextos internacionales, nacionales o regionales. La integración de estos instrumentos en una población específica de usuarios de centros de salud mental comunitarios con diagnósticos moderados a severos representa un enfoque metodológico único que contribuirá al avance de la investigación en psicología clínica y salud mental. Además, los resultados obtenidos pueden ser utilizados como referencia en estudios futuros, así como para validar el uso de estos instrumentos en poblaciones culturalmente diversas, ampliando su aplicabilidad y utilidad en entornos locales y globales.

1.5. Hipótesis y descripción de variables

1.5.1. Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación significativa entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.
- Existe relación significativa entre la dimensión seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.
- Existe relación significativa entre la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

1.5.2. Descripción de variables

Variable 1: Evitación experiencial. Este constructo es de carácter cuantitativo, evaluado con puntuaciones del AAQ-II de Campos. Para Hayes et al. (2004), “fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con sus experiencias privadas y toma medidas para alterar la frecuencia del contexto en el que ocurren, incluso cuando estas estrategias de evitación generan daño conductual.” (p. 554).

Variable 2: Adherencia al tratamiento. Este constructo es de carácter cuantitativo, evaluado con puntuaciones de EAT de Inche y Paucar. Según Soria et al. (2009), la adherencia al tratamiento en el área psicológica es un grupo de conductas para el acatamiento de los medicamentos, que mantienen el control de las enfermedades. Estas conductas manifiestas se asumirían si el usuario cumple con sus fármacos y alimentación sugerida, si sus comportamientos son positivos para la mejoría de su salud y si la afirmación que lo que realiza es con el fin de atenuar su enfermedad.

Operacionalización de variables

Variable de estudio: Evitación experiencial			
Definición de la variable: Hayes et al. (2004) definieron la evitación experiencial como “fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con sus experiencias privadas y toma medidas para alterar la frecuencia del contexto en el que ocurren, incluso cuando estas estrategias de evitación generan daño conductual.” (p. 554).			
Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala
Unidimensional	Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	Escala tipo Likert 1 = Nunca es verdad 2= Muy raramente es verdad 3 = Raramente es verdad 4 = A veces es verdad 5 = Frecuentemente es verdad 6 = Casi siempre es verdad 7 = Siempre es verdad
	Tengo miedo de mis sentimientos.	2	
	Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	3	
	Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	4	
	Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	5	
	Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	6	
	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	7	

Variable de estudio: Adherencia al tratamiento

Definición de la variable: Conductas dirigidas hacia el cumplimiento de la ingesta de medicación prescrita por el profesional de la salud, cuyos comportamientos realizados por el paciente contribuirán en el control de la sintomatología del malestar (Soria et al., 2009).			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	Si me recetan medicamentos, los tomaría de manera puntual.	1	Escala tipo Likert 1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = Frecuentemente 4 = Muy frecuente 5 = Siempre
	No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	2	
	Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	3	
	Estoy dispuesto a dejar algo placentero, como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el especialista me lo ordena.	4	
	Si el especialista me recomienda una actividad específica, la cumpliría.	5	
	Si el especialista me genera confianza, sigo el tratamiento.	6	
	Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio, lo haría.	7	
Seguimiento médico conductual	Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy pendiente de la llamada.	8	
	Asisto a mis sesiones de manera puntual.	9	
	Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	10	
	Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	11	
	Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	12	
	Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	13	
	Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	14	

	Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	15	
Autoeficacia	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	16	
	Cuando siento que los síntomas desaparecen, dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	17	
	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.	18	
	Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	19	
	Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	20	
	Aunque sienta que el tratamiento sea complicado, lo sigo.	21	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Vázquez-Morejón (2017), en su investigación titulada *La evitación experiencial y la autoestima como factores de vulnerabilidad psicosocial en los trastornos emocionales: ¿variables independientes o relacionadas?*, tuvo como objetivo profundizar el conocimiento de la relación entre evitación experiencial y los trastornos emocionales, haciendo uso del diseño transversal en una muestra de 174 usuarios con atenciones en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC). Para la recolección de información se emplearon los instrumentos BEAQ para medir el grado de evitación experiencial, la escala de autoestima de Rosenberg (PHQ-9) para los síntomas depresivos y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para sintomatología ansiosa. Los resultados afirman que la autoestima es un papel mediador tanto en la relación entre evitación experiencial y los síntomas depresivos, como en la relación entre evitación experiencial y los síntomas ansiosos.

Ruiz-Ruano et al. (2020), en su investigación titulada "Evitación experiencial y uso abusivo del smartphone: un enfoque bayesiano", tuvieron como objetivo analizar la relación entre el uso abusivo del teléfono móvil y la evitación experiencial, con un enfoque en el papel mediador del sexo. El estudio, de diseño correlacional, utilizó inferencia bayesiana y redes bayesianas. La muestra incluyó a 1176 participantes, de los cuales 828 eran mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 82 años. Se emplearon la escala SAS-SV para evaluar el uso problemático del móvil y el AAQ-II para medir la evitación experiencial. Los resultados mostraron una relación directa entre el uso abusivo del móvil, la evitación experiencial y el uso de redes sociales, además de que

el sexo desempeña un rol mediador en estas variables. Estos hallazgos son valiosos para comprender el uso saludable y patológico del teléfono móvil y orientar el tratamiento de trastornos derivados de su mal uso.

Tafur (2023), en su estudio titulado *Evitación experiencial y salud mental en habitantes afectados por el aluvión del 2022, sector “La Comuna-Quito”*, tuvo como objetivo asociar la evitación experiencial y la salud mental en los habitantes de la Comuna de Santa Clara afectados por el aluvión, además de describir las frecuencias de cada variable. La investigación, con un enfoque cuantitativo y metodología descriptivo-relacional, fue de diseño transversal y no experimental. La muestra estuvo compuesta por 50 participantes mayores de 18 años que habitaban el sector “La Comuna” y se autopercebían como afectados por el aluvión. Los resultados mostraron que el 38% de los participantes presentaban puntuaciones de evitación experiencial mayores al rango de la población general sin problemas clínicos (>23), y el 36% eran casos probables de problemas de salud mental. Asimismo, se encontró una relación significativa entre las dos variables ($p < 0,05$) con un tamaño de efecto grande (V de Cramer .958). En conclusión, se determinó una relación estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y la salud mental en los habitantes del sector “La Comuna–Quito” afectados por el aluvión.

Rondón y Angelucci (2021), en su investigación titulada “Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo”, se propusieron determinar si la adherencia al tratamiento predice la depresión o si la depresión es el predictor de la adherencia. El estudio, de diseño transeccional-causal, se llevó a cabo en una muestra de 278 pacientes con un promedio de 59 años, diagnosticados con diabetes tipo 2. Para la recolección de datos, se emplearon instrumentos como el Cuestionario Tridimensional de la Depresión, el Instrumento para medir el estilo de vida en

diabéticos, el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento y la Escala de Social Network and Support. Los resultados obtenidos mostraron que ambos modelos (adherencia al tratamiento-depresión y depresión-adherencia al tratamiento) presentan la misma bondad de ajuste. Así, con base en el Modelo de Ecuaciones Estructurales utilizado, se concluyó que es equivalente que la adherencia al tratamiento prediga la depresión o que la depresión sea la que prediga la adherencia al tratamiento.

Alvear y Sandoval (2024), en su estudio titulado “Adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: revisión sistemática”, analizaron los factores que afectan la adherencia a este tipo de tratamiento. El estudio se realizó mediante la revisión de bases de datos como Pubmed, Scopus, SciELO, Latindex, DOAJ y BioMed. Se encontró que el grado de adherencia era medio a bajo, siendo peor en mujeres jóvenes y en pacientes con esquizofrenia y trastornos depresivos. Las principales causas de no adherencia fueron los olvidos y las variaciones en la indicación médica. En conclusión, la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades mentales graves es de naturaleza multifactorial.

Maigua (2023), en su investigación titulada *Depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico en personas adultas, que asisten a la Unidad Solca Imbabura*, estableció la dinámica de la adherencia a los tratamientos oncológicos. El objetivo del estudio fue analizar la relación entre depresión, ansiedad y adherencia al tratamiento en 109 personas adultas diagnosticadas con cáncer de mama, atendidas en la Unidad Solca Imbabura. Con una metodología cuantitativa descriptiva correlacional, se utilizaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para medir los niveles de ansiedad y depresión, y el Cuestionario Breve de Medicamentos (BMQ) para evaluar la adherencia al tratamiento. Los resultados

mostraron diferencias significativas entre los pacientes en tratamiento hospitalario y aquellos en remisión, con un p-valor de 0,025 para la variable de depresión y 0,011 para la adherencia específica, lo que indica un comportamiento distinto en ambos grupos con respecto a estas variables.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Vega y Valdivia (2022), en su investigación titulada *Evitación experiencial en estudiantes de psicología de universidades privadas y nacionales ubicadas en Lima Metropolitana*, tuvieron como objetivo describir y comparar la evitación experiencial en función de la universidad de procedencia, ciclo académico, sexo y grupo etario. El estudio fue de tipo descriptivo y comparativo. La muestra estuvo conformada por 401 participantes, de los cuales 276 eran de universidades privadas y 125 de universidades nacionales. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Aceptación y Acción - II, aplicado mediante una encuesta en línea compartida a través de redes sociales. Los resultados mostraron que sí existe evitación experiencial entre los estudiantes, encontrándose diferencias significativas según el ciclo académico, el grupo etario y el sexo.

Dellachiesa (2021), en su tesis titulada *Autocompasión y evitación experiencial, una relación inversa en adultos jóvenes de Lima Metropolitana*, tuvo como objetivo analizar la relación entre la autocompasión (AC) y la evitación experiencial (EE) en adultos jóvenes de Lima Metropolitana. El estudio fue de tipo no experimental, con un diseño transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 243 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para medir las variables, se emplearon la Escala de Autocompasión (SCS) y la Escala de Aceptación y Acción II (AAQ-II). Los resultados revelaron una relación negativa y fuerte entre la AC y la EE. Se encontró que la EE se correlacionó

negativamente con las dimensiones positivas de la AC (auto-amabilidad, humanidad compartida, conciencia plena) y positivamente con las dimensiones negativas (auto-juicio, aislamiento, sobre-identificación). Se realizaron análisis complementarios que mostraron diferencias según el sexo. Este estudio aporta evidencia sobre el uso de la autocompasión como herramienta terapéutica.

Vega (2020), en su investigación titulada *Evitación experiencial y procrastinación académica en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2020*, tuvo como objetivo establecer la relación entre la evitación experiencial y la procrastinación académica en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. El estudio fue de tipo básico, con un nivel correlacional y diseño transversal. La muestra incluyó a 57 estudiantes pertenecientes a la Escuela Profesional de Química de una universidad nacional. Para la medición de las variables, se utilizaron el Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) para la evitación experiencial y la Escala de Procrastinación Académica (EPA) para la procrastinación académica. Los resultados mostraron una correlación positiva, pero débil, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.306 entre la evitación experiencial y la procrastinación académica. También se encontró una relación positiva entre la evitación experiencial y la autorregulación académica, con un coeficiente de Pearson de 0.402. Además, se observaron diferencias significativas según el sexo en la procrastinación académica y la autorregulación académica tras la aplicación de la prueba t de Student.

Rivas (2022), en su estudio titulado *Desregulación emocional y evitación experiencial en estudiantes de prácticas pre profesionales de psicología de un centro de prácticas de Lima Metropolitana*, tuvo como objetivo establecer la relación entre ambas variables en los estudiantes mencionados. El estudio utilizó un diseño correlacional no experimental con un enfoque cuantitativo y un corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 108 estudiantes seleccionados

mediante muestreo no probabilístico e intencional, de los cuales 74 eran mujeres y 34 hombres, con edades comprendidas entre 20 y 47 años. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II). Los resultados mostraron una correlación fuerte y significativa entre la desregulación emocional y la evitación experiencial, y todas las dimensiones de la DERS mantuvieron correlaciones positivas y altamente significativas con la evitación experiencial.

Acosta (2021), en su estudio titulado *Preferencias de comunicación médico-paciente y adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados*, tuvo como objetivo investigar la relación entre las preferencias de comunicación médico-paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados del INEN. El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 70 pacientes oncológicos ostomizados, de ambos sexos, con edades de entre 18 y 69 años. Se utilizaron el Cuestionario de Preferencias de Comunicación Médico-Paciente en Pacientes Oncológicos, adaptado por Paredes (2015), y la Escala de Adherencia al Tratamiento de Cáncer (EATC), creada por Raymundo (2011). Los resultados indicaron que no existe una relación significativa entre las preferencias de comunicación y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, se encontró una asociación significativa ($p > 0.05$) entre las preferencias de comunicación y el cuidado-aseo, en la escala de soporte emocional. En cuanto a los niveles de preferencia de comunicación, los factores de diagnóstico asertivo y el elemento información fueron los de mayor preferencia. Solo el 24.3% de los pacientes presentaron altos niveles de adherencia al tratamiento. Estos resultados sugieren la necesidad de desarrollar nuevas líneas de investigación, actualizar datos y estructurar programas psicoeducativos para mejorar los niveles de adherencia en la población oncológica.

García (2023), en su investigación titulada *Salud mental y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes de un hospital público de Iquitos. 2022*, tuvo como objetivo evaluar la salud mental y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Hospital Regional de Loreto. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, analítico, transversal y prospectivo. Para evaluar la salud mental, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, que analiza la presencia de psicopatología basada en síntomas de depresión y ansiedad. La adherencia al tratamiento de hemodiálisis se midió mediante el Test de Morisky-Green, que clasifica a los pacientes como adherentes si todas las respuestas son favorables durante un año. La población estuvo conformada por 93 pacientes que cumplían los criterios de selección. Los resultados mostraron que el 73.3% de los pacientes presentaron psicopatología según el test de Goldberg; de ellos, el 68.8% presentó síntomas de ansiedad y el 83.9% síntomas de depresión. Además, el 48.4% de los pacientes no fueron adherentes al tratamiento de hemodiálisis.

Ramos (2024), en su estudio titulado *Depresión y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica en Essalud, Cusco - Perú, 2024*, tuvo como objetivo analizar la relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en este tipo de pacientes. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, correlacional, transversal y prospectivo. La muestra incluyó a 163 pacientes, y se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: el cuestionario de depresión de Beck-II y el cuestionario de adherencia SMAN. Los resultados mostraron una correlación negativa significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento, con un coeficiente de Spearman de -0.513 ($p < 0.001$), lo que indica que un mayor nivel de depresión está asociado a una menor adherencia al tratamiento de hemodiálisis. En cuanto a las características de los pacientes, el 39.2% presentaba depresión leve, el 83.4% tenía una muy buena adherencia al tratamiento, el 65% eran

hombres, el 57.1% tenía más de 60 años, y el 36.2% llevaba entre 1 y 5 años en tratamiento de hemodiálisis. En conclusión, se identificó una correlación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento, destacando que, a pesar del nivel de depresión, la mayoría de los pacientes mantuvo una alta adherencia al tratamiento.

