



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANIDADES  
Y EDUCACIÓN**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Análisis psicométrico de la escala de Inflexibilidad  
Psicológica en población general ecuatoriana**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Autora:** Carrión Rojas, María Soledad

**Directora:** López Guerra, Víctor Manuel

LOJA

2022



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2022

## Aprobación del director del trabajo de titulación

Loja, 03 de octubre de 2022

Magister.

María Aranzazu Cisneros Vidal

**Coordinadora de programa de posgrados**

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: “Análisis psicométrico de la escala de Inflexibilidad Psicológica en población general ecuatoriana” realizado por María Soledad Carrión Rojas ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Víctor Manuel López Guerra

C.I: 0151925666

Correo electrónico: [vmlopez5@utpl.edu.ec](mailto:vmlopez5@utpl.edu.ec)

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

“Yo, María Soledad Carrión Rojas, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Titulación denominado: Análisis psicométrico de la escala de Inflexibilidad Psicológica en población general ecuatoriana, del Programa de posgrados Maestría en Psicología clínica con mención en Psicología de la salud específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo I. Marco teórico que hace referencia a temáticas como el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso [ACT], definiciones de inflexibilidad psicología, el enfoque transdiagnóstico, análisis psicométrico de la escala AAQ-II y los diferentes estudios psicométricos del instrumento, Capítulo II. Metodología; Capítulo II. Resultados, Capítulo IV. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, siendo el PhD. Víctor Manuel López Guerra, director del presente trabajo; y, en tal virtud, eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual. Además, ratifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.

Que mi obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTP, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento; y, para que sea ingresada al Sistema Nacional de Información de la Educación

Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: .....

Autora: María Soledad Carrión Rojas

C.I.: 1900727973

Correo electrónico: [mscarrion7@utpl.edu.ec](mailto:mscarrion7@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

Este trabajo de investigación está dedicado para aquellas personas que me han brindado su apoyo incondicional, por ser mi fortaleza y mi inspiración para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, mis hermanos y mi novio; por su cariño, trabajo y soporte en todos estos años y siempre que lo he necesitado.

### **Agradecimiento**

Quiero expresar mi eterna gratitud a Dios quien con sus bendiciones llena siempre mi vida y protege mi hogar. Agradezco a mi familia hermosa familia, quienes cada día me motivan a ser mejor y a superar mis propios límites, pero por sobre todo me enseñan a ser una mejor persona.

Asimismo, agradezco la confianza, apoyo, y dedicación de tiempo a mis profesores, por haber compartido conmigo sus conocimientos y su amistad.

## Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del trabajo de titulación.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido.....	VII
Índice de tablas.....	VIII
Índice de figuras.....	VIII
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	5
Marco Teórico.....	5
1. Inflexibilidad Psicológica.....	6
1.1. Modelo terapéutico de la terapia de aceptación y compromiso.....	6
1.2. Definición de inflexibilidad psicológica y principios básicos.....	7
1.3. Inflexibilidad psicológica como enfoque transdiagnóstico.....	10
1.4. Evaluación de la Inflexibilidad Psicológica.....	12
Capítulo dos.....	23
Metodología.....	23
2.1. Objetivos de la investigación.....	23
2.1.1. <i>Objetivo general</i> .....	23
2.1.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	23
2.2. Tipo de investigación.....	23
2.3. Población y muestra de estudio.....	24
2.3.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	26
2.3.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	26
2.4. Instrumentos de recogida de información.....	26
2.4.1. <i>Escala de Estrés percibido, Perceived Stress Scale (PSS-10)</i> .....	27
2.4.2. <i>Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire [PHQ-9])</i>	

2.5. Procedimiento.....	29
2.6. Técnicas de análisis de Datos .....	30
Capítulo tres .....	32
Análisis de Resultados .....	32
3.1. Análisis de confiabilidad .....	32
3.2. Validez de constructo .....	32
3.2.1. <i>Análisis factorial exploratorio</i> .....	32
3.2.2. <i>Análisis factorial confirmatorio</i> .....	33
Capítulo cuatro.....	38
Discusión.....	38
Conclusiones .....	40
Recomendaciones .....	41
Referencias.....	42
Apéndice .....	52

#### Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas e indicadores de salud.....	25
Tabla 2. Análisis factorial exploratorio de la Escala AAQ-II, con método de componentes principales y rotación Varimax (KMO y la prueba de Bartlett).....	32
Tabla 3. Análisis factorial confirmatorio de la Escala AAQ-II, medidas de ajustes absoluto .....	34
Tabla 4. Matriz de correlación entre AAQ-II y otras medidas psicológicas.....	37

#### Índice de figuras

Figura 1. Principios básicos determinantes en la Inflexibilidad Psicológica.....	9
Figura 2. Modelo de un factor inicial del AAQ-II .....	35
Figura 3. Modelo de un factor del AAQ-II con covariaciones entre los errores de los ítems .....	36

## Resumen

La Inflexibilidad Psicológica es un constructo relativamente reciente dentro de la psicología y la práctica clínica actual, siendo el Cuestionario de Aceptación y Acción [AAQ-II] uno de los instrumentos más utilizados para evaluarla. *Objetivo.* La presente investigación buscó analizar las propiedades psicométricas de la escala de Inflexibilidad Psicológica en población general ecuatoriana. *Método.* La muestra estuvo conformada por 2093 participantes adultos de 18 a 68 años. Se analizó la estructura factorial de la escala, su confiabilidad y correlación con otras medidas de salud mental. *Resultados.* El AAQ-II mostró una estructura factorial unidimensional, que explica el 79,41% de la varianza total y un buen ajuste a los datos (índice de ajuste comparativo = 0,996; índice de Tucker Lewis = 0,992; raíz cuadrada media estandarizada residual = 0,00723; raíz del error cuadrático medio de aproximación = 0,0511; criterio de información de Akaike = 42118, y criterio de información Bayesiano = 42259). La confiabilidad estimada con los coeficientes Alfa y Omega fue óptima ( $\alpha = 0,95$ ;  $\omega = 0,95$ ) y las puntuaciones del AAQ-II se correlacionaron positivamente con indicadores de salud como la ansiedad, depresión y estrés percibido. *Conclusiones.* Estos hallazgos sugieren que la escala AAQ-II es un instrumento confiable y válido.

*Palabras claves:* propiedades psicométricas, Inflexibilidad psicológica, escala AAQ-II.

### **Abstract**

Psychological Inflexibility is a relatively recent construct within psychology and current clinical practice, being the Acceptance and Action Questionnaire [AAQ-II] one of the most used instruments to evaluate it. Objective. This research sought to analyze the psychometric properties of the Psychological Inflexibility scale in the general Ecuadorian population. Method. The sample consisted of 2,093 adult participants ages 18 to 68. The factorial structure of the scale, its reliability and correlation with other measures of mental health were analyzed. Results. The AAQ-II showed a one-dimensional factorial structure, which explains that 79.41% of the total variance and a good fit to the data (comparative fit index = 0.996; Tucker Lewis index = 0.992; residual standardized root mean square = 0.00723, root mean square error of approximation = 0.0511, Akaike information criterion = 42118, and Bayesian information criterion = 42259). The reliability estimated with the Alpha and Omega coefficients were optimal ( $\alpha = 0.95$ ;  $\omega = 0.95$ ) and the AAQ-II scores were positively correlated with health indicators such as anxiety, depression and perceived stress. Conclusions. These findings suggest that the AAQ-II scale is a reliable and valid instrument.

*Keywords: psychometric properties, psychological inflexibility, AAQ-II scale.*

## Introducción

El término Inflexibilidad Psicológica [IP] es definido como un patrón de comportamiento rígido basado en la evitación experiencial de eventos negativos que se viven como adversos (Bond et al., 2011; Coletti y Teti, 2015). Esta inflexibilidad genera en las personas una necesidad de control de dichas experiencias, aun cuando el comportamiento es incongruente con sus valores y deseos; cabe destacar que estas acciones de evitación que a corto plazo generan un efecto de alivio inmediato al suprimir el malestar, a la larga ocasionarán más sufrimiento ya que impiden el cumplimiento de metas de vida (Delgado-Domínguez et al., 2020; Hayes, Strosahl y Wilson, 2014; Luciano et al., 2006).

El constructo IP es planteado como un proceso transdiagnóstico que se manifiesta en múltiples trastornos mentales (Malicki y Ostaszewski, 2014), y que juega un papel desadaptativo al establecerse como predictor de alteraciones psicológicas (Krafft et al., 2019). Existen diferentes pruebas que miden este constructo psicológico, de los cuales el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) es conocido como uno de los instrumentos más utilizados para evaluar inflexibilidad psicológica (Bond et al., 2011).

La escala original AAQ construida por Hayes et al. (2004) evaluó a un total de 2415 participantes distribuidos en muestras clínicas y no clínicas, cuyos resultados mostraron una estructura factorial de un único factor, un coeficiente de consistencia interna alfa apenas satisfactorio y validez convergente con indicadores psicológicos. Debido a las inconsistencias psicométricas de la versión inicial, Bond et al. (2011) elaboran una segunda versión del cuestionario AAQ-II, aplicada en un total de 2.816 participantes en muestras clínicas y de estudiantes de pregrado. Los resultados revelaron una estructura de un factor, con una confiabilidad óptima, estos datos sugieren que esta segunda versión supera las propiedades psicométricas de la escala original. Posteriormente la escala fue adaptada a otras poblaciones,

en distintas regiones del mundo (Edwards y Votos, 2020; Lundgren y Parling, 2017; Majeed et al., 2021; Paladines-Costa et al., 2021; Ruiz et al., 2016).

No obstante, se establece que, en América Latina, especialmente en Ecuador se encuentran limitadas investigaciones de instrumentos que sean válidos y confiables en cuanto a la medición de Inflexibilidad Psicológica en la población general, ya que si bien el estudio de Paladines-Costa et al. (2021) está desarrollado en nuestro contexto, este se encuentra restringido exclusivamente a estudiantes universitarios con características sociodemográficas muy específicas. Tomando en consideración estas limitaciones se establece la necesidad de adaptar y validar el instrumento AAQ-II en el contexto general ecuatoriano.