Moler y Cachi (2024), en su investigación titulada *Síntomas depresivos como factor asociado a la no adherencia al tratamiento en pacientes adultos diagnosticados con Lupus Eritematoso Sistémico entre los años 2017 y 2019 atendidos en el área de Reumatología del hospital María Auxiliadora (HMA)*, tuvieron como objetivo evaluar la relación entre los síntomas depresivos y su impacto en la adherencia al tratamiento en pacientes con LES. Se consideraron varias variables que podrían influir en la adherencia al tratamiento, tales como la edad, estado civil, nivel educativo, situación socioeconómica, polifarmacia, conocimiento de la enfermedad y calidad de vida. El estudio incluyó encuestas directas a 109 pacientes diagnosticados con LES, seleccionados según criterios de inclusión predefinidos. Los resultados no mostraron una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento ($p < 0.001$). Además, la investigación permitió caracterizar a la población en cuanto a la presencia de síntomas depresivos y la no adherencia al tratamiento. Los autores sugieren continuar investigando la influencia de estas variables en la adherencia al tratamiento en pacientes con LES, ya que es un área que necesita mayor comprensión.

Barboza (2022), en su estudio titulado *Depresión, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de tuberculosis en pacientes adultos*, tuvo como objetivo identificar la asociación entre depresión, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en dos hospitales del departamento de La Libertad. La investigación fue de

enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, transversal y de alcance correlacional. La muestra incluyó a 193 pacientes. Para medir la depresión se utilizó el cuestionario PHQ-9, la funcionalidad familiar se evaluó con el instrumento APGAR Familiar, y la adherencia al tratamiento se midió mediante el Test de Morisky Green. Los resultados revelaron una relación negativa entre la funcionalidad familiar y la depresión, así como entre la adherencia al tratamiento y la depresión. Además, se observó una relación positiva, aunque pequeña, entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento. Los niveles de funcionalidad familiar predominantes fueron leve, moderado y severo, mientras que los niveles de depresión moderada y severa predominaron. La mayoría de los pacientes reportó no seguir adecuadamente el tratamiento. Finalmente, se concluyó que la funcionalidad familiar no actúa como variable moderadora entre la depresión y la adherencia al tratamiento en estos pacientes.

Inca (2023), en su investigación titulada *Ansiedad, depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II*, tuvo como objetivo examinar la relación entre la ansiedad, la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II. El estudio fue de tipo básico, prospectivo, no experimental y correlacional. La muestra estuvo conformada por 108 pacientes. Para la recolección de datos se utilizaron el Test de Zung para medir la ansiedad y la depresión, y el Test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia al tratamiento. Los resultados indicaron una correlación positiva moderada entre la ansiedad y la depresión ($\rho = 0.503$), mientras que se observó una correlación negativa baja entre la ansiedad y la adherencia terapéutica ($\rho = -0.282$). La depresión mostró una correlación negativa muy baja con la adherencia ($\rho = -0.156$). Además, se concluyó que la adherencia al tratamiento ejerce un papel moderador en la relación entre la ansiedad y la depresión ($\beta = -0.664$), sugiriendo que una

mejora en la adherencia terapéutica podría reducir tanto la ansiedad como la depresión en pacientes diabéticos.

2.1.3. Antecedentes locales

Campos (2022), en su investigación titulada *Evitación experiencial y depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja - 2021*, se planteó como objetivo establecer la relación de la presencia de dichos fenómenos en pacientes Covid-19 del mencionado hospital. El estudio se dirigió por el método general científico y el método específico descriptivo, el nivel correlacional, el tipo básico y el diseño no experimental de corte transversal descriptivo-correlacional. Asimismo, la recolección de datos fue guiada por el Cuestionario de Aceptación y Acción – AAQ-II y el Inventario de Depresión Estado-Rasgo – IDER, en una muestra no probabilística intencional de 100 pacientes Covid-19 del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Entre los resultados se resalta un nivel moderado (59%) de evitación experiencial y la manifestación leve del estado (77%) y rasgo (71%) de la depresión. La comprobación de hipótesis a través del coeficiente de correlación de rho de Spearman – Bivariados, reflejó un p-valor (0,000), menor que el nivel alfa (0,05), con el cual se concluye que existe relación directa y significativa entre la evitación experiencial y la depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja – 2021. En ese sentido, se recomienda el diseño de estrategias de prevención, promoción e intervención de la salud mental de los pacientes Covid-19, basada en la eficacia de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT), en torno al fenómeno de evitación experiencial y la depresión estado-rasgo.

Inche y Paucar (2022), en su tesis *Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario Huancayo 2021*, tuvo como objetivo primordial establecer la relación entre distorsiones cognitivas

y el nivel de adherencia terapéutica. La metodología fue de tipo básico, no experimental de corte transversal de nivel descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 51 usuarios de la unidad de adulto y adulto mayor que hayan sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión. Se aplicó el Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (IPA) y la Escala de adherencia terapéutica (EAT). Los resultados mostraron que no existe relación significativa entre distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica (-0.168 ; $p=.273$). Sin embargo, se observó que existe una correlación inversa significativa entre la dimensión sobre generalización (-0.272 ; $p=.054$), interpretación del pensamiento (-0.368 ; $p=.008$), visión catastrófica (-0.284 ; $p=.044$), personalización (-0.386 ; $p=.005$) y etiquetas globales (-0.344 ; $p=.014$) con el grado de adherencia terapéutica. Se concluyó que, a mayor nivel de estas distorsiones cognitivas, menor será el grado de adherencia terapéutica en los usuarios con diagnóstico de ansiedad y/o depresión.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Evitación experiencial

2.2.1.1. Definición

Evitación experiencial se refiere al fenómeno que ocurre cuando un individuo no está dispuesto a permanecer en contacto con ciertas experiencias internas características, como emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones o predisposiciones conductuales. El individuo decide evitarlas o tomar medidas para modificar la forma, frecuencia o intensidad de estos eventos y de los contextos que los provocan, con el fin de disminuir su impacto (Hayes et al. 1996)

La evitación experiencial es el intento de cambiar la intensidad, forma o frecuencia de experiencias internas, como sensaciones corporales, emociones o cogniciones. Sin embargo, al intentar escapar de estas experiencias, el malestar aversivo que se busca evitar tiende a manifestarse con mayor intensidad (Hayes et al., 1996).

Ruiz et al. (2012) refirieron que la evitación experiencial constituye una predisposición conductual rígida, que produce una regulación verbal infructuosa, con el objetivo de evitar a toda costa el sufrimiento, intentando mantener el control sobre eventos privados, como sentimientos y sensaciones, así como el contexto en el cual se genera el malestar.

Así mismo, la evitación experiencial son las conductas destructivas que dañan gran parte de la vida de las personas con alguna psicopatología y/o algún trastorno psicológico (Luciano & Wilson, 2002).

2.2.1.2. Características de la evitación experiencial

Wilson y Luciano (2002) refirieron que la evitación experiencial contempla el sistema verbal que ejerce el control de experiencias privadas percibidas como aversivas. Este sistema da lugar a comportamientos aprendidos en etapas tempranas de la vida, diseñados para enfrentar dichos eventos privados, lo que influye en el desarrollo de la cognición y el lenguaje humano. Además, mencionan dos características, que se reseñan a continuación.

La primera característica describe que el funcionamiento de la evitación experiencial es verbal, por el mismo hecho de regularla. Se presenta cada vez que una persona no está predispuesta a mantener contacto con sus experiencias privadas consideradas nocivas (sensaciones, pensamientos, conductas o recuerdos), motivándola a cambiar la frecuencia o forma de dichas situaciones privadas como condiciones que las provocan.

La segunda característica hace referencia al tipo funcional limitante, es decir, el individuo que opta por evitar tuvo un aprendizaje para responder a estas experiencias nocivas con diferentes escenarios, todas estas con un común denominador (la evitación de la experiencia privada). Una

persona pudo haber aprendido a controlar los eventos privados, analizando, llorando, agrediendo, aislándose, culpándose; otras bebiendo.

2.2.1.3. Posibles causas de la evitación experiencial

Según Hayes et al. (1996) las estrategias de afrontamiento planificadas y conscientes pueden resultar muy útiles para evitar diferentes peligros suscitados en la vida; por ejemplo, conducir con precaución en lluvias. Ya que el uso de estas estrategias puede resultar eficaz en diversos contextos, es natural que se pretenda usar estas mismas estrategias para los eventos privados. Son seis las razones por las cuales la evitación experiencial se presente con tanta facilidad.

Primero, es indiscutible que se basa en una innecesaria e inapropiada generalización de normas de control en un contorno donde es marcadamente ineficaz.

Segundo, existe demasiada estimulación social y modelado de evitación experiencial, los pequeños son por lo general entrenados para eliminar sus respuestas emocionales; por ejemplo, a los niños se les dice “para de llorar o realmente tendrás por qué llorar”. Desde la mirada del niño, los adultos al parecer van modulando estas conductas, porque evitan mostrar sus emociones con facilidad. No es lo mismo regular estas experiencias privadas que regular lo que manifiestan, pero el niño que intencionalmente deja el llanto no precisamente está feliz, solo se mantiene en silencio.

Tercero, tanto las cogniciones como las emociones son tratadas como válidas socialmente hablando; los individuos tienen la capacidad y requerimientos de explicar verbalmente su conducta, inclusive si el origen es desconocido. Los sentimientos y cogniciones se usan normalmente como razón de la conducta y, por ramificación de las cogniciones y emociones, esa “causa” del comportamiento malo debe evitarse. Desgraciadamente, esta misma causa es el

pretexto destructivo de evitación experiencial. Por ejemplo, una persona con agorafobia puede usar la ansiedad como razón válida socialmente para aislarse.

Por último, la evitación experiencial tiene efectos inmediatos y por lo general son positivos, los resultados a corto plazo son mucho más importantes que a largo plazo. Ejemplo, la distracción cognitiva tiene resultado inmediato o alguna otra forma de eliminación de cognición será positiva: tan solo que con el pasar del tiempo los pensamientos reaparecen en aumento. Es así, que la evitación experiencial parece eficaz, inclusive cuando esta no lo es.

2.2.1.4. Contextos perjudiciales por la evitación experiencial

El proceso de evitación deliberada necesariamente contradice el resultado deseado. En las personas, este proceso implica, en muchos casos, la formulación de un plan verbal, lo que puede generar una paradoja en diversas áreas de la experiencia. Esto ocurre porque el intento de regular verbalmente un estado mental inevitablemente involucra aquello que se desea evitar. Por ejemplo, la supresión de pensamientos no deseados es particularmente compleja, ya que tratar de eliminarlos intencionalmente requiere seguir una instrucción verbal que, a su vez, mantiene activo el pensamiento en cuestión. Investigaciones en constante desarrollo han demostrado que los esfuerzos conscientes por reprimir o controlar pensamientos pueden tener el efecto contrario, es decir, reforzar su aparición en la mente en lugar de eliminarlos.

La regulación de eventos privados en gran medida no responde al control verbal. Las experiencias privadas están condicionadas clásicamente, sea directa o indirectamente, es decir, si hubo asociaciones de experiencias emocionalmente dolorosas con una vivencia en particular que puede ser directa o indirecta por medio de relaciones verbales, es posible que dichos eventos estimulen emociones negativas solo asociándolas. En estos contextos, la tentativa de control deliberado puede ser en cierto modo ineficaz, porque la experiencia privada no se rige verbalmente

con facilidad. La certeza experimental sobre la supresión emocional es limitante a comparación de la supresión del pensamiento.

El evento cargado de emociones es importante. Algunas veces la evitación experiencial se dispone a dirigir respuestas convenientes ante contextos inalterables solo porque la respuesta no es de su agrado. Por ejemplo, un individuo puede elegir que “no acepto que mi padre fuera asesinado” y hace uso de las drogas para evitar el sufrimiento asociado con su fallecimiento. El duelo es una respuesta normal frente a las pérdidas, y sea cual fuere la cantidad de consumo de drogas no cambiará la pérdida. Aquí no se necesita ninguna tentativa para eliminar o cambiar los eventos privados. Cuando la pérdida ocurre, lo más sano es sentir lo que naturalmente uno siente al ocurrir alguna pérdida.

El cambio saludable produce experiencias dolorosas y resulta espantoso. De vez en cuando lo que se requiere es evitar los eventos privados, dado que es aceleradamente complicado. Eso insinúa que la razón principal por la que la evitación experiencial podría encaminar a la psicopatología es que limita el necesario cambio. En vez de apostar intencionalmente por conductas de cambio a favor de vida ventajosa, la evitación experiencial resalta una planificación secundaria que podría ser fácil de lograr de manera nociva. Un precio es la adaptabilidad limitada cuando se originan cambios en los contextos ambientales; con esto no se quiere decir que toda evitación es perjudicial. En varias experiencias, no es nada perjudicial utilizar la relajación, postergar cogniciones que distraigan, o evitar el sufrimiento físico. Es contraproducente cuando la evitación experiencial permanece aun cuando es inútil o distorsiona la vida; en estos contextos, es que se vuelve problemática.

2.2.1.5. Contextos verbales de la evitación experiencial

En el transcurso del desarrollo humano se obtiene una recopilación variable de vigilancia y retirada de algunos episodios que se evalúan como nocivos; estos estímulos hacen ahínco en las características de los contextos verbales y las tipologías problemáticas de regulación verbal que están en el núcleo de la evitación experiencial.

Primer contexto verbal del significado literal o literalidad. La literalidad puede conllevar a una fusión entre las palabras y sus referentes; como resultado, se interpretan literalmente las palabras en vez de reflexionar el contexto más extenso. Esto puede conducir a una flexibilidad limitada en la forma en que se distinguen y se manifiestan las experiencias, lo que limitaría la capacidad de flexibilidad y de manejo positivo de la experiencia privada. Por ejemplo, la palabra ¡“peligro”! tiene significado aversivo y puede ser cierta al asociarla con contextos peligrosos reales, pero no lo sería cuando se está asociando con dudas sobre sí mismo. Lo fructífero está en poder discriminar cuándo es útil la literalidad y cuándo no, para impedir interpretaciones que restrinjan y limiten la vida del individuo.

Segundo contexto verbal, que establece la valoración de los eventos o provee el valor de las palabras. Esto significa que los acuerdos verbales están condicionados por cada cultura, donde es la comunidad la que establece el aprendizaje que da importancia a la función verbal de diferentes contextos. Por ejemplo, dar el valor perjudicial de la depresión, soledad, humillación, etc. Todas pueden estar manifiestas de manera indirecta o directamente relacionadas. El valor verbal puede generar una idea de malevolencia, desagrado o peligrosidad, como si fuesen características inseparables de los pensamientos propios o las sensaciones corporales. Esta idea podría interpretar erróneamente las experiencias privadas, y constituir el ambiente de tal manera que la naturaleza indirecta y evaluación absurda se esconden gracias a su valoración, de modo que se crea una

correlación automática entre vivir aquello como algo terrible y responder con urgencia a esa situación interpretada como terrible.