La presente investigación, está estructurada en diferentes capítulos: en el primer capítulo se encuentra el marco teórico, que hace énfasis en el modelo teórico de la Terapia de Aceptación y Compromiso [ACT] del cual surge el constructo IP, se delimita conceptualmente el término, el enfoque transdiagnóstico y se presenta estudios previos sobre el análisis psicométrico de la escala AAQ-II. En el segundo capítulo se encuentra la metodología, en donde se desarrolla los objetivos del estudio, el tipo de investigación, los instrumentos de evaluación, el procedimiento realizado y las técnicas de análisis de datos. En el tercer capítulo se muestran los resultados sobre consistencia interna, estructura factorial y la validez convergente de la escala. Posteriormente, en el capítulo cuarto y último capítulo se encuentra la discusión, conclusiones y recomendaciones del estudio.

Los resultados de esta investigación sugieren que la escala AAQ-II es un instrumento válido y confiable, que podría ser útil para investigaciones sobre este constructo y aplicable a procesos de evaluación e intervención en psicoterapia bajo el enfoque de la Terapia de la aceptación y compromiso.

## Capítulo uno

### Marco Teórico

Es importante comprender la Inflexibilidad Psicología desde sus bases teóricas a través del modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso [ACT por sus siglas en inglés] y analizar los principios básicos que la conforman, puesto que se ha convertido en un constructo destacado de la psicología, la investigación y la práctica clínica actual. El estudio de Kashdan et al. (2006) revela que se constituye como una forma de vulnerabilidad psicológica, convirtiéndose en un mecanismo mantenedor de angustia y de restricción de las actividades placenteras en la vida de las personas. También, se reconoce como predictor de diversas alteraciones psicológicas y comportamentales, y como un factor relevante en el cambio psicoterapéutico (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017).

Así mismo, se explica que la IP se manifiesta en diversos trastornos mentales, por lo que es planteada desde un enfoque transdiagnóstico, es decir que va más allá de los sistemas de clasificación diagnóstica tradicional, y sugiere que estos trastornos comparten comúnmente factores etiológicos y de mantenimiento (Hayes et al., 2004; Fusar-Poli et al., 2019). Debido al papel desadaptativo que juega en la salud mental (Hayes et al., 2014) es relevante identificar la utilización de instrumentos o medidas para evaluar este constructo; por lo que se hace énfasis en estudios sobre el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) desarrollado inicialmente por Hayes et al. (2004), y de la segunda versión elaborada por Bond et al. (2011) al encontrar incongruencias en las propiedades psicométrica de la versión original.

Al identificar al AAQ-II como uno de los instrumentos más utilizados y óptimos para evaluar inflexibilidad psicológica, se examina las investigaciones sobre el análisis psicométrico y adaptación de la escala en otras regiones del mundo. Y debido a los limitados estudios de psicometría de la escala en Ecuador, se reconoce la importancia de la presente investigación

que buscar evaluar las propiedades psicométricas del AAQ-II a nivel de población general ecuatoriana.

## **1. Inflexibilidad Psicológica**

### **1.1. Modelo terapéutico de la terapia de aceptación y compromiso**

En el marco de alternativas psicoterapéuticas para el tratamiento de enfermedades de salud mental, han surgido las denominadas terapias de tercera generación, que están basadas en aproximaciones empíricas y orientadas en los principios del aprendizaje, que a diferencia de las terapias conductuales y terapias cognitivo-conductual, tienen como propósito terapéutico principal la reorientación hacia la vida, la construcción de contextos ambientales flexibles empleando estrategias de cambio centrados en la aceptación de las experiencias personales y no en la reducción o eliminación de sintomatología como lo hace la psicoterapia tradicional (Hayes, 2004; Hayes et al., 2004).

Dentro de estos modelos destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso, que es considerada como una de las más completas de los enfoques terapéuticos y con más evidencia empírica (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2004). La ACT surge del análisis del comportamiento y está basada en una filosofía contextual-funcional que establece que los eventos psicológicos, definidos como: esquemas cognitivos, situaciones o sensaciones, se constituyen en función de la historia personal del individuo, y por ende la interacción de estos eventos y el comportamiento están ligados al contexto. Así también se establece que la ACT sienta sus bases en la Teoría del Marco Relacional (RFT por sus siglas en inglés), teoría dirigida al estudio funcional del lenguaje y la cognición humana donde los conceptos, palabras y recuerdos se relacionan y aprenden en situaciones específicas, entendiéndolas como el origen y mantenimiento de dichas sensaciones y pensamientos (Hayes et al., 2004; Luciano y Valdivia, 2006).

Asimismo, el estudio de psicopatología según la ACT se aborda de una manera distinta a la utilizada en los sistemas nosológicos actuales, centrándose en la realidad clínica de los

pacientes donde la relación entre el lenguaje y los sistemas cognitivos asociados con los eventos o situaciones especialmente de tipo aversivos se perciben como angustiosos e intolerables, generando dificultades en el funcionamiento de las personas o lo que se conoce hoy con el término de inflexibilidad psicológica (Pérez, 2006).

En resumen, la ACT que pertenece a las Terapias de Tercera Generación se sustenta en un enfoque terapéutico diferente del estudio de la psicopatología tradicional, es decir no enfocado a la reducción de síntomas, sino en la alteración del contexto en el que la sintomatología es percibida como problemática, y donde el constructo denominado como inflexibilidad psicológica cobra especial relevancia.

## **1.2. Definición de inflexibilidad psicológica y principios básicos**

En el contexto de la sociedad actual se establece como objetivo principal el buscar constantemente la felicidad, considerando el “sentirse bien siempre” como un indicador clave de vida y de salud mental, donde es inconcebible el experimentar malestar o sufrimiento, y por ello se necesita evitar todo tipo de pensamientos, sentimientos o sensaciones negativas (Molina y Quevedo, 2019). Sin embargo, desde el enfoque de la ACT el sufrimiento es visto como normal, como parte de la interacción humana, considerando como patológico el tratar de oponerse a ese sufrimiento y buscar controlar algo que no se puede llegar a controlar, puesto que genera sentimientos de frustración y hace que el sufrimiento percibido tienda a ser mayor (Luciano y Valdivia, 2006).

La IP es definida como un patrón de comportamientos rígidos donde las acciones de las personas están guiadas por conocimiento generado de las experiencias previas, especialmente experiencias de tipo aversivas, sin llegar a considerar las elecciones personales o situación actual, intentado principalmente evadir dichos problemas (Bond et al., 2011), este patrón se evidencia cuando las personas se fusionan con estos pensamientos que por lo general fueron

asociados con experiencias pasadas de tipo negativas y que se intentan evitar a toda costa, sin considerar las consecuencias que representen.

Desde la perspectiva psicológica de la ACT, este constructo se establece como la falta de capacidad del individuo para elaborar respuestas ligadas con los propios valores personales o deseos, principalmente al enfrentarse a los cambios o diferentes acontecimientos negativos de la vida (Coletti y Teti, 2015). Por ende, la inflexibilidad psicológica genera en las personas una necesidad de control excesivo de dichas experiencias percibidas como negativas, y se conoce que estas acciones de evitación que a corto plazo generan un efecto de alivio inmediato al suprimir el malestar, con el transcurso del tiempo ocasionarán más sufrimiento al impedir el cumplimiento de metas personales de vida (Delgado-Domínguez et al., 2020; Hayes et al., 2014; Luciano et al., 2006).

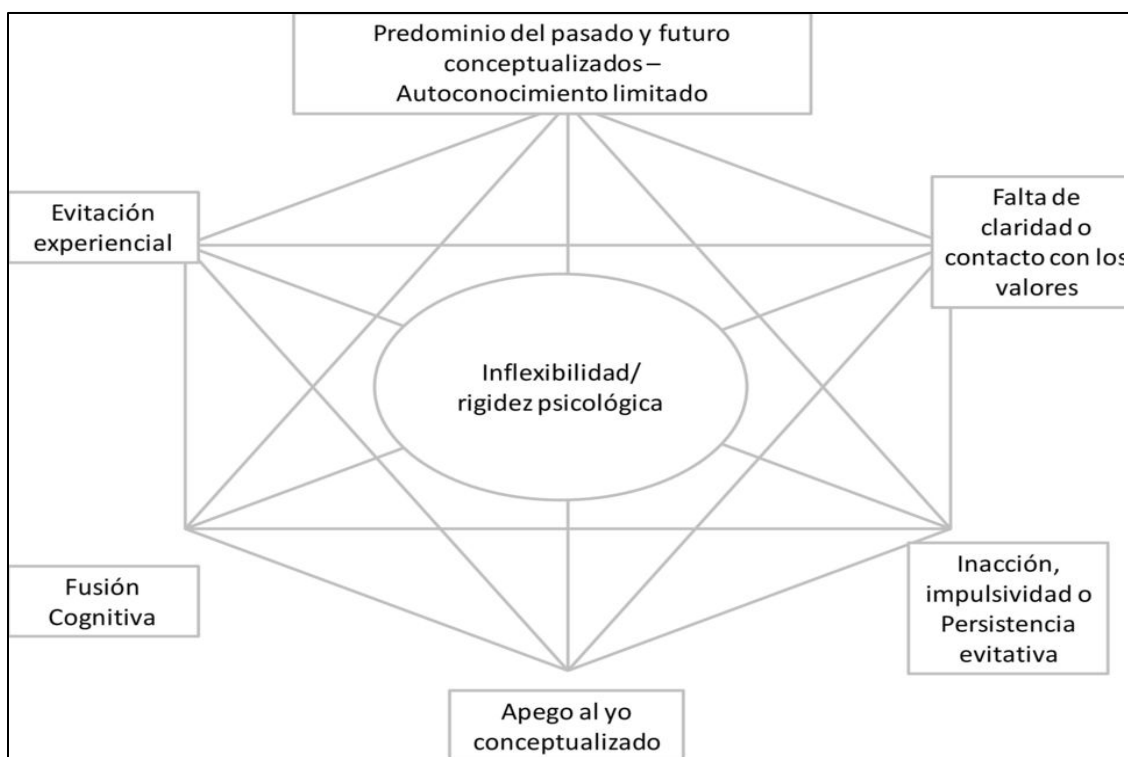
Como se observa en la figura 1, la inflexibilidad psicológica según Hayes et al. (2006) se explica a través de seis principios básicos:

- **Fusión cognitiva:** Entendida como una regulación exagerada e inapropiada del comportamiento humano que es guiado por pensamientos y verbalizaciones inflexibles sin considerar el entorno presente, por ello, actuando incongruentemente con lo deseado.
- **Evitación experiencial:** Intento de evadir las experiencias o eventos negativos (esquemas cognitivos, sentimientos y emociones) aunque esto implique un daño posterior.
- **Pérdida del contacto flexible con el presente y Apego al yo conceptualizado:** Las personas empiezan a considerar más relevante el Yo del pasado o el Yo respecto al futuro, reduciendo la capacidad de experimentar completamente el momento presente y de reaccionar a las cosas que suceden debido a que solo se centran en lo que sucedió o en lo que llegaría a pasar.