Tercer contexto verbal, dar razones y el apoyo cultural para la emoción y la cognición como causas de la conducta. El contexto verbal faculta a la persona a “justificar”, “explicar” o “aclarar” la naturaleza de su conducta a través del manifiesto de sus eventos privados. La sociedad valora el tener razón, ser claros y lógicos en lo que se dice y/o hace, lo que podría llevar a vivir limitadamente, es decir, aparentemente estar expuesto a la crítica o aceptar estar errado es un estímulo potentemente aversivo; por lo que en general, las personas suelen huir en su día a día. Al afrontar el malestar evitando sus experiencias internas como eje central de su funcionamiento, esto puede volverse peligroso, ya que limita significativamente su capacidad de vivir plenamente. Por esta razón, las normas sociales que refuerzan el patrón de evitación experiencial terminan convirtiéndose en una trampa verbal que restringe la flexibilidad psicológica y el bienestar; al creer que modificar los sentimientos y pensamientos se cae en la mencionada trampa verbal, pues consideran que es la única vía para modificar la conducta. Ejemplo: un individuo refiere que tuvo una experiencia de maltrato, lo cual considera una razón obvia para tener depresión, y lo perjudicial es que para eliminar dicha depresión se tendría que eliminar su experiencia del maltrato, es decir, cambiar estos eventos privados se plantea como posible solución. Estar enfocados en estas estrategias de cambio es perjudicial, porque tendrá como consecuencia aumentar el malestar y reducir la calidad de vida.

Cuarto, el contexto verbal del control de la emoción y la cognición. Las normas claramente definidas de eliminación de emociones, pensamientos y el estímulo social del alcance de tales normas generan el contexto de controlar las experiencias privadas no deseadas y/o aversivas; esta categoría de control empieza en edades tempranas, incrementando los eventos privados como

factores del comportamiento y su eliminación como el mejor camino según sus reglas sociales. La importancia está en el incremento de las correlaciones entre conducta, quiere decir, en el acatamiento de reglas. La predisposición común incrementa reglas como “es malo llorar”, “ingerir alcohol ayuda a olvidar”, “deberías manejar tus emociones para tener control de tu vida”. Al dar sustento explícito para regular los eventos privados, se fortifica la idea de que controlando estas experiencias se podrá sentir uno mejor y controlar su vida, pero lo mencionado solo fortalece qué es lo adecuado según las reglas sociales. El seguimiento de estas reglas de evitación solo producirá utilizar la evitación experiencial crónica, que dificultará la vida de la persona.

2.2.1.6. Evitación experiencial a través de diversos síndromes

La evitación experiencial es un factor común en varios trastornos psicopatológicos, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE) y el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Se hace referencia a la predisposición de los individuos a evitar experiencias privadas vistas como nocivas y que interfieren en su vida; a pesar de que los síndromes varían por los contenidos cognitivos determinados y los contextos que los ocasionan, cada uno de ellos interviene en el modelo central de la evitación experiencial. Por ejemplo, en la agorafobia o el alcoholismo, los individuos pretenden evitar la ansiedad asociada a diferentes estímulos a través de la ingesta de alcohol o eludir ciertos lugares, según corresponda. Estos tipos de afrontación pueden ser infructíferos y provocar mayor sufrimiento a largo plazo, aunque parezcan efectivos a corto plazo. La evitación experiencial destructiva se ha reconocido en una gran variedad de trastornos, como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, bulimia, consecuencias del maltrato sexual, entre otros. Inclusive en contextos no sindrómicos, como es la terapia de parejas, o cuidadores de personas con discapacidad, en todos ellos se evidencia este patrón de evitación experiencial. A pesar de las distinciones entre trastornos, todos conservan la

característica en común, el elemento funcional de la evitación experiencial en su origen y mantenimiento, es decir, los individuos involucrados estarían en constante sufrimiento, por diferentes eventos privados lidiando intencionalmente contra ese sufrimiento. Finalmente, se ha descubierto y denominado como evitación experiencial final al suicidio.

2.2.1.7. Terapia de aceptación y compromiso

La evitación experiencial integra como una característica y de abordaje a la ACT (Páez & Gutiérrez, 2012), que la describe como un tipo de intervención fundamentada por la Teoría de Marco Relacional (TMR), que está dirigida a expandir una variedad de procesamiento psicológicos, que contienen la aceptación, defusión, contacto con el momento presente, el yo como contexto, la valoración y el compromiso. Estos elementos son importantes tanto para la experiencia privada o actividad observable del individuo. La ACT está enmarcada bajo la Ciencia Conductual Contextual, proceso científico que usa direcciones de exploración compuestas. Además, Dixon et al. (2023) consideraron al ACT como un análisis de la conducta aplicada.

2.2.1.8. Fundamentación Teórica del ACT

a) Conductismo radical

Skinner (1994, 1981) denominó al conductismo como la filosofía de la ciencia del comportamiento; además, sostuvo que el comportamiento humano es la consecuencia de las contingencias ambientales, es decir, la conducta está desarrollada y moldeada por el contexto, y determinada por las consecuencias de estas conductas (refuerzo o castigo) que adquiere la persona a partir de sus comportamientos. También enfatizó que se necesita ver más allá de la topografía y reflexionar la relación funcional entre consecuencias y conducta.

b) Contextualismo funcional

Hayes, et al. (2014) refirieron que es la filosofía pragmática central del ACT, es una especie de pragmatismo psicológico que extiende el conductismo radical, y que es el elemento fundamental como el acto en contexto y su discernimiento de verdad como “funcionando adecuadamente”; su objetivo es la habilidad de actuar y predecir con exactitud, profundidad y visión de los organismos como la totalidad de su interacción y la historia de un contexto. Además, Páez y Montesinos (2016) afirmaron que el núcleo del contextualismo funcional es el comportamiento en su entorno; sea cual sea la experiencia psicológica será interdependiente de su contexto, la conducta y su contexto están intrínsecamente relacionados y se definen mutuamente. En otras palabras, el comportamiento solo puede entenderse totalmente en relación con su contexto, y a su vez, el contexto solo puede comprenderse en relación de cómo influye a la conducta.

c) Teoría del marco relacional

Hayes et al. (2021) señalaron que la teoría del marco relacional (TMR) es una orientación analítica de la cognición y lenguaje humano, y que aborda la conducta relacional como operante generalizada, lo que significa que depende de una historia de entrenamiento de múltiples ejemplos; las características específicas de respuestas relacionales, denominados marcos relacionales, comprenden tres propiedades: vinculación combinatoria, vinculación mutua y transformación de funciones. Los marcos relaciones son utilizados arbitrariamente, lo que quiere decir que es posible que puedan usarlos en diferentes contextos; sin embargo, no es usual el uso arbitrario en el contexto del lenguaje natural. Dicho de otra forma, aunque los marcos relacionales se empleen en diferentes contextos, su utilización seguirá ciertas pautas o reglas, y no se emplean de manera arbitraria en el uso cotidiano del lenguaje; con esto se puede declarar que el desarrollo y mantenimiento del sufrimiento humano es casi omnipresente. A su vez, Törneke (2016) indicó que es importante ahondar y desarrollar el análisis de la conducta verbal, que permitiría comprender mejor cómo los

individuos influyen en otros a través de este comportamiento, para así poder predecir y entender la influencia de la conducta. El relacionar el contexto de una forma específica es lo que se conoce como conducta verbal. Algunas relaciones están entrenadas sobre el aprendizaje operante.

2.2.2. Adherencia al tratamiento

2.2.2.1. Definición

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004) definió a la adherencia terapéutica el grado que un usuario sigue las indicaciones del profesional de salud. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son ejemplos de comportamientos terapéuticos. Por su parte, Haynes et al. (2008) establecieron que el cumplimiento y la adherencia del paciente son sinónimos, definidos como el nivel en que los usuarios siguen las indicaciones recomendadas por el profesional de salud para su tratamiento. Además, refirieron que, si a un usuario se le prescribe algún medicamento para que lo ingiera cuatro veces al día por una semana, y el usuario solo ingiere dos al día y durante cinco días, entonces su adherencia sería el 36% ($10 / 28 = 36\%$). Por otro lado, Piña-López y Sánchez-Sosa (2007), desde una definición más orientada a lo psicológico, mencionaron que es la frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud practica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las competencias de que dispone, una diversidad de comportamientos que le permitan cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud, haciendo énfasis en el equipo de salud por la intervención no solo

médica, sino de diferentes disciplinas profesionales (enfermería, trabajo social, psicología, entre otras) que están en atención con el usuario.

2.2.2.2. Modelos teóricos de la adherencia al tratamiento

- a) Modelo de información, motivación y habilidades conductuales:** Modelo desarrollado por Fisher et al. (2002, citado en Chalco, 2021), quienes explicaron que la información es un componente de suma importancia para obtener un cambio en el comportamiento; sin embargo, no es suficiente por sí sola, son necesarios otros factores como la motivación y las habilidades comportamentales. Estas habilidades serían decisivas para obtener el deseado cambio.
- b) Modelo de los sistemas autorreguladores:** Desarrollado por Leventhal et al. (1980, citado en Chalco, 2021), aseveraron que los individuos están en constante proceso de autorregulación que les posibilita adaptarse ante escenarios de enfermedad, es decir, los comportamientos están definidos por la vivencia emocional, opiniones generalizadas y el plan de cambio. Además, este modelo plantea dos vías en su proceso: primero, ser foco sobre la amenaza que percibe; segundo está direccionado en el manejo de respuestas emocionales frente a la amenaza percibida y las habilidades para intervenir dicha emoción. Ambos pueden funcionar individualmente y están en interacción al involucrarse con las respuestas emocionales y la percepción de la enfermedad.
- c) Teoría de la acción razonada:** Este modelo propuesto por Azen y Fishbein (1973, citado en Chalco, 2021) hace hincapié en los conceptos sobre las actitudes, creencias e intenciones en salud. Además, la intención está dada por la pretensión de realizar una conducta de tal forma como la percepción que se obtiene de esa conducta. Por

consiguiente, es posible destacar que la persona ocupe comportamientos saludables considerando la intención que se obtiene para realizarlas.

- d) *Teoría de la autoeficacia:*** Propuesto por Bandura (1977), señala que toda modificación de comportamiento se concentra en la creencia de lograr la conducta deseada, llamada autoeficacia percibida, y que, desde el aspecto de la salud y enfermedad, es un determinante significativo del comportamiento que provoca la salud. Es decir, se cree que la persona tiene cierto control sobre su salud. El papel que tiene la autoeficacia en la salud y la enfermedad podría afectarla tanto positiva como negativamente. No solo se trata del deseo de cambiar, sino de adoptar habilidades de autorregulación para crear un sentido de eficacia.

2.2.2.3. Factores asociados a la adherencia al tratamiento

La OPS (2004) indicó que existen cinco factores que interactúan en la adherencia al tratamiento, los cuales se detallan a continuación.

a) Factores socioeconómicos

La influencia para la adherencia al tratamiento estaría relacionada con el bajo nivel socioeconómico, que haría que los usuarios prioricen otras necesidades, el déficit económico y el analfabetismo. También, la edad es uno de los factores que influyen en la adhesión al tratamiento; los niños y adolescentes tienden a una mejor adherencia por la supervisión de los progenitores o cuidadores, y los adultos mayores son la población que consume más medicamentos, y a su vez la comorbilidad puede comprometer la adherencia. Por lo que, se deberían realizar estas evaluaciones para cada grupo específico.

b) Factores relacionados con el equipo asistente

La OMS consideró que una adecuada relación proveedor-paciente mejoraría la adhesión al tratamiento; sin embargo, existen otros factores que tienen un efecto negativo como: servicios de salud inadecuado o la falta de seguros de salud, deficiente sistema para distribuir los medicamentos, poco conocimiento y falta de capacitaciones al personal profesional sobre las enfermedades crónicas, poca retroalimentación e incentivos del desempeño, consultas breves, poco interés en dar psicoeducación y seguimiento a los usuarios, poco entendimiento acerca de la adherencia y efectividad para mejorarla. Esto imposibilitaría la adherencia adecuada.

c) Factores relacionados con la enfermedad

El grado en el que el paciente percibe y enfrenta particularmente su enfermedad se relaciona con la adherencia; la gravedad de la sintomatología sería también determinante para el cumplimiento terapéutico. El grado de discapacidad, sea psicológica, física o social, a consecuencia de su enfermedad también influiría en la adhesión. La rapidez en que progresa y la gravedad de la enfermedad serían cruciales en su percepción del usuario sobre lo significativo que es la adherencia al tratamiento. Finalmente, la disponibilidad efectiva de los tratamientos será la motivación necesaria para adherirse.

d) Factores relacionados con el tratamiento

Existe varios factores, entre los más significativos están el complejo que tiene el régimen médico, el tiempo del tratamiento, las decepciones de tratamientos pasados, constantes cambios en el tratamiento, las reacciones adversas y el apoyo del profesional para tratarlos; las necesidades de los pacientes deben ser abordadas con la importancia de intervención de adherencia para tener un resultado positivo.

e) Factores relacionados con el paciente

Diferentes factores, relacionados con el usuario, influyen en su adhesión terapéutica. Por ejemplo, están el olvido, el estrés psicosocial, la preocupación por los efectos colaterales, las creencias, poca motivación, el desconocimiento sobre su enfermedad, entre otros. Es claro que la adherencia no solo depende del tratamiento del profesional, sino de que el paciente tenga conocimiento claro de su enfermedad, tener buena predisposición para que sea una óptima adherencia.

f) Factores psicológicos-psiquiátricos

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH, 2017) señaló que los usuarios que tengan cualquier trastorno afectivo son proclives a la falta de adherencia al tratamiento. También ocurre que las personas con diagnóstico de cualquier tipo de ansiedad, estrés, dificultades cognitivas y otros trastornos psicopatológicos mantienen un bajo nivel de adherencia.

2.2.2.4. Intervenciones para el mejoramiento de la adherencia

La SEFH (2017) afirmó que la adherencia es indispensable para lograr los beneficios esperados; con base en la falta de adhesión sugieren los siguientes tipos de intervención.

a) Intervención basada en simplificar el tratamiento

Existe relación entre lo complejo del tratamiento del profesional médico y la adherencia de los usuarios; mientras el tratamiento es más complejo, la probabilidad de adherirse al tratamiento será menor, por lo que se proponen cambios en la manera de administrar el tratamiento, como deducción en la cantidad de medicamentos o la forma en que los ingieren, sustituir la dosis la periodicidad de la ingesta de medicamentos.

b) Intervenciones psicoeducativas

Es de suma importancia impartir la información necesaria de manera grupal y/o individual, así los usuarios estarían manteniendo una comprensión sobre su condición, trastorno, patología y el tratamiento; la información debe estar en un lenguaje claro y entendible para los usuarios. Se puede hacer uso de estrategias como materiales audiovisuales, trípticos, charlas, etc.

c) Intervenciones comportamentales

En este tipo de intervención es fundamental motivar al usuario reforzando o modificando su comportamiento, integrando el tratamiento brindado como parte de su rutina habitual, teniendo siempre en cuenta el uso de la entrevista motivacional, además de instruir al usuario las conductas para adaptarse a esta nueva rutina. Además de esto, es oportuno hacer uso de apoyo con la autoeficacia para fortalecer la imagen de que es él quien debe iniciar el cambio y mantenimiento. El desarrollo de las discrepancias mostrará al paciente cómo sus conductas y creencias pueden interferir en cambios positivos o negativos; girar con su resistencia y manifestar empatía, evitar los juicios, demostrar respeto, escucha activa, clarificando o devolviendo al paciente las percepciones que ha deseado transmitir.

d) Intervenciones fundadas en feedback sobre su adherencia con dispositivos inteligentes

Se trata de mantener el diálogo entre profesional-paciente para reforzar la conducta y ejecutar intervenciones conductuales, y el uso de tecnologías inteligentes para recopilar datos de manera remota (fechas, asistencia a citas, etc.).

e) Intervención socio-psicoafectiva

Está centrada en las emociones y sentimientos de los usuarios o soporte y relaciones sociales (*counselling*, grupos de ayuda mutua, control de estrés, etc.).

2.3. Definición de términos básicos

Evitación experiencial

Ineficacia de la conducta de evitación para conseguir bienestar; la conducta no sirve a otra función que la perpetuación y agravamiento del malestar o problemas existentes (Ruiz et al., 2012).

Adherencia al tratamiento

La frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud practica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las competencias de que dispone, una diversidad de comportamientos que le permitan cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud (Piña-López & Sánchez-Sosa, 2007).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método de Investigación

El presente estudio empleó el método hipotético-deductivo, el cual es un proceso que parte de una hipótesis plausible, formulada a partir de datos empíricos o principios generales, y que utiliza inferencias lógicas para llegar a conclusiones comprobables que permiten comprobar hipótesis mediante análisis empíricos propios de investigaciones cuantitativas (Sánchez & Reyes, 2015).

Para el presente estudio, se tuvo un diseño correlacional, se planteó la hipótesis de que la evitación experiencial se asocia negativamente con la adherencia al tratamiento. La comprobación de esta hipótesis se realizó mediante la recolección de datos en su contexto natural y el análisis estadístico de la relación entre ambas variables, utilizando instrumentos validados, sin manipular ninguna de las condiciones observadas.

3.2. Tipo de Investigación

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, lo cual, según Hernández et al. (2014), simboliza procesos organizados de modo sucesivo para evidenciar suposiciones; se usan unidades para la medición de variables en situaciones y/o lugares específicos.

Además, fue de tipo básico, porque tiene como finalidad contribuir al conocimiento teórico sobre las interacciones entre las variables estudiadas, sin que el objetivo principal sea su aplicación inmediata en un contexto práctico. Por su finalidad, en este tipo de investigación, llamada investigación pura, no se resuelve ningún problema inmediato, más bien sirve de base teórica para

otros tipos de investigación. Se pueden plantear tesis con alcances exploratorios, descriptivos o hasta correlaciones (Arias, 2021).

El alcance de la investigación fue correlacional. Hernández-Sampieri y Mendoza (Gonzalez, 2019) indicaron que “este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (p. 109).

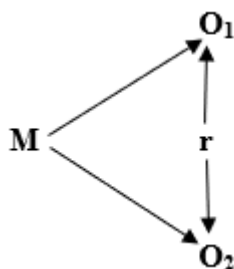
3.3. Diseño de investigación

Este estudio se llevó a cabo bajo un diseño correlacional no experimental, el cual, según Hernández et al. (2014), busca conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto específico, sin manipular las variables de estudio. Este diseño resulta adecuado, ya que permite observar los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural, sin intervención directa sobre las variables.

Además, se adoptó un enfoque transversal, dado que los datos fueron recolectados en un único momento en el tiempo, lo que permite analizar las variables en un punto específico (Hernández et al., 2014). Este diseño correlacional tiene como propósito evaluar el grado de asociación entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento, utilizando análisis estadísticos adecuados para determinar la fuerza y dirección de dicha relación.

La investigación se realizó durante el año 2024 en el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”, utilizando una muestra de 130 usuarios. Las variables principales fueron evaluadas mediante el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) y la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), instrumentos validados para el análisis de las variables en cuestión.

Esquema del diseño.



Donde:

M = Representa la muestra del estudio en interés.

O₁ = Representa la observación de la variable evitación experiencial.

O₂ = Representa la observación de la variable adherencia al tratamiento.

r = Es la correlación entre ambas variables.

3.4. Población

Según Palella y Martins (2006), “una población se define como un conjunto de elementos finitos o infinitos de los que se desea obtener información y de los cuales se derivan conclusiones” (p. 115). Ruiz y Valenzuela (2022) añadieron que los integrantes de una población comparten características similares, lo que permite generar inferencias válidas a partir de su estudio (p. 58).

En el presente estudio, la población está compuesta por los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”. Esta población incluye a los pacientes que reciben atención en este establecimiento y que presentan diagnósticos de trastornos mentales moderados a graves, según los registros de dicho centro.

El tamaño de la población está determinado por los registros del centro, que indican que 282 usuarios asisten regularmente en el período indicado. Estos usuarios incluyen personas de

ambos géneros, con un rango de edad de 18 años en adelante, y que reciben atención por diversos trastornos mentales, como trastornos de ansiedad, depresivos, adicciones y otros.

3.5. Muestra

Según Hernández-Sampieri y Mendoza (citados en González, 2019), la muestra es un grupo o parte de la población que interesa al investigador, sobre el cual se recoge información pertinente y que debe ser representativa de la población. En este estudio, la población estuvo conformada por 282 usuarios registrados en el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”, quienes recibieron atención durante un período mínimo de 2 meses. Sin embargo, debido a limitaciones de acceso y disponibilidad, la muestra final quedó constituida por 130 usuarios, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, una técnica que permite incluir a los participantes disponibles que cumplen con los criterios de inclusión establecidos.

Dado que el presente estudio utilizó un muestreo no probabilístico, no fue necesario calcular el tamaño de la muestra utilizando fórmulas probabilísticas. Estas fórmulas son propias de estudios donde se garantiza que todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados (Hernández et al. 2014), lo cual no se aplica en este caso. En cambio, el tamaño de la muestra fue determinado por la disponibilidad de los usuarios y su cumplimiento de los criterios de inclusión, asegurando que reflejara las características clave de la población objetivo.

El proceso de selección de la muestra se desarrolló en tres etapas. Primero, se revisaron los registros administrativos del centro para identificar a los usuarios que cumplían con los criterios de inclusión. Segundo, se verificó la disponibilidad de los usuarios, descartando a quienes no estuvieron accesibles o no podían completar los instrumentos. Finalmente, se seleccionó a quienes aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado, asegurando que la muestra

reflejara las características clave de la población objetivo, dentro de las limitaciones propias del diseño no probabilístico.

3.6. Criterios de inclusión

- Usuarios con edad mínima de 18 años, dado que el estudio busca analizar la adherencia al tratamiento en una población adulta.
- Usuarios varones y mujeres
- Usuarios de la unidad de adulto-adulto mayor y adicciones
- Usuarios atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” con un tiempo no menor de dos meses en adelante.

3.7. Criterios de exclusión

- Usuarios con diagnóstico de esquizofrenia
- Usuarios de la unidad de niños y adolescentes
- Usuarios nuevos
- Usuarios que no acepten el consentimiento informado
- Usuarios que no hayan asistido a consultas regulares en los últimos tres meses.

3.8. Técnica de recolección de datos

Según Hernández et al. (2014), la recolección de datos son métodos que fundamentan la medición de conceptos, basándose en el uso de instrumentos estandarizados demostrando previamente la validez y confiabilidad en estudios anteriores. Esta técnica es aprobada por la comunidad científica, y que para que la investigación sea aceptada y verosímil para otros tesisistas, es necesario la demostración en el seguimiento de estos procedimientos. Para evaluar los constructos se usó la Escala de aceptación acción (AAQ-II) creada por Hayes et al. (2004), y para medir el nivel de evitación experiencial y para la evaluación de la adherencia al tratamiento se usó

la Escala de adherencia terapéutica (EAT) creada por Soria et al. (2009). Ambos instrumentos fueron validados en poblaciones similares al presente estudio.

3.9. Instrumentos

3.9.1. Escala de aceptación y acción (AAQ-II)

Ficha técnica

Nombre : Cuestionario de aceptación acción II – AAQ-II

Autor : Hayes et al. (2004).

Aplicación : Individual y/o colectiva

Adaptación : Cárdenas y Preciado (2020)

Estructura : Unidimensional, 7 ítems en escala Likert

Duración : 7 minutos aproximadamente

Escala : Ordinal con 7 alternativas tipo Likert: (1) Nunca es verdad, (2) Muy raramente es verdad, (3) Raramente es verdad, (4) A veces es verdad, (5) Frecuentemente es verdad, (6) Casi siempre es verdad, y (7) Siempre es verdad.

Confiabilidad: De acuerdo con Campos (2022), el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) presenta un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.837, lo cual indica un nivel de confiabilidad considerado aceptable y consistente. Este valor respalda la estabilidad interna de los ítems y su capacidad para medir de forma precisa el constructo "evitación experiencial".

Validez : Según Campos (2022), el AAQ-II fue sometido a un análisis de validez por criterio de jueces, obteniendo un coeficiente de 0.90, que evidencia la pertinencia y claridad de los ítems en relación con el constructo medido. Además, la validez por consistencia interna alcanzó un valor de 0.94, lo que garantiza que el instrumento mide de manera adecuada la "evitación experiencial" en las poblaciones estudiadas.

El instrumento original fue desarrollado en inglés por Hayes et al. (2004). En este estudio se utilizó la versión traducida y adaptada al español por Cárdenas y Preciado (2020), quienes verificaron las propiedades psicométricas del cuestionario en contextos hispanohablantes.

Tabla 1

Estadísticos de confiabilidad

Alpha de Cronbach	N° de elementos
0,837	7

Nota. Adaptado de Campos (2021).

3.9.2. Escala de adherencia terapéutica (EAT)

Ficha técnica

Nombre : Escala de adherencia terapéutica (EAT)

Autor : Soria, Vega & Nava

Año : 2009

- Aplicación : Individual
- Estructura : Agrupado en tres factores (control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia)
- Duración : 10-15 minutos aproximadamente
- Escala : 21 ítems en escala Likert, cinco puntuaciones en sus respuestas: (1) nunca, (2) pocas veces, (3) frecuentemente, (4) muy frecuentemente y (5) siempre.
- Confiabilidad : Los investigadores Inche y Paucar (2020) realizaron una prueba piloto con 15 usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Chilca. Emplearon el alfa de Cronbach para el análisis de confiabilidad, obtuvieron un valor de .876, con lo que lo hace confiable.
- Validez : Inche y Paucar (2022) realizaron la validez de contenido mediante juicio de expertos con profesionales con la experticia del área clínica. La valoración en categorías fue de bueno a muy bueno, por lo que se hizo la prueba piloto y se aplicó a la muestra.

Tabla 2

Estadísticos de confiabilidad de adherencia al tratamiento

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,876	21

Nota. Adaptado de Inche y Paucar (2020).

3.10. Procesamiento de recolección de datos

Para el procesamiento de la recolección de datos, se utilizarán instrumentos como el AAQ-II y el EAT. Antes de la aplicación se hará entrega del consentimiento informado y luego se recopilará la información de manera presencial e individual en el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”, aprovechando los diversos horarios disponibles para que los usuarios puedan acercarse al establecimiento.

3.11. Análisis de datos

En el presente estudio, la información recolectada de los instrumentos (AAQ-II) y (EAT) fue procesada por medio del software IMB SPSS Statistics V.29.0. Los resultados de los datos dan a conocer las medidas porcentuales, evidenciadas en gráficos, sobre las que se describirán la relación entre las variables del estudio de interés.

3.12. Aspectos éticos

El presente estudio será evaluado por el Comité Institucional de Ética para la Investigación de la Universidad Continental, para su aprobación. Además, se solicitó a la Red de Salud “Valle del Mantaro” la autorización para realizar el estudio en el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” y para trabajar con las profesionales encargadas de las diferentes unidades.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. Presentación de resultados

Se muestra la descripción de las variables de interés, evitación experiencial y adherencia al tratamiento, evaluadas a través de los instrumentos (AAQ-II y EAT). Se realizó la aplicación de forma personal y en grupo en sesiones individuales y talleres grupales. Posterior a la recolección de datos y procesamiento estadístico se detallan los resultados obtenidos.

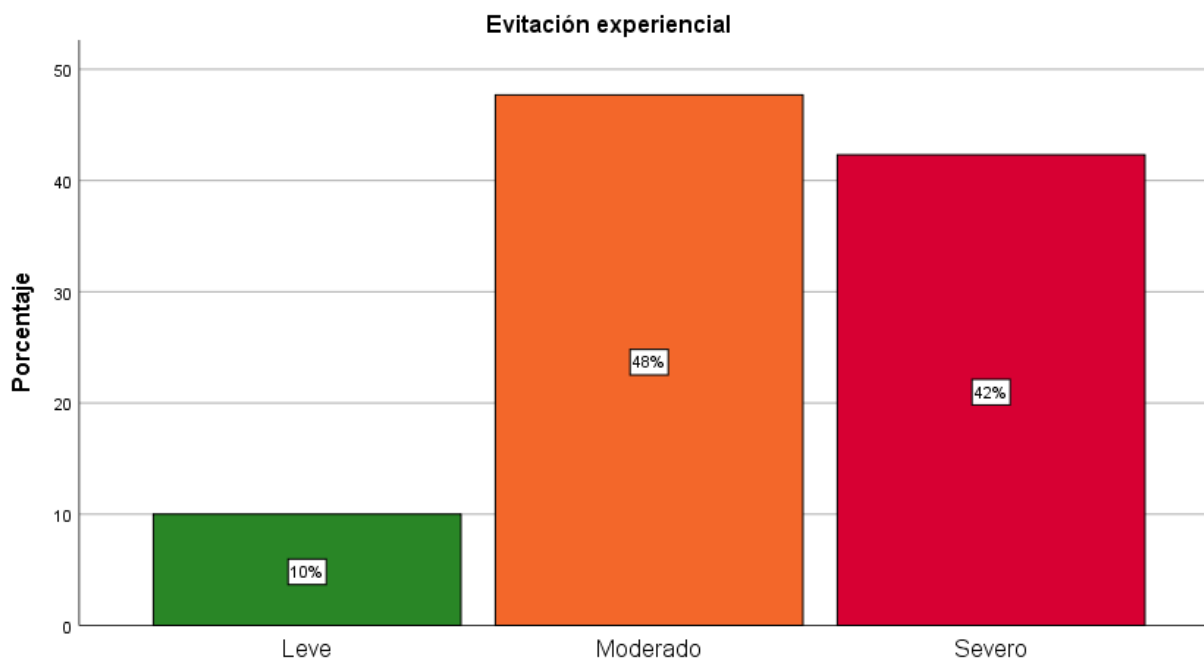
4.2. Descripción de resultados

Tabla 3

Frecuencia de evitación experiencial total

Evitación experiencial					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	13	10	10	10
	Moderado	62	47.7	47.7	57.7
	Severo	55	42.3	42.3	100
Total		130	100	100	

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

Figura 1*Niveles de evitación experiencial*

Interpretación: Los datos de la Tabla 3 y la Figura 1 muestran los niveles de evitación experiencial de los usuarios. El 10% de los evaluados (13 personas) presenta evitación experiencial leve, el 48% (62 personas) tiene un nivel moderado, y el 42% (55 personas) muestra evitación experiencial severa. Estos resultados indican que una gran proporción de la muestra (90%) tiene niveles moderados a severos de evitación experiencial, lo que sugiere una tendencia significativa a evitar situaciones internas o externas que les resultan desagradables o emocionales.