- **Falta de claridad con los valores:** La preocupación por evitar el sufrimiento es tan desbordante que se convierte en el objetivo central de vida de las personas, dejando de lado la consecución de valores o metas de vida que son relevantes.
- **Inacción, impulsividad o persistente evitación:** El patrón de inflexibilidad se amplía progresivamente sometiendo la conducta, a objetivos inmediatos de alivio del malestar a través de acciones de evitación, por ello las acciones ligadas a la consecución de metas a largo plazo se disminuye y se hacen menos sensibles al contexto real actual.

### Figura 1

*Principios básicos determinantes en la Inflexibilidad Psicológica.*



*Nota:* Interacción de los principios que integran la IP. Reproducida de Hayes et al., 2006.

En síntesis, la inflexibilidad psicológica o patrón de comportamiento muy rígido provoca en las personas un control excesivo del sufrimiento o malestar, actuando basado únicamente en sus experiencias pasadas especialmente a través de conductas de evitación de los eventos

negativos y de las situaciones que los producen, sin considerar el contexto presente y llegando incluso al abandono de acciones que si se consideran como importantes para el desarrollo personal como los objetivos o metas de vida.

### **1.3. Inflexibilidad psicológica como enfoque transdiagnóstico**

Según los resultados establecidos por el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud se estima que, en 2017 alrededor de 970 millones de personas experimentaron un trastorno mental, siendo su equivalente uno de cada diez personas (Dattani et al., 2021). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estas afecciones son reconocidas como una de las causas principales de discapacidad en el mundo (OPS, 2019).

Así mismo, se determina que la manifestación de trastornos mentales es compleja y puede adoptar diferentes formas, particularmente se ha señalado el papel desadaptativo de la IP en este campo de la salud (Hayes et al., 2014). Este patrón de inflexibilidad está relacionado con la manifestación de distintos problemas de salud psicológica, puesto que se lo considera como un mediador del estrés y de la relación entre el miedo a la evaluación negativa, y la vulnerabilidad psicológica (Arslan et al., 2020; Uğur et al., 2020). Los resultados del estudio de Gaudiano et al. (2017) también informan que la rigidez psicológica es un factor que medió de forma estadísticamente significativa la relación entre síntomas depresivos y el estigma que se tiene hacia la depresión.

Según Luciano y Valdivia (2006) la IP es un factor base de distintos trastornos mentales identificados en los sistemas nosológicos actuales. Por lo tanto, este constructo es planteado como un proceso transdiagnóstico que se manifiesta en diversos trastornos afectivos como depresión, ansiedad, trauma, alteraciones psicóticas y una menor calidad de vida (Hayes et al., 2004); además de, confirmarse como predictor de angustia e ideación suicida (Krafft et al., 2019).

Este enfoque transdiagnóstico aborda de forma distinta la clasificación, prevención e intervención clínica de los trastornos mentales (Newby et al., 2015), y surge debido al análisis que se realiza sobre los procesos etiológicos y de mantenimiento que son comunes en gran parte de los trastornos, por lo que identifica asociaciones específicas entre la sintomatología, las conductas y la interacción de las personas; que van más allá de las categorías diagnósticas de los manuales y cuya intervención está centrada en la clarificación y compromiso con los valores o los objetivos de vida y no únicamente la reducción de sintomatología psicopatológica (Fusar - Poli et al., 2019; Grisanzio et al., 2018).

De forma opuesta, estudios sobre flexibilidad psicológica demostraron, que este patrón puede predecir menores indicadores de depresión, ansiedad y afecto negativo (Montiel et al., 2016); así como también, de disminuir el sentimiento de agotamiento emocional y una percepción mayor de satisfacción con la vida (Montaner et al., 2021), incluso la capacidad de atenuar los efectos negativos producto del aislamiento social (Smith et al., 2020). Así mismo, el estudio de Wersebe (2018) expone que, al potenciar este patrón de flexibilidad a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso, se reducen los niveles de estrés, se promueve el bienestar general y se establece como un importante factor dentro del cambio en psicoterapia (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017); es decir se constituiría como un factor de protección en distintos contextos, que cumple con el objetivo de mejorar la salud psicológica de las personas.

El análisis de estas investigaciones determina que la Inflexibilidad Psicológica desde un enfoque transdiagnóstico, está ampliamente relacionada con la manifestación de varios síntomas psicológicos y trastornos mentales, por lo que reconoce el solapamiento de factores que de hecho podrían ser indicadores importantes para la intervención clínica. Además, de que mantiene de forma negativa una relación con variables de buena salud mental, mayor satisfacción y calidad de vida.