Tabla 4

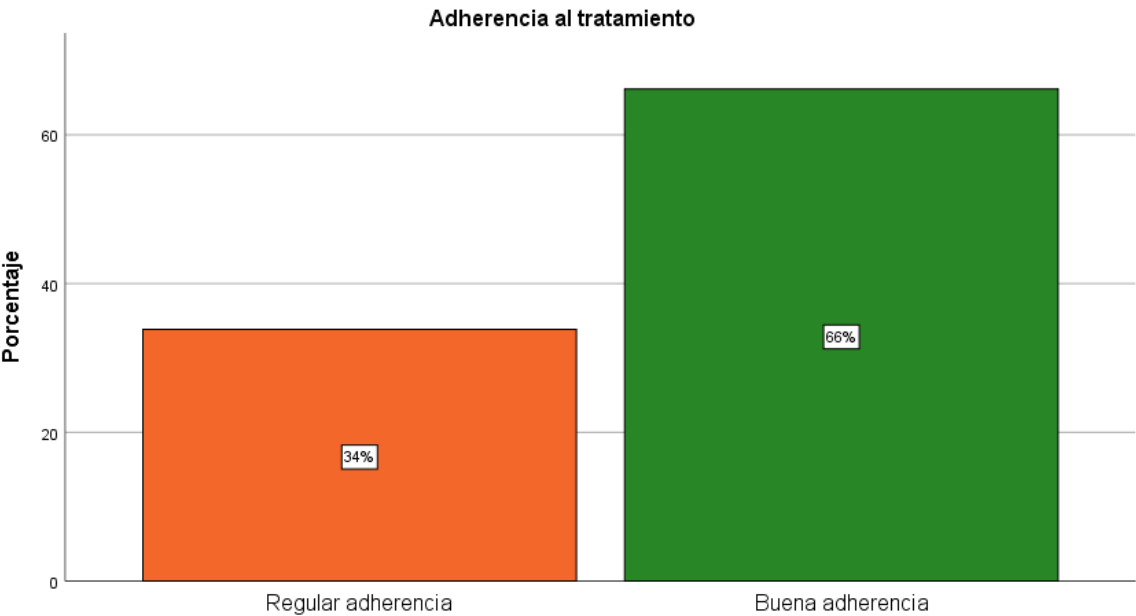
Frecuencia de la adherencia al tratamiento

Adherencia al tratamiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular adherencia	44	33.8	33.8	33.8
	Buena adherencia	86	66.2	66.2	100.0
Total		130	100.0	100.0	

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

Figura 2

Niveles de adherencia al tratamiento



Interpretación: Los datos presentados en la Tabla 4 y la Figura 2 reflejan los niveles de adherencia al tratamiento de los usuarios. El 66% de los evaluados (86 personas) tiene buena adherencia al tratamiento, mientras que el 34% (44 personas) presenta adherencia regular. No se reportaron usuarios con mala adherencia. Esto indica que la mayoría de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario sigue de manera adecuada las indicaciones terapéuticas, lo cual es un resultado positivo para el éxito en los tratamientos ofrecidos.

Tabla 5

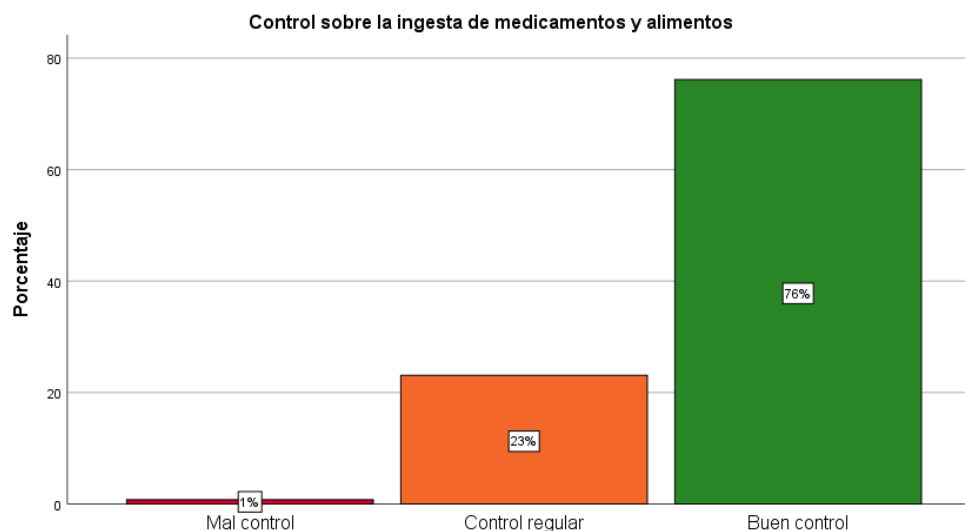
Dimensión control de ingesta de medicamentos y alimentos

Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal control	1	0.8	0.8	0.8
	Control regular	30	23.1	23.1	23.8
	Buen control	99	76.2	76.2	100.0
	Total	130	100.0	100.0	

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

Figura 3

Dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos



Interpretación: Los datos de la Tabla 5 y la Figura 3 corresponden al control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de los usuarios. El 76% de los evaluados (99 personas) tiene buen control, el 23% (30 personas) presenta un control regular, y solo el 1% (1 persona) muestra un mal control. Estos resultados reflejan que la gran mayoría de los usuarios maneja adecuadamente la ingesta de medicamentos y alimentos, lo cual es un indicador favorable para la adherencia al tratamiento y la salud general de los pacientes.

Tabla 6

Dimensión seguimiento médico conductual

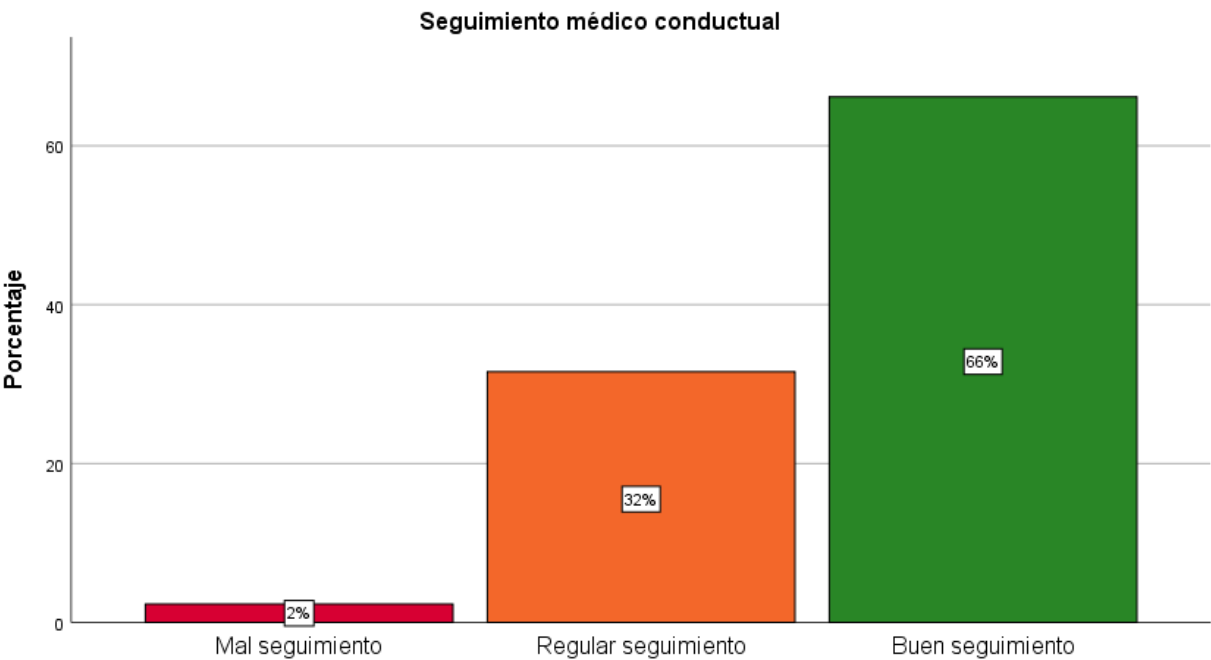
Seguimiento médico conductual				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mal seguimiento	3	2.3	2.3	2.3

Válido	Regular	41	31.5	31.5	33.8
	seguimiento				
	Buen	86	66.2	66.2	100.0
	seguimiento				
Total		130	100.0	100.0	

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

Figura 4

Dimensión seguimiento médico conductual



Interpretación: En la Tabla 6 y la Figura 4 se muestra la información sobre los niveles de seguimiento médico conductual de los usuarios. Un 2% de los evaluados (3 personas) presenta mal seguimiento, el 32% (41 personas) tiene un seguimiento regular, y el 66% (86 personas) mantiene un buen seguimiento médico conductual. Estos resultados señalan que la mayoría de los usuarios

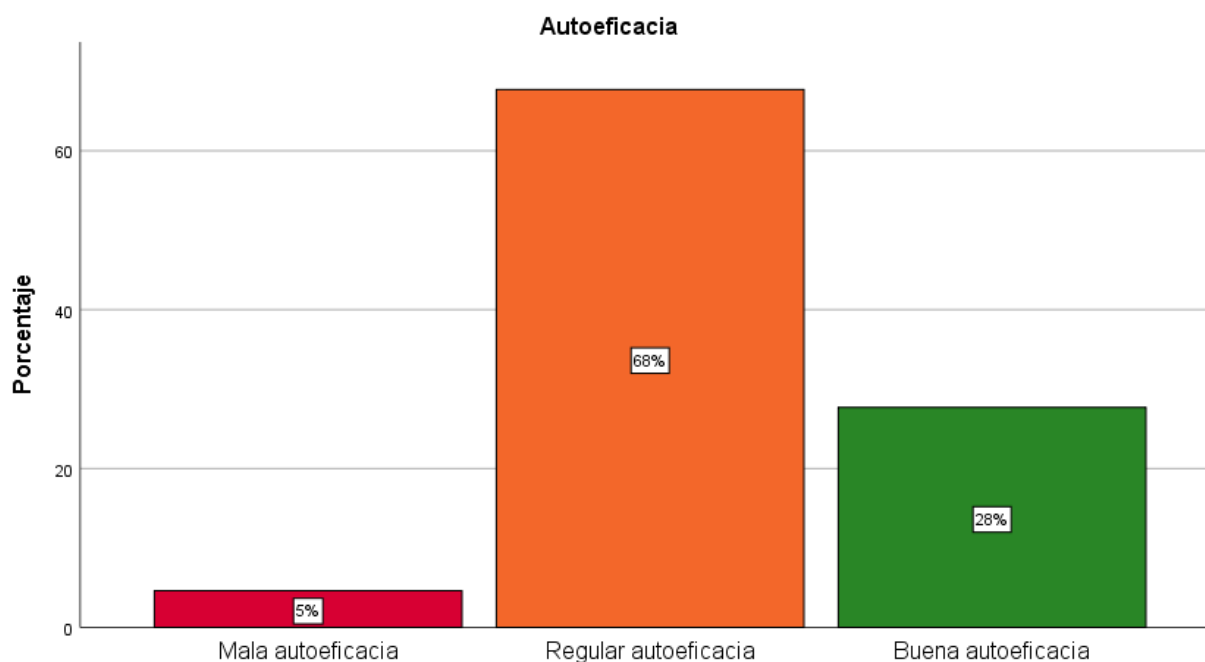
sigue de manera adecuada las indicaciones médicas, lo que es un indicador positivo para la adherencia y el éxito en el tratamiento.

Tabla 7

Dimensión autoeficacia

Autoeficacia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala autoeficacia	6	4.6	4.6
	Regular autoeficacia	88	67.7	72.3
	Buena autoeficacia	36	27.7	100.0
	Total	130	100.0	100.0

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

Figura 5*Dimensión autoeficacia*

Interpretación: Tanto en la Tabla 7 como en la Figura 5 se reflejan datos sobre los niveles de la dimensión autoeficacia en relación con la adherencia al tratamiento. Del total de evaluados, el 5% (6 personas) tiene mala autoeficacia, el 68% (88 personas) mantiene una autoeficacia regular, y el 28% (36 personas) presenta buena autoeficacia. Estos datos indican que, aunque la mayoría de los usuarios muestra una autoeficacia moderada, una proporción importante cuenta con buena autoeficacia, lo que puede contribuir favorablemente a su adherencia al tratamiento.

4.3. Prueba de hipótesis

Para establecer los datos de normalidad se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dado que la muestra estudiada fue mayor de 50. En la Tabla 8 se muestra que las variables adherencia al tratamiento, la dimensión ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual

y autoeficacia tienen un nivel de significancia menor del 0,05, lo que significa que tienen distribución no normal; sin embargo, la variable evitación experiencial tiene un nivel de significancia mayor del 0,05, lo que indica que tiene una distribución normal (ver Tabla 8).

Tabla 8

Pruebas de normalidad

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Adherencia al tratamiento	0.120	130	0.000
Evitación experiencial	0.077	130	0.058
Ingesta_Med_Total	0.120	130	0.000
Seg_med_conduc_Total	0.112	130	0.000
Autoeficacia_Total	0.085	130	0.021

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

4.3.1. Prueba de hipótesis general

H₀: No existe relación significativa entre la evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”.

H₁: Existe relación significativa entre la evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”.

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación existente entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024. La Tabla 9 indica que el nivel de correlación (0.129) mostró una relación positiva muy débil entre la evitación experiencial y la adherencia al

tratamiento. Sin embargo, este valor de correlación es cercano a cero, lo que sugiere que la relación entre ambas variables es prácticamente inexistente. Además, el p-valor obtenido (0.142) es mayor de 0.05, lo que significa que no se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto, no hay evidencia suficiente para afirmar que existe una relación significativa entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”.

Tabla 9

Correlación entre evitación experiencial y adherencia al tratamiento

Correlaciones			AAQ_Total	EAT_Total1
Rho de Spearman	AAQ_Total	Coeficiente de correlación	1.000	0.129
		Sig. (bilateral)		0.142
		N	130	130
	EAT_Total1	Coeficiente de correlación	0.129	1.000
		Sig. (bilateral)	0.142	
		N	130	130

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

4.3.2. Prueba de hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H₀ No existe relación significativa entre la dimensión Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario - 2024.

H₁ Existe relación significativa entre la dimensión Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario - 2024.

El objetivo específico primero fue establecer la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024. No se encontró una correlación significativa entre estas variables ($\rho=0.008$; $p=0.931$). Esto indica que no hay relación directa entre la evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos de la adherencia al tratamiento (ver Tabla 10).

Tabla 10

Correlación entre evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos

Correlaciones				
			AAQ_Total	Ingesta_Med_Total
Rho de Spearman	AAQ_Total	Coeficiente de correlación	1.000	0.008
		Sig. (bilateral)		0.931
		N	130	130
	Ingesta_Med_Total	Coeficiente de correlación	0.008	1.000
		Sig. (bilateral)	0.931	
		N	130	130

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

Hipótesis específica 2

H₀ No existe relación significativa entre la dimensión Seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

H₁ Existe relación significativa entre la dimensión Seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

El objetivo específico segundo fue establecer la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024. En la Tabla 11 se muestra un coeficiente de correlación (0,102) y un p-valor (0,249). Estos resultados indican que no existe relación lineal significativa entre las variables, dado que el coeficiente es muy bajo y el p-valor es mayor que el nivel de significación establecido (ver Tabla 11). Por lo tanto, se concluye que no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 11

Correlación entre evitación experiencial y la dimensión seguimiento médico conductual

Correlaciones			
AAQ_Total		AAQ_Total	Seg_med_ conduc_Total
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1.000	0.102
	Sig. (bilateral)		0.249
	N	130	130
Seg_med_ conduc_Total		Coeficiente de correlación	0.102
		Sig. (bilateral)	0.249

N	130	130
---	-----	-----

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

Hipótesis específica 3

H₀: No existe relación significativa entre la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

H₁: Existe relación significativa entre la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024.

El objetivo específico tercero fue establecer la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” - 2024. En la Tabla 12 se reveló un coeficiente de correlación (0,247) y un p-valor (0,005). El coeficiente de correlación positivo y moderado indica que existe una relación directa entre la evitación experiencial y la autoeficacia; a medida que aumenta la evitación experiencial, los niveles de autoeficacia tienden a incrementar, lo que sugiere que quienes experimentan mayor evitación experiencial podrían percibirse a sí mismos como eficaces en su capacidad para manejar situaciones relacionadas con su salud mental. Además, el p-valor (0,005) es significativamente menor que el nivel de significación (0,05), lo que proporciona suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula (H₀) y aceptar la hipótesis alternativa (H₁).

Tabla 12

Correlación entre evitación experiencial y la dimensión autoeficacia

Correlaciones	
AAQ_Total	Autoeficacia_Total

Rho de Spearman	AAQ_Total	Coeficiente de correlación	1.000	,247**
		Sig. (bilateral)		0.005
		N	130	130
	Autoeficacia_Total	Coeficiente de correlación	,247**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.005	
		N	130	130

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Para el análisis de datos se empleó el SPSS v26 (2024).

4.4. Discusiones

En esta sección, se discutirán los resultados a la luz de los objetivos planteados, contrastándolos con la literatura existente y las bases teóricas, y se propondrán implicancias prácticas y futuras líneas de investigación.

Los resultados sobre la evitación experiencial indicaron que un 48% de los usuarios presentó niveles moderados y un 42% niveles severos, lo que sugiere que un número significativo de los pacientes tiende a evitar sus experiencias internas debido a su sufrimiento emocional. Esto coincide con estudios como el de Tafur (2023), quien encontró altos niveles de evitación experiencial en individuos expuestos a eventos traumáticos. Además, Dellachiesa (2021) también destacó la relación entre la evitación experiencial y variables como la autocompasión, sugiriendo que la evitación podría estar asociada a una menor capacidad para manejar las emociones negativas de manera efectiva.

En cuanto a la variable adherencia al tratamiento, un 66% de los usuarios mostró una buena adherencia, mientras que un 34% se ubicó en niveles regulares. Esto demuestra que la mayoría de los pacientes están comprometidos con su tratamiento y siguen las indicaciones de los

profesionales de salud. Estos resultados son similares a los encontrados por Inche y Paucar (2022), quienes también reportaron una buena adherencia al tratamiento (69%) en usuarios de un CSMC. Sin embargo, estudios como el de Acosta (2021), que analizaron la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos, sugieren que el tipo de tratamiento y el contexto pueden influir significativamente en estos niveles.

En cuanto a la relación entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento, los resultados muestran que no existe una correlación significativa entre estas variables ($\rho = 0.129$, $p = 0.142$), lo que indica que la evitación experiencial no desempeña un papel crucial en la adherencia al tratamiento en el contexto de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”. Esto sugiere que otros factores podrían ser más influyentes en el comportamiento de adherencia de los pacientes, como la autoeficacia o el apoyo social.

Este hallazgo contrasta con estudios como el de Dellachiesa (2021), quien encontró una relación inversa significativa entre la evitación experiencial y la autocompasión en adultos jóvenes. Esto indica que, en ciertos grupos, la evitación experiencial puede tener un impacto más directo sobre las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia, lo que afecta la adherencia al tratamiento. No obstante, en el presente estudio, los pacientes con altos niveles de evitación experiencial no presentan una influencia en su adherencia al tratamiento, lo que podría deberse a diferencias en la muestra o al tipo de tratamiento recibido. Por otro lado, Vega y Valdivia (2022) reportaron diferencias significativas en la evitación experiencial en función del ciclo académico, sexo y grupo etario, lo que resalta la variabilidad en cómo diferentes subgrupos poblacionales experimentan la evitación. Este resultado sugiere que la evitación experiencial podría estar más relacionada con características demográficas y personales que con el cumplimiento terapéutico, que a diferencia del presente estudio muestra que la adherencia fue mayormente buena, sin relación con los niveles

de evitación. Además, estudios como el de Tafur (2023) en personas afectadas por el aluvión en Quito, encontraron que el 38% de los participantes mostraba altos niveles de evitación experiencial y el 36% presentaba problemas de salud mental, indicando una relación significativa entre estas variables. Sin embargo, este estudio también se enfoca en un contexto de trauma y desastre, lo que podría explicar las diferencias con la presente investigación, ya que los factores traumáticos pueden generar un impacto más directo sobre la adherencia y los patrones de evitación. Por su parte, García (2023), al estudiar la salud mental y la adherencia al tratamiento en pacientes que llevan un procedimiento de hemodiálisis, encontró que los niveles de psicopatología como la depresión afectaban la adherencia al tratamiento. Aunque en este caso la evitación experiencial no se estudió directamente, el hallazgo subraya cómo las condiciones mentales más severas podrían influir en la adherencia, algo que podría no haber sido tan predominante en el grupo de usuarios del presente estudio, lo que explica la falta de correlación. Así mismo, Acosta (2021) no encontró una relación significativa entre las preferencias de comunicación médico-paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos, lo que sugiere que, en ciertos contextos clínicos, la adherencia está más influida por otros factores, como el apoyo familiar o la percepción de eficacia del tratamiento, más que por la evitación experiencial en sí. Este resultado es consistente con el presente estudio, donde diferentes fenómenos distintos a la evitación experiencial tienen un mayor peso en el cumplimiento terapéutico. Finalmente, aunque la literatura internacional, como la de Dellachiesa (2021) y Tafur (2023), ha mostrado que la evitación experiencial influye en distintos aspectos de la salud mental, en el presente estudio existen otros factores más determinantes como por ejemplo la autoeficacia y el apoyo social, lo que refleja la naturaleza multifactorial del comportamiento de adherencia.

Los hallazgos de la presente investigación permiten analizar en profundidad la relación entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”. A partir de los datos obtenidos, se observa que no hubo una correlación significativa entre ambas variables, lo que sugiere que la adherencia al tratamiento podría estar influenciada por otros factores más allá de la evitación experiencial. Para comprender mejor estos resultados, a continuación, se discute cada uno de los objetivos específicos, contrastándolos con estudios previos y la teoría existente.

Objetivo específico 1: Establecer la relación entre la evitación experiencial y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos. En el presente estudio no se encontró una relación significativa ($\rho = 0.008$, $p = 0.931$), que es un resultado similar al de Inche y Paucar (2022), quienes tampoco observaron una correlación significativa entre las distorsiones cognitivas y seguimiento médico conductual en pacientes con ansiedad y depresión. Esta falta de correlación puede explicarse por la naturaleza estructurada y poco emocional de las conductas relacionadas con la ingesta de medicamentos, las cuales no suelen estar directamente influenciadas por la evitación experiencial. Según la teoría de marcos relacionales, la evitación experiencial afecta principalmente el manejo de emociones y pensamientos aversivos, pero no necesariamente el cumplimiento de tareas rutinarias como el tomar medicamentos, ya que estas conductas están menos mediadas por la regulación emocional y más por el seguimiento de directrices médicas.

Objetivo específico 2: Establecer la relación entre la evitación experiencial y el seguimiento médico conductual. No se encontró una correlación significativa ($\rho = 0.129$, $p = 0.142$). En contraste, Tafur (2023) halló una relación significativa entre la evitación experiencial y problemas de salud mental en individuos afectados por un aluvión, específicamente en aquellos que manifestaron mayores puntajes en ambas variables. Este resultado sugiere que, en contextos

de trauma, la evitación experiencial puede estar fuertemente vinculada a una peor salud mental, pero no se evaluó la adherencia al tratamiento en estos casos. Este hallazgo contrasta con los resultados de la presente investigación, en donde la evitación experiencial no mostró una correlación significativa con el seguimiento médico conductual. Se observa que, en la investigación citada, la diferencia es que existen eventos traumáticos, los cuales pueden intensificar las conductas de evitación, lo que afecta profundamente el bienestar psicológico y, potencialmente, otras dimensiones del comportamiento. Sin embargo, en la muestra estudiada, compuesta por usuarios de un centro de salud mental comunitario que no enfrentaban una crisis aguda, el seguimiento médico conductual parece estar más determinado por factores externos, como la adherencia a las indicaciones profesionales, que por procesos internos de evitación experiencial. Este contraste destaca la importancia del contexto y la naturaleza de la adversidad experimentada al evaluar la influencia de la evitación experiencial en distintos aspectos de la conducta de salud.

Objetivo específico 3: Establecer la relación entre la evitación experiencial y la autoeficacia.

El análisis del tercer objetivo específico evidenció una correlación significativa y positiva entre la evitación experiencial y la autoeficacia ($\rho = 0.247$, $p = 0.005$), lo cual indica que, en esta muestra, a mayor tendencia a evitar experiencias internas difíciles, mayor es también la percepción de autoeficacia. Este hallazgo resulta llamativo, ya que contrasta con las suposiciones teóricas tradicionales sobre la autoeficacia, que la vinculan al afrontamiento activo y a la exposición a desafíos, más que al uso de mecanismos evitativos.

Desde la teoría de la autoeficacia propuesta por Bandura (1995), la confianza del individuo en su capacidad para ejecutar conductas necesarias para manejar situaciones específicas se basa en

experiencias de dominio, modelado y regulación emocional. En este sentido, se esperaría que una elevada evitación experiencial debilite dicha percepción, al reducir la exposición directa a situaciones desafiantes. Asimismo, desde el modelo de flexibilidad psicológica de Hayes et al. (2004), la evitación experiencial suele vincularse con una menor capacidad para comprometerse con acciones valiosas frente al malestar emocional, lo que interferiría con el desarrollo de autoeficacia genuina.

Sin embargo, estos resultados parecen indicar una dinámica distinta. Es posible que, en determinados contextos o perfiles personales, la evitación no se perciba como disfuncional, sino como una estrategia exitosa para sostener el funcionamiento cotidiano, evitar la desregulación emocional o cumplir con exigencias del tratamiento. En tales casos, esta estrategia puede alimentar una autoeficacia condicionada o sesgada, centrada más en la contención o el control subjetivo del malestar, que en un afrontamiento activo de las dificultades.

Este fenómeno sugiere que la percepción de autoeficacia no siempre refleja un funcionamiento psicológico saludable, sino que puede estar sostenida por mecanismos que, si bien funcionales a corto plazo, limitan el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas. En esta línea, Begotka et al. (2004) señalan que, si bien la evitación experiencial se asocia a afecto negativo y disfunción, su vínculo con la autoeficacia no es directo ni necesariamente negativo. Esto abre la posibilidad de que la evitación pueda ser interpretada como un recurso eficaz en contextos específicos, aunque postergue el abordaje emocional profundo.

Además, investigaciones como la de Vega y Valdivia (2022) evidencian que factores sociodemográficos como el sexo o el ciclo académico pueden modular la forma en que se expresa la evitación y su impacto en la percepción de competencia. En este sentido, creencias culturales, normas sociales y estilos de afrontamiento promovidos en ciertos entornos podrían contribuir a

que la evitación sea validada como una forma eficaz de control, reforzando subjetivamente la autoeficacia.

En conclusión, este hallazgo invita a considerar que la relación entre evitación experiencial y autoeficacia es más compleja de lo que la literatura clásica plantea. Si bien la evitación suele asociarse con rigidez psicológica, en ciertos casos puede sostener una percepción subjetiva de competencia. Esto tiene implicancias importantes para el diseño de intervenciones psicológicas, que deben explorar no solo el nivel de evitación, sino también su rol en la autopercepción del paciente y en los mecanismos que este utiliza para sostener su funcionamiento. De este modo, se contribuye al conocimiento sobre la relación entre la evitación experiencial y la autoeficacia en diversos contextos clínicos.

CONCLUSIONES

1. Se planteó que existe una relación significativa entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”. Sin embargo, los resultados obtenidos mostraron un coeficiente de correlación de 0.129 y un p-valor de 0.142, lo que indica que no se encontró una relación significativa entre ambas variables. Estos hallazgos sugieren que la evitación experiencial no influye directamente en la adherencia al tratamiento en la muestra estudiada.
2. Se evaluó si existía una relación significativa entre la evitación experiencial y el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos. Los resultados mostraron un coeficiente de correlación de 0.008 y un p-valor de 0.931, indicando que no se halló una relación significativa entre estas variables. Esto refuerza la idea de que la evitación experiencial no afecta conductas estructuradas y rutinarias relacionadas con el control de la ingesta.
3. Se planteó que podría existir una relación significativa entre la evitación experiencial y el seguimiento médico conductual. Sin embargo, los resultados mostraron un coeficiente de correlación de 0.102 y un p-valor de 0.249, indicando que no existe una relación significativa. Esto sugiere que el seguimiento médico conductual podría estar más influenciado por factores externos, como accesibilidad o supervisión, que por la evitación experiencial.
4. Se evaluó la relación entre la evitación experiencial y la autoeficacia. Los resultados indicaron un coeficiente de correlación de 0.247 y un p-valor de 0.005, lo que confirma una relación significativa positiva entre estas variables. Este hallazgo sugiere que mayores niveles de evitación experiencial se asocian también con mayores niveles de autoeficacia, lo cual resulta poco habitual en la literatura previa. Esto podría indicar que, en ciertos

contextos, la evitación experiencial es percibida por los individuos como una estrategia funcional que fortalece momentáneamente su sentido de eficacia personal.

5. Aunque no se encontraron relaciones significativas en las dimensiones de control de la ingesta y seguimiento médico conductual, la correlación significativa con la autoeficacia subraya la necesidad de incluir estrategias para fortalecer esta variable en los programas de intervención en salud mental. Esto podría mejorar la adherencia terapéutica al potenciar la confianza de los pacientes en su capacidad para gestionar sus tratamientos.
6. El presente estudio estuvo limitado por el tamaño de la muestra y el contexto específico del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro”. Futuros estudios deberían incluir muestras más amplias y explorar variables mediadoras adicionales, como la gravedad de los trastornos mentales, el apoyo social y los factores culturales, para comprender mejor la relación entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la autoeficacia en pacientes con alta evitación experiencial, dado que se ha identificado una relación inversa entre ambas variables. Se recomienda que el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” implemente intervenciones psicológicas, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), enfocadas en reducir la evitación experiencial y, por ende, mejorar la autoeficacia. Estas intervenciones podrían realizarse a través de talleres grupales y sesiones individuales, con el objetivo de optimizar la adherencia al tratamiento.
2. Diseñar intervenciones personalizadas considerando las características específicas de cada grupo de pacientes, como la edad, el género o el diagnóstico clínico. Estas intervenciones diferenciadas permitirían abordar las necesidades particulares de los pacientes, por ejemplo, adaptando estrategias para adultos mayores o pacientes con diagnósticos de adicciones. Este enfoque personalizado contribuiría a mejorar tanto la adherencia al tratamiento como el bienestar psicológico general.
3. Implementar estrategias para fortalecer el apoyo social y familiar, dado que este aspecto puede desempeñar un rol crucial en el compromiso de los pacientes con su tratamiento. El centro debería organizar talleres de psicoeducación para familias, con el objetivo de informarles sobre cómo respaldar a los pacientes en su proceso terapéutico. Además, sería beneficioso establecer alianzas con instituciones comunitarias que puedan brindar apoyo adicional.
4. Mejorar el acceso a la atención continua a través de sistemas de seguimiento eficaces. Se recomienda que el Centro de Salud Mental Comunitario fortalezca los recordatorios de citas mediante mensajes de texto, llamadas telefónicas o plataformas de telemedicina. Estas

estrategias facilitarían el contacto constante con los pacientes, asegurando una mejor adherencia al tratamiento y una recolección uniforme de datos en futuros estudios.