#### 1.4. Evaluación de la Inflexibilidad Psicológica

La medición de la IP se inicia con la construcción del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ), escala elaborada por Hayes et al. (2004), cuyo propósito fue generar una medida breve de IP, basada en un enfoque teórico que explique el constructo. En el estudio original de Hayes et al. (2004), se evaluó a un total de N=2415 participantes distribuidos en grandes muestras clínicas: integradas por personas con diagnósticos de ansiedad, trastornos afectivos, adaptativos y de personalidad; y muestras no clínicas de estudiantes universitarios. Esta fue una escala corta que tenía entre 9 y 16 ítems presentados en escala tipo Likert, que obtuvo un coeficiente de consistencia interna a través del alfa de Cronbach de 0.70, apenas satisfactorio y una confiabilidad de test-retest de  $r = 0.64$  después de 4 meses; así también los resultados mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio mostraron un único factor que comprende el constructo de Inflexibilidad Psicológica. La investigación también reveló que niveles más altos de IP evaluados a través del AAQ se asocia con índices elevados de ansiedad ( $r = 0.58$ ;  $p = 0.01$ ) y depresión ( $r = 0.72$ ;  $p = 0.01$ ), así como otros indicadores de trauma ( $r = 0.55$ ;  $p = 0.01$ ) y de manera opuesta la IP se relacionó con una menor calidad de vida ( $r = -0.40$ ;  $p = 0.01$ ).

La traducción de la versión original al español realizada por Barraca (2004) fue realizada en una muestra total de N=114 participantes, entre los que se incluían personas con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad, y población no clínica de universitarios, y trabajadores bancarios; el estudio evaluó el índice de confiabilidad a través del alfa de Cronbach, en donde se determinó un  $\alpha = 0.74$  y una confiabilidad aceptable test-retest de  $r = 0.71$  después de 5-6 semanas. También, la validación concurrente y convergente reveló que los puntajes elevados en la escala AAQ se correlacionan significativamente con medidas de depresión ( $r = 0.74$ ;  $p = 0.01$ ), ansiedad ( $r = 0.76$ ;  $p = 0.01$ ) y personalidad tipo límite ( $r = 0.66$ ;  $p = 0.01$ ). Sin embargo, en la investigación mediante análisis factorial exploratorio se obtuvieron 3 dimensiones, resultados que no concuerdan con la escala original.

En la investigación de Bond et al. (2011) los niveles de confiabilidad interna obtenidos a través del alfa de Cronbach para la escala AAQ fueron cada vez menores, especialmente para poblaciones específicas (menor nivel de educación y lenguaje inglés como segundo idioma), dando como resultado una estructura factorial inestable; que podría explicarse debido a la complejidad innecesaria de los elementos y la sutileza de los conceptos abordados (Bond et al., 2011).

Al analizar las incongruencias de la estructura psicométrica de la versión original, Bond et al. (2011) elaboran una segunda versión del cuestionario AAQ-II, aplicado en un total de  $N=2.816$  participantes, distribuidos en seis muestras clínicas de participantes en tratamiento por abuso de sustancias y muestras no clínicas de estudiantes de pregrado. Los resultados de la confiabilidad interna obtenidos a través del alfa Cronbach, arrojaron un valor promedio de 0.84 ( $\alpha = 0.78 - 0.88$ ) y confiabilidad test-retest entre los siguientes valores  $r = 0.81 - 0.79$ , luego de 3 y 12 meses respectivamente, lo que indicó una confiabilidad óptima para la escala. Al examinar su estructura factorial exploratoria y confirmatoria, se encontró representada por un único factor que explica al constructo de inflexibilidad psicológica. También se reveló una relación convergente y predictiva entre los indicadores de IP evaluados a través de la escala con medidas de depresión ( $r = 0.71$ ;  $p = 0.01$ ), ansiedad ( $r = 0.61$ ;  $p = 0.01$ ), estrés ( $r = 0.57$ ;  $p = 0.01$ ) y salud general ( $r = 0.30$ ;  $p = 0.01$ ) y además mostró una satisfactoria validez discriminativa; de esta forma concluyendo que el AAQ-II superó las propiedades psicométricas de la escala original.

Actualmente el AAQ-II es conocido como uno de los instrumentos más utilizados y óptimos para evaluar inflexibilidad psicológica (Bond et al., 2011). Es por ello que esta escala ha sido validada y adaptada en otras regiones del mundo, así por ejemplo Lundgren y Parling (2017) analizaron las propiedades psicométricas de la versión sueca del AAQ-II en un total de tres muestras de estudiantes de diferentes universidades de Suecia ( $N=529$ ). Los resultados del estudio psicométrico indicaron una confiabilidad excelente al evaluar el alfa Cronbach,

obteniendo un promedio de  $\alpha = 0.86$  y la prueba de fiabilidad test-retest de  $r = 0.80$  mostró ser satisfactoria. Al examinar su estructura factorial se encontró un único componente o factor que explica el 58.21% de la varianza. Dentro de la validez de constructo los valores altos de IP evaluados a través del AAQ-II se correlacionan significativamente con grados más altos de síntomas depresivos ( $r = 0.50$ ;  $p = 0.01$ ), ansiedad ( $r = 0.50$ ;  $p = 0.01$ ), estrés ( $r = 0.58$ ;  $p = 0.01$ ), y de manera negativa se correlacionó con el indicador de satisfacción con la vida ( $r = -0.56$ ;  $p = 0.01$ ).

Otro estudio psicométrico fue desarrollado en Hungría por Eisenbeck y Szabó-Bartha (2018) donde se llevó a cabo la validación del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) en un total de  $N=1065$  participantes, quienes fueron distribuidos en dos muestras: una integrada por personas con historial de tratamiento psicológico y otra de participantes sin antecedentes de tratamiento. Luego de analizar la consistencia interna obtenida a través del alfa de Cronbach, se evidenció una confiabilidad óptima con un  $\alpha = 0.90$ . Los resultados obtenidos a través del análisis factorial confirmatorio mostraron un ajuste aceptable del modelo unidimensional con la suma de dos covarianzas de error. Dentro de la validación concurrente y convergente los autores encontraron correlaciones positivas entre altos puntajes de IP con indicadores de depresión ( $r = 0.58$ ;  $p = 0.0005$ ), ansiedad ( $r = 0.47$ ;  $p = 0.01$ ), estrés ( $r = 0.49$ ;  $p = 0.01$ ), y malestar psicológico general ( $r = 0.58$ ;  $p = 0.01$ ). De la misma forma al examinar la validez concurrente y divergente, la inflexibilidad psicológica se correlacionó negativamente con satisfacción con la vida ( $r = -0.50$ ;  $p = 0.01$ ) y estado de Salud ( $r = -0.28$ ;  $p = 0.01$ ). De esta forma, este estudio revela que el cuestionario AAQ-II es válido al evaluar la inflexibilidad psicológica en población húngara.

En el estudio de Shari et al. (2019) se analizaron las propiedades psicométricas del AAQ-II y se tradujo el cuestionario al idioma malayo en una población total de  $N=201$  participantes, distribuidos en dos muestras: una muestra clínica de 101 pacientes con cáncer en servicio ambulatorio, con una edad promedio de 48,32 años; y una muestra no clínica de 100 participantes

libres de cáncer escogidos de manera aleatoria en lugares públicos con una edad media de 43,44 años. Los resultados encontraron que la escala muestra excelentes índices de consistencia interna al evaluar el alfa de Cronbach, que determinó un  $\alpha = 0.91$  para el grupo de participantes con cáncer y un  $\alpha = 0.90$  para la segunda muestra. Mediante el análisis de la estructura factorial se demostró que un único factor explicó el 59,78% de la varianza. La validez de contenido mostró un nivel para relevancia y claridad de 0,95 y 0,97 respectivamente, calculado mediante el acuerdo de seis expertos en la materia. Los resultados sobre validez convergente indicaron que los puntajes altos del AAQ-II se correlaciona significativamente con síntomas de ansiedad ( $r = 0.64$ ;  $p = 0.01$ ), depresión ( $r = 0.64$ ;  $p = 0.01$ ) y la represión de pensamientos indeseables ( $r = 0.47$ ;  $p = 0.01$ ).

Así mismo, en el estudio de Ruiz y Odriozola-González (2014), se evaluaron las propiedades psicométricas de la escala de inflexibilidad psicológica específica y adaptada al lugar trabajo. Se desarrolló en un total de  $N=209$  trabajadores del sur de España, de edades entre 18 y 60 años, con una media de 36.1 años y representado por el 52% de hombres. Los resultados de la prueba respecto a la consistencia interna obtenida a través del alfa de Cronbach, estableció una muy buena confiabilidad con un  $\alpha = 0.92$ . El análisis factorial exploratorio señaló que la solución de un solo factor explica el 66,79% de la varianza. Además, la validez concurrente y convergente demostró que las puntuaciones altas de la escala se relacionan significativamente con medidas de la escala de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional ( $r = 0.43$ ;  $p = 0.01$ ) y cinismo ( $r = 0.36$ ;  $p = 0.01$ ); mientras que la validez divergente encontró que altos indicadores de IP se correlaciona de manera inversa con indicadores como satisfacción laboral general ( $r = -0.33$ ;  $p = 0.01$ ), satisfacción laboral extrínseca ( $r = -0.34$ ;  $p = 0.01$ ) y con el índice de empoderamiento psicológico ( $r = -0.28$ ;  $p = 0.01$ ).

También, se ha creado una versión específica de la escala AAQ-II para pacientes con dolor crónico, Majeed et al. (2020) validaron en Alemania la escala en una muestra de  $N=168$

pacientes de un centro hospitalario del dolor, presentando una edad promedio de 52 años, población conformada por el 77,4% de mujeres y siendo el dolor más común el dolor de espalda. Los resultados indicaron una buena consistencia interna para la escala, la cual fue determinada a través del alfa de Cronbach, que evidencio para el total de la escala un  $\alpha = 0.89$ . Al examinar su estructura factorial exploratoria y confirmatoria se encontró un único factor que explicó el 61% de la varianza. Dentro de la validez de constructo se halló que los valores altos de IP mostraron altas correlaciones con indicadores como catastrofismo ( $r = 0.75$ ;  $p = 0.01$ ), depresión ( $r = 0.73$ ;  $p = 0.01$ ) y ansiedad ( $r = 0.66$ ;  $p = 0.01$ ), y una correlación negativamente fuerte con calidad de vida relacionada con la salud ( $r = -0.58$ ;  $p = 0.01$ ), concluyendo que la escala presenta una buena fiabilidad, y que su estructura factorial y validez de constructo es comparable con la segunda versión de la escala.