5. Colaborar con universidades e investigadores externos para desarrollar estudios con diseños más robustos. Esto permitiría al centro ampliar la validez externa de los hallazgos mediante muestras más representativas y la exploración de variables adicionales, como la gravedad de los trastornos o el impacto del apoyo social. Estas investigaciones también aportarían estrategias basadas en evidencia para mejorar las intervenciones clínicas dentro del centro.

REFERENCIAS

- Acosta, K. (2021). *Preferencias de comunicación médico-paciente y adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos ostomizados* [Tesis de licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/821>
- Alvear, M. & Sandoval, I. (abril-junio de 2024). Adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 192-205. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006>
- Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://educational-innovation.sydney.edu.au/news/pdfs/Bandura%201977.pdf>
- Bandura, A. (Ed.). (1995). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Desclée De Brouwer. <https://www.conducteam.com/recursos-libros/auto-eficacia-como-afrontamos-los-cambios-de-la-sociedad-actual/>
- Barboza, D. (2022). *Depresión, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de tuberculosis en pacientes adultos* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108421>
- Begotka, A., Woods, D., & Wetterneck, C. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.02.001>

- Campos, G. (2022). *Evitación experiencial y depresión estado-rasgo en pacientes Covid-19 de un hospital de la ciudad de Jauja - 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/4794>
- Cárdenas, L. & Preciado, M. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario de aceptación y acción II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/51414>
- Chalco, M. (2021). *Modelo integrador explicativo de adherencia al tratamiento basado en la relación médico - paciente, autoeficacia, estado emocional y apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales - Lima* [Tesis de doctorado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11245>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (setiembre de 2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Chou, W., Yen, C., & Liu, T. (2018). Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: a prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040788>

- Dellachiesa, F. (2021). *Autocompasión y evitación experiencial, una relación inversa en adultos jóvenes de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/14795>
- Dixon, M., Hayes, S., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and commitment therapy for behavior analysts: a practice guide from Theory to Treatment*. Routledge.
- Federación Mundial de Salud Mental. (2016). *Primera ayuda psicológica y de salud mental para todos*. <https://wfmh.global/img/what-we-do/publications/2016-wmhd-report-spanish.pdf>
- García, E. (2023). *Salud mental y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes de un hospital público de Iquitos. 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12737/9008>
- González, M. (enero-junio de 2019). Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, McGraw-Hill Education [Reseña de libro]. *Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales* [UNAM], 10(18), 1-4. <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., Roche, B. (2021). *Teoría del marco relacional: un enfoque postskinneriano de la cognición y el lenguaje humanos*. ABA España.
- Hayes S., Levin M., Plumb-Villardaga J., Villatte J., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a

- distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (enero de 2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., McCurry, S. M., & Wulfert, E. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578.
<https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S., Wilson K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Haynes, R., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., & McDonald, H. (2008). Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (revisión). *Cochrane*.
https://www.cochrane.org/es/CD000011/COMMUN_intervenciones-para-mejorar-la-adherencia-la-medicacion
- Hernández, R. (2011). *Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas*. Universidad Los Andes.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores. <https://goo.su/9tM9fR>
- Ibarra, O. & Morillo, R. (Coords.). (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
- Inca, K. (2023). *Ansiedad, depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/132032>
- Inche, R., & Paucar, E. (2022). *Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario Huancayo 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/11994>
- Kestel, D. (10 de octubre de 2022). Estado de la salud mental tras la pandemia del Covid-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/crónica-onu/estado-de-la-salud-mental-tras-la-pandemia-del-covid-19-y-progreso-de-la-iniciativa>
- Lucho, R. (2020). *Adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto Villa María del Triunfo, 2020* [Trabajo académico, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/4481>
- Maigua, A. (2023). *Depresión y ansiedad y su relación a la adherencia al tratamiento oncológico en personas adultas, que asisten a la Unidad Solca Imbabura* [Tesis de

maestría, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/13808>

Ministerio de Salud (Minsa). (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018*. Autor. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/4629.pdf>

Moler, V. & Cachi, M. (2024). *Síntomas depresivos como factor asociado a la no adherencia al tratamiento en pacientes adultos diagnosticados con lupus eritematoso sistémico entre los años 2017 y 2019 atendidos en el área de Reumatología del Hospital María Auxiliadora (HMA)* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/10757/672568>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (8 de octubre de 2021). Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental [Comunicado de prensa]. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022a). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Autor. <https://iris.who.int/handle/10665/356118>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (8 de junio de 2022b). Trastornos mentales. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (20 de octubre de 2023). Salud mental de los adultos mayores. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Autor. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>

Páez, M., & Gutiérrez, O. (Coords.). (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.

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

Palella, S. & y Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa* (2a ed.). Fedupel. <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23578w/w23578w.pdf>

Pfizer. (2010). *III Foro Diálogos Pfizer-Pacientes “La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida”* [Documento informativo]. Autor.

Piña-López, J., & Sánchez-Sosa, J. (mayo-agosto de 2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v6n2/v6n2a17.pdf>

Ramos, L. (2024). *Depresión y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica, Essalud, Cusco - Perú, 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio institucional.

<https://hdl.handle.net/20.500.12557/6500>

- Rivas, A. (2022). *Desregulación emocional y evitación experiencial en estudiantes de prácticas pre profesionales de psicología de un centro de prácticas de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/11082>
- Rodas, C. & Vargas, M.(2019). *Depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas* [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1939>
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder [pp. 213-240]. En S. Orsillo y L. Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety*. Springer. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_9
- Rondón, J., & Angelucci, L. (julio-diciembre de 2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 215-242. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.08>
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-técnicas-de-intervención-cognitiva-conductuales.pdf>
- Ruiz, C., & Valenzuela, M. (2022). *Metodología de la investigación*. Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja Daniel Hernández Morillo (UNAT) -Fondo Editorial. <https://doi.org/10.56224/EdiUnat.4>

- Ruiz-Ruano, A., López-Salmerón, M., & Puga, J. (2020). Evitación experiencial y uso abusivo del smartphone: un enfoque bayesiano. *Adicciones*, 32(2), 116-127.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1151>
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica* (5a ed.). Business Support Anneth.
https://www.academia.edu/78002369/METODOLOGÍA_Y_DISEÑOS_EN_LA_INVESTIGACIÓN_CIENTÍFICA
- Sánchez, H., Yarlequé, L., Javier, L., Nuñez, R., Arenas, C., Matalinares, M., Gutiérrez, E., Egoavil, I., Solís, J., Fernández, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana [URP]*, 21(2), 346-353.
<https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i2.3654>
- Santamaría, C. (octubre-diciembre de 2020). Evitación experiencial en el contexto de la contingencia sanitaria por Covid-19. *Salud UIS*. 52(4), 478-480.
<http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n4/0121-0807-suis-52-04-478.pdf>
- Skinner, B. (1981). *Conducta verbal* [*Verbal behavior*, 1957]. Trillas.
- Skinner, B. (1994). *Sobre el conductismo* [*About behaviorism*, 1974]. Planeta DeAgostini.
- Soria, R., Vega, C., & Nava, C. (marzo de 2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

- Tafur, M. (2023). *Evitación experiencial y salud mental en habitantes afectados por el aluvión del 2022, sector “La Comuna-Quito”* [Tesis de licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio institucional. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/29683>
- Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR: una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus aplicaciones clínicas*. Didacbook.
- Ubaldo, D. (2022). *Estudio de caso de una usuaria que recibe atención psicológica en el centro de orientación y consejería de una institución educativa superior particular de Lima Metropolitana* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/13062>
- Vázquez-Morejón, R. (2017). *La evitación experiencial y la autoestima como factores de vulnerabilidad psicosocial en los trastornos emocionales: ¿variables independientes o relacionadas?* [Tesis de doctorado, Universidad de Sevilla]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/11441/70231>
- Vega, E., & Valdivia, T. (2022). *Evitación experiencial en estudiantes de psicología de universidades privadas y nacionales ubicadas en Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/1094>
- Vega, J. (2020). *Evitación experiencial y procrastinación académica en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana, 2020* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49907>
- Velásquez, C., Grajeda, A., Montero, V., Montgomery, W., & Egúsquiza, K. (2018). Evitación experiencial, rumiación e impulsividad en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de

San Marcos. *Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 15-26.

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v21i1.15110>

Wilson, K. & Luciano, M. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide. <https://goo.su/krhoUcm>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – 2024				
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable 1:	Método:
¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024?	Determinar la relación existente entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.	Existe relación significativa entre la evitación experiencial y la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.	Evitación Experiencial	Hipotético-deductivo y cuantitativo. Tipo de investigación: Básica. Nivel de investigación: Correlacional.
Problema específico	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		Diseño: No experimental
• ¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de	• Identificar la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del	• Existe relación significativa entre la dimensión control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos en usuarios del Centro de	Variable 2:	Población: 282 usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro.

Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024?	Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.	Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.	Adherencia al tratamiento	Muestra: 130 usuarios atendidos del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro.
• ¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y la dimensión seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024?	• Identificar la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.	• Existe relación significativa entre la dimensión seguimiento médico conductual en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.		Técnica y tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia
• ¿Cuál es la relación entre la evitación experiencial y la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024?	• Identificar la relación existente entre la evitación experiencial y la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.	• Existe relación significativa entre la dimensión autoeficacia en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Valle del Mantaro - 2024.		Instrumentos: Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II) Escala de Adherencia al tratamiento (EAT).

Anexo 2: Resolución decanal de inscripción del Plan de tesis



N° 2024340992-1

FACULTAD DE HUMANIDADES

RESOLUCIÓN DECANAL N° 2062-2024-FH-UC

Huancayo, 16 de octubre de 2024

LA DECANA DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

VISTA:

La solicitud N° 2023007076 presentada por JOSE ANTONIO QUISPE PACHECO con documento de identidad N° 45486150 de la escuela académico profesional de PSICOLOGÍA, JHERALDY MARJORIE ARAUJO BENANCIO con documento de identidad N° 70191160 de la escuela académico profesional de PSICOLOGÍA, de fecha 05 de septiembre de 2023, donde se solicita la inscripción de plan de tesis, y,

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución Decanal N° 1255-2023-FH-UC de fecha 21 de septiembre de 2023 se designó como asesor de tesis al MA. JORGE ANTONIO SALCEDO CHUQUIMANTARI.

Que, según informe N° 03 - 24 - JASCH de fecha 14 de octubre de 2024 emitido por el MA. JORGE ANTONIO SALCEDO CHUQUIMANTARI declara expedito, para la inscripción, el plan de tesis titulado "EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "VALLE DEL MANTARO"-2024".

En concordancia con lo estipulado en el Reglamento Académico de la Universidad Continental, la Decana de la Facultad de HUMANIDADES, en uso de sus atribuciones,

RESUELVE:

Primero.- APROBAR la solicitud presentada por JOSE ANTONIO QUISPE PACHECO y JHERALDY MARJORIE ARAUJO BENANCIO, para la inscripción del tesis en mérito al cumplimiento de los requisitos y plazos pertinentes.

Segundo.- INSCRIBIR el plan de tesis titulado "EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "VALLE DEL MANTARO"-2024".

Tercero.- COMUNICAR que la vigencia de la inscripción del plan de tesis es por el periodo de un año a partir de la emisión de la presente resolución de acuerdo al Reglamento Académico de la Universidad Continental.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Cc.

Asesor(a)

Interesado(s)

Oficina de Grados y Títulos



Eliana Carmen Mory Arciniega
Facultad de Humanidades
Universidad Continental

Este documento y las firmas consignadas en él han sido emitidos a través de medios digitales, al amparo de lo dispuesto en el artículo 141-A del Código Civil: "Artículo 141-A. – Formalidad En los casos que la ley establezca que la manifestación de voluntad deba hacerse a través de alguna formalidad expresa o requerida de firma, esta podrá ser generada o comunicada a través de medios electrónicos, ópticos o cualquier otro tipo análogo. Tratándose de instrumentos públicos, la autoridad competente deberá dejar constancia del medio empleado y conservar una versión íntegra para su ulterior consulta". La verificación de esta constancia podrá hacerse en la página web: <http://www.universidad.continental.edu.pe/certificaciones>.
Documento emitido por: **klazo a las 10/16/2024 10:14:53 AM**

Anexo 3: Oficio con la decisión aprobada del Comité de Ética



Huancayo, 19 de marzo del 2024

OFICIO N°0214-2024-CIEI-UC

Investigadores:

JOSÉ ANTONIO QUISPE PACHECO
JHERALDY MARJORIE ARAUJO BENANCIO

Presente-

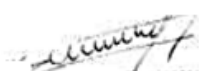
Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO “VALLE DEL MANTARO” - 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,




Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Anexo 4: Autorización para realizar trabajo de investigación en CSMC V.M.

MEMORÁNDUM N° 074-2024-GRJ-DRSJ-RSVM-/ORRH-UDC

A : MG. CD. LUIS ALBERTO MONTEVERDE VILCA
Jefe de la Micro Red de Salud la Libertad

ASUNTO : Autorización para realizar Trabajo de Investigación.

FECHA : Huancayo, 22 de Marzo del 2024

Por medio del presente se autoriza el Trabajo de Investigación "EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN USUARIO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VALLE DEL MANTARO – 2023, que será desarrollado por los estudiantes JOSÉ ANTONIO QUISPE PACHECO Y JHERALDY M. ARAUJO BENANCIO de la Escuela Académico Profesional de PSICOLOGÍA de la Universidad Continental, a partir del 01 al 30 de Abril del año en curso. Por tal motivo mucho agradeceré, brindarles las facilidades que el caso requiera.

Además, se señala que el desarrollado de este trabajo de investigación, no genera compensación económica alguna siendo las alumnas responsables de la implementación y uso adecuado de sus EPPS

Es todo cuanto informo para su conocimiento y demás fines consiguientes.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Mg. Anderson César Almonacid Villa
C.I.P. N° 71940
JEFE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

ACAV/AFD
C.C. Archivo

DOCUMENTO REGISTRADO
Reg. Documento: 7696321
Reg. Expediente: 5291464

Recibido 02-04-2024
13:01

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
VALLE DEL MANTARO

[Firma]
TRANSMISIÓN SOCIAL
C.T.S. 11-11

Anexo 5: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” – 2023.

El objetivo de esta ficha es hacer entrega de una explicación clara de la presente investigación y el rol de los participantes.

La meta de esta investigación es establecer la relación entre la evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” – 2023.

Le estamos haciendo la invitación para participar de este estudio, el cuál es de manera voluntaria, la información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera del estudio. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacernos saber en cualquier momento durante su participación. Le recordamos que puede comunicarnos oportunamente en caso desee desistir del estudio

Para el desarrollo se le aplicará dos cuestionarios sencillos, se realizará a través de preguntas que usted responderá con la mayor honestidad, puede tomar el tiempo que sea necesario para responderlas, si decide participar en este estudio, se realizará lo siguiente:

1. Se aplicará un cuestionario para evaluar el nivel de evitación experiencial llamado “Aceptación y Acción II” (AAQ-II)
2. Se aplicará un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento llamado “Escala de adherencia al tratamiento” (EAT)

Estas se podrán desarrollar en 10 minutos cada uno aproximadamente.

Desde ya agradecemos su participación.

MARQUE CON UN “X” EN EL RECUADRO SI DESEA PARTICIPAR Y NO EN CASO DE NO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

SI	NO
☐	☐

Riesgos:

La aplicación de los instrumentos no demandará ningún riesgo para su salud.

Beneficios:

Se beneficiará de una evaluación clínica, se informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de la prueba realizada. Los costos y el análisis de las misma serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin que ello ocasiona ningún perjuicio para usted.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Datos de participante

Nombres y apellidos	Firma

Fecha y Hora del relleno:

dd/mm/aa	Hora:minuto

Código:

Para cualquier duda o consulta relacionada con el presente estudio contáctese con:

Autores de la investigación:

José Antonio Quispe Pacheco

Jheraldy Marjorie Araujo Benancio

Números de contacto:

955734480 / 934333481

Email:

Ps.Jose.Quispe@gmail.com

jheraldymarjoriearaujobenancio@gmail.com

Anexo 6: Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

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

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 7: Escala de Adherencia al Tratamiento (EAT)

Escala de adherencia terapéutica (EAT)

Instrucciones: Marque con un X la respuesta, procure contestar con la mayor sinceridad según las siguientes opciones de respuesta.

Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
-------	-------------	----------------	-----------------------	---------

1	Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
2	No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
3	Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
4	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
5	Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
6	Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
7	Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
8	Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
9	Asisto a mis sesiones de manera puntual.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
10	Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
11	Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
12	Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
13	Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
14	Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
15	Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apegó más al tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
16	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
17	Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
18	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
19	Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
20	Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
21	Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

J = Número de Jueces asignando puntajes a *cada* ítem

Anexo 9: Criterio de jueces de evitación experiencial

Juez 1

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Evitación Experiencial	Unidimensional	1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	S	S	S	S
		2. Tengo miedo de mis sentimientos.	S	S	S	S
		3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	S	S	S	S
		4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	S	S	S	S
		5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	S	S	S	S
		6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	S	S	S	S
		7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	S	S	S	S

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI ☒ NO ()

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Marcos Brañez Cochaco
Profesión / Especialidad	Psicólogo
Grado Académico	Maestro


 Firma y/o sello
 Fecha: 03/04/2024

Juez 2

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Evitación Experiencial	Unidimensional	1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	5	5	5	5
		2. Tengo miedo de mis sentimientos.	5	5	5	5
		3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	5	5	5	5
		4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	5	5	5	5
		5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	5	5	5	5
		6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	5	5	5	5
		7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	5	5	5	5

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI ☒ NO (☐)

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Alex Velasco Reyes
Profesión / Especialidad	Psicólogo
Grado Académico	Maestro

 Firma y/o sello
Fecha: 08/07/2024

Juez 3

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACION			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Evitación Experiencial	Unidimensional	1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	S✓	S✓	S✓	S✓
		2. Tengo miedo de mis sentimientos.	✓S	✓S	S✓	S✓
		3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	S✓	S✓	S✓	S✓
		4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	S✓	S✓	S✓	S✓
		5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	S✓	S✓	S✓	S✓
		6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	S✓	S✓	S✓	S✓
		7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	S✓	S✓	S✓	S✓

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI ☒ NO ☐

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Rocio Milagros Coz Apumayta
Profesión / Especialidad	Licenciada en Psicología
Grado Académico	Dra. en Educación


Ma. Rocio Coz Apumayta
psicóloga
Firma y/o sello

Fecha: 10/04/2024

Juez 4

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Evitación Experiencial	Unidimensional	1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	S	5	5	4
		2. Tengo miedo de mis sentimientos.	S	S	5	3
		3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	S	S	S	S
		4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	S	S	S	4
		5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	S	S	S	S
		6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	S	S	4	S
		7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	S	S	S	S

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI ☒ NO ()

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Diego Torres MORALES
Profesión / Especialidad	Psicólogo
Grado Académico	Maestro


 Firma y/o sello

Fecha: 4 / 4 / 2024

Juez 5

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Evitación Experiencial	Unidimensional	1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	✓3	2	3	3
		2. Tengo miedo de mis sentimientos.	4	4	4	4
		3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	4	4	4	4
		4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	4	4	4	4
		5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	3	2	3	3
		6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	4	4	4	4
		7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	3	2	3	3

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI ☒ NO ☐

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Candy Noeri Matos Enríquez
Profesión / Especialidad	Psicóloga Forense
Grado Académico	Maestría

 Firma y/o sello
Fecha: 10/04/2024

Anexo 10: Criterio de jueces de Adherencia al Tratamiento

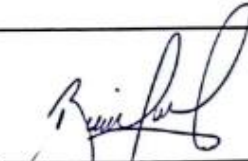
JUEZ 1

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Adherencia al tratamiento	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	1. Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	5	5	5	5
		2. No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	5	5	5	5
		3. Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	5	3	3	5
		4. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	5	5	5	5
		5. Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	5	5	5	5
		6. Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	3	3	3	3
		7. Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	5	5	5	5
	Seguimiento médico conductual	8. Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	5	5	5	5
		9. Asisto a mis sesiones de manera puntual.	5	5	5	5
		10. Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	5	5	5	5
		11. Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el	5	5	5	5

		especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.				
		12. Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	5	5	5	5
		13. Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	5	5	5	5
		14. Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	4	4	4	4
		15. Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	5	5	5	5
	Autoeficacia	16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	4	4	4	4
		17. Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	3	3	3	3
		18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	3	3	3	3
		19. Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	4	3	4	4
		20. Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	5	5	5	5
		21. Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	5	5	5	5

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Marco Antonio Brañez Cochachi
Profesión / Especialidad	Psicólogo
Grado Académico	Maestro


Firma y/o sello
Fecha: 03/04/2024

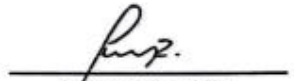
Juez 2

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Adherencia al tratamiento	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	1. Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	5	5	5	5
		2. No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	5	5	5	5
		3. Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	5	5	5	5
		4. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	5	5	5	5
		5. Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	5	5	5	5
		6. Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	5	5	5	5
		7. Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	5	5	5	5
	Seguimiento médico conductual	8. Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	5	5	5	5
		9. Asisto a mis sesiones de manera puntual.	5	5	5	5
		10. Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	5	5	5	5
		11. Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el				

		especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	5	5	5	5
		12. Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	5	5	5	5
		13. Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	5	5	5	5
		14. Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	5	5	5	5
		15. Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apegó más al tratamiento.	5	5	5	5
	Autoeficacia	16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	5	5	5	5
		17. Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	5	5	5	5
		18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	5	5	5	5
		19. Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	5	5	5	5
		20. Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	5	5	5	5
		21. Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	5	5	5	5

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI ☒ NO ☐

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Alex Velasco Reyes
Profesión / Especialidad	Psicólogo
Grado Académico	Maestro


Firma y/o sello
Fecha: 08/04/2022

Juez 3

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Adherencia al tratamiento	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	1. Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
		2. No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
		3. Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	5 ✓	5	5	5
		4. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	4 x	4 x	4 x	4 x
		5. Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
		6. Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
		7. Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
	Seguimiento médico conductual	8. Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
		9. Asisto a mis sesiones de manera puntual.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
		10. Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	5 ✓	5 ✓	5 ✓	5 ✓
		11. Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el	4 x	4 x	4 x	4 x

		especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.				
		12. Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	VS	SV	SV	SV
		13. Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	VS	SV	SV	SV
		14. Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	VS	SV	SV	SV
		15. Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	SV	SV	SV	SV
	Autoeficacia	16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	SV	SV	SV	SV
		17. Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	SV	SV	SV	SV
		18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	VS	SV	SV	SV
		19. Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	SV	SV	SV	SV
		20. Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	SV	SV	SV	SV
		21. Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	SV	SV	SV	SV

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (☒) NO (☐) Pero debe corregir.

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Rocío Milagros Cor Apurmayta
Profesión / Especialidad	Psicóloga Educativa
Grado Académico	Dra. en Educación


Dra. Rocío Cor Apurmayta
PSICOLOGA
C.P.S. 8288
Firma y/o sello
Fecha: 10/04/2024

Juez 4

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Adherencia al tratamiento	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	1. Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	S	S	S	S
		2. No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	S	S	S	S
		3. Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	S	S	S	S
		4. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	S	S	S	9
		5. Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	S	S	S	S
		6. Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	S	S	S	S
		7. Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	S	9	S	S
	Seguimiento médico conductual	8. Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	S	S	S	9
		9. Asisto a mis sesiones de manera puntual.	S	S	S	S
		10. Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	S	S	S	S
		11. Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el				

		especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	S	S	S	S
		12. Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	S	4	S	S
		13. Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	S	S	S	S
		14. Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	4	S	S	4
		15. Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	S	S	S	4
	Autoeficacia	16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	S	S	S	S
		17. Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	S	S	S	S
		18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	S	S	S	S
		19. Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	S	S	S	S
		20. Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	S	S	S	S
		21. Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	S	S	S	S

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI ☒ NO ☐

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Diego Torres Maldonado
Profesión / Especialidad	Psicólogo
Grado Académico	Maestro


Firma y/o sello
Fecha: 04/04/24

Juez 5

Variable	Dimensiones	Ítems	EVALUACIÓN			
			COHERENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA
Adherencia al tratamiento	Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	1. Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	5	5	4	5
		2. No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	4	4	4	4
		3. Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	2	2	2	2
		4. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	3	3	3	3
		5. Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	4	4	4	4
		6. Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	3	4	3	3
		7. Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	4	4	4	4
	Seguimiento médico conductual	8. Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	4	4	4	3
		9. Asisto a mis sesiones de manera puntual.	5	5	5	5
		10. Registro las situaciones que afecten mi salud y se las comunico al especialista.	4	5	5	5
		11. Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el				

		especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	5	5	5	5
		12. Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	4	4	4	4
		13. Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	4	4	4	4
		14. Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	4	4	4	4
		15. Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	4	4	4	4
	Autoeficacia	16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	4	4	4	3
		17. Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	5	5	5	5
		18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	5	5	5	5
		19. Para que yo siga el tratamiento siento el necesario el apoyo de mis familiares o personas de confianza.	3	3	3	3
		20. Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarme.	4	4	4	4
		21. Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	4	4	4	4

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

DATOS DEL VALIDADOR	
Nombre y Apellidos	Ps. Candy Noemi Matas Enriquez
Profesión / Especialidad	Psicologa forense
Grado Académico	Maestria


Firma y/o sello
Fecha: 10 / 04 / 2024

Anexo 11: Instrumentos rellenados por los usuarios del CSMC V.M

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” – 2023.

El objetivo de esta ficha es hacer entrega de una explicación clara de la presente investigación y el rol de los participantes.

La meta de esta investigación es establecer la relación entre la evitación experiencial y adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle del Mantaro” – 2023.

Le estamos haciendo la invitación para participar de este estudio, el cuál es de manera voluntaria, la información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera del estudio. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacernos saber en cualquier momento durante su participación. Le recordamos que puede comunicarnos oportunamente en caso desee desistir del estudio

Para el desarrollo se le aplicará dos cuestionarios sencillos, se realizará a través de preguntas que usted responderá con la mayor honestidad, puede tomar el tiempo que sea necesario para responderlas, si decide participar en este estudio, se realizará lo siguiente:

1. Se aplicará un cuestionario para evaluar el nivel de evitación experiencial llamado “Aceptación y Acción II” (AAQ-II)
2. Se aplicará un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento llamado “Escala de adherencia al tratamiento” (EAT)

Estas se podrán desarrollar en 10 minutos cada uno aproximadamente.

Desde ya agradecemos su participación.

MARQUE CON UN “X” EN EL RECUADRO SI DESEA PARTICIPAR Y NO EN CASO DE NO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

SI	NO
X	

Riesgos:

La aplicación de los instrumentos no demandará ningún riesgo para su salud.

Beneficios:

Se beneficiará de una evaluación clínica, se informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de la prueba realizada. Los costos y el análisis de las misma serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin que ello ocasiona ningún perjuicio para usted.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Datos de participante

Nombres y apellidos	Firma
	

Fecha y Hora del relleno:

dd/mm/aa	Hora:minuto
16 - 05 - 2024	12:40 pm

Código:

P70N

Para cualquier duda o consulta relacionada con el presente estudio contáctese con:

Autores de la investigación:

José Antonio Quispe Pacheco

Jheraldy Marjorie Araujo Benancio

Números de contacto:

955734480 / 934333481

Email:

Ps.Jose.Quispe@gmail.com

jheraldymarjoriearaujobenancio@gmail.com

AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.					1 2 3 4 5 6 7	
2. Tengo miedo de mis sentimientos.					1 2 3 4 5 6 7	
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.					1 2 3 4 5 6 7	
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.					1 2 3 4 5 6 7	
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.					1 2 3 4 5 6 7	
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.					1 2 3 4 5 6 7	
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.					1 2 3 4 5 6 7	

Escala de adherencia terapéutica (EAT)

Instrucciones: Marque con un X la respuesta, procure contestar con la mayor sinceridad según las siguientes opciones de respuesta.

Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
-------	-------------	----------------	--------------------	---------

1	Si me recetan medicamentos los tomaría de manera puntual.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
2	No importa que el tratamiento sea largo, tengo la disposición de cumplirlo.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
3	Si tengo que seguir un hábito o dieta rigurosa, la respeto.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
4	Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas si el especialista me lo ordena.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
5	Si el especialista me recomienda una actividad específica la cumpliría.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
6	Si el especialista me genera confianza sigo el tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
7	Si el especialista me recomienda realizar algunas actividades como caminar o hacer ejercicio lo haría.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
8	Si el especialista me informa que llamará para evaluar mi estado de salud, estoy al pendiente de la llamada.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
9	Asisto a mis sesiones de manera puntual.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
10	Registro las situaciones que afectan mi salud y se las comunico al especialista.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
11	Después de haber culminado mi tratamiento, regreso a consulta si el especialista me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
12	Si siento que mi malestar no es importante, pongo poca atención al tratamiento	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
13	Como me lo recomienda el especialista, sigo sus indicaciones, aunque no sienta malestar o dificultad.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
14	Siento confianza cuando el especialista demuestra conocer sobre mi malestar.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
15	Cuando el especialista me explica sobre mi diagnóstico, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
16	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida cumplir las tareas que me indicó el especialista.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
17	Cuando siento que los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
18	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
19	Para que yo siga el tratamiento siento el necesario apoyo de mis familiares o personas de confianza.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
20	Si se me indica que mi tratamiento será largo, hago todo lo que está en mis manos para aliviarlo.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
21	Aunque sienta que el tratamiento sea complicado lo sigo.	Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

Anexo 12: Evidencias de la recolección de información