En España, Ruiz et al. (2013) analizaron las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción–II traduciéndolo al español, el estudio fue realizado en seis muestras integradas por un total de  $N=712$  participantes de edades entre 17 y 64 años, conformada por pacientes con diagnóstico de trastornos emocionales o psicóticos pertenecientes a la provincia de Almería y Granada, estudiantes de pregrado, alumnos practicantes de docencia universitaria y personas reclutadas de entre los estudiantes de la Universidad. Los resultados de la prueba respecto a la consistencia interna obtenida a través del alfa de Cronbach, estableció una buena confiabilidad con un  $\alpha = 0.88$ . El análisis factorial exploratorio señaló que la solución de un solo factor explica el 57,33% de la varianza. Además, la validez concurrente y convergente demostró que las puntuaciones altas del AAQ-II se relacionan significativamente con medidas de depresión ( $r = 0.45$ ;  $p = 0.01$ ), preocupaciones o temores ( $r = 0.56$ ;  $p = 0.01$ ), ansiedad ( $r = 0.43$ ;  $p = 0.01$ ); mientras que la validez divergente encontró que altos indicadores de IP se correlaciona de manera inversa con indicadores como autoeficacia ( $r = -0.40$ ;  $p = 0.01$ ), afrontamiento de las emociones ( $r = -0.46$ ;  $p = 0.01$ ) y con el índice de salud mental ( $r = -0.58$ ;  $p = 0.01$ ).

De la misma manera, en España, Delgado-Domínguez et al. (2020) adaptaron el Cuestionario de Aceptación y Acción-II en el contexto de tratamiento de hemodiálisis a un total de N=186 pacientes en edades comprendidas entre los 18 y 90 años, cuya edad promedio fue 70,17 años, conformados por el 60,8% de hombres. Se encontró que la escala muestra una aceptable consistencia interna, obtenida a través del alfa de Cronbach que arrojó un  $\alpha = 0.76$  para la escala total. El análisis factorial exploratorio demostró que un solo factor explica el 44,31% de la varianza. Y dentro de la validez concurrente y convergente, el estudio identificó que pacientes más inflexibles presentan indicadores de menor calidad de vida ( $r = 0.45$ ;  $p = 0.00$ ), así como altos puntajes en IP se asocian con síntomas elevados de ansiedad ( $r = 0.54$ ;  $p = 0.00$ ), y depresión ( $r = 0.51$ ;  $p = 0.00$ ). También, se encontró que la Inflexibilidad Psicológica es un predictor significativo ( $p=0,026$ ) de la variabilidad de los niveles de fósforo que se traduce en concentraciones altas que pueden dañar el organismo.

Cabe mencionar que también existen estudios de validación del Cuestionario AAQ-II en población general española, Menéndez-Aller et al. (2021) realizaron una investigación que tuvo una muestra total de N=964 participantes de España, integrada por el 52,8% de mujeres en edades que comprendían desde los 18 a los 84 años, con una media de edad de 43.4 años. En lo que respecta a la consistencia interna obtenida a través del alfa de Cronbach, la prueba mostró una excelente confiabilidad con un  $\alpha = 0.93$ . El análisis factorial confirmatorio del cuestionario encontró un buen ajuste de la estructura unidimensional. Además, la validez convergente demostró que las puntuaciones altas del AAQ-II se relacionan significativamente con ansiedad ( $r = 0.59$ ;  $p = 0.001$ ), depresión ( $r = 0.77$ ;  $p = 0.001$ ), atención emocional ( $r = 0.52$ ;  $p = 0.001$ ), y neuroticismo ( $r = 0.74$ ;  $p = 0.001$ ); y dentro de la validación divergente los puntajes altos de IP se correlaciona de manera inversa con medidas como claridad emocional ( $r = -0.38$ ;  $p = 0.001$ ), reparación emocional ( $r = -0.35$ ;  $p = 0.001$ ) y con extraversión ( $r = -0.23$ ;  $p = 0.001$ ).

También, se han realizado investigaciones en el contexto norteamericano, por ejemplo, el estudio de Levin et al. (2019) evaluó las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción–II en una población específica de estudiantes universitarios de pregrado de los Estados Unidos (N=425) en edad promedio de 21 años, y donde la muestra estuvo representada por el 57,4% de mujeres. Los datos del análisis de consistencia interna realizados por medio del alfa de Cronbach, mostraron una excelente fiabilidad con un  $\alpha = 0.91$  para la escala. A través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio se concluyó que la solución de un solo factor explica el 51,38% de la varianza. Igualmente, los estudios de validez convergente demostraron correlaciones significativamente moderadas entre puntuaciones altas de inflexibilidad psicológica y seis indicadores de salud mental: angustia total ( $r = 0.77$ ;  $p = 0.001$ ), depresión ( $r = 0.73$ ;  $p = 0.001$ ), ansiedad ( $r = 0.67$ ;  $p = 0.001$ ), ansiedad social ( $r = 0.58$ ;  $p = 0.001$ ), hostilidad ( $r = 0.41$ ;  $p = 0.001$ ), y ajuste social ( $r = 0.50$ ;  $p = 0.001$ ). De la misma forma, el cuestionario AAQ-II también demostró ser un predictor de los resultados académicos en los estudiantes universitarios.

El estudio de Edwards y Votos (2020) se realizó en una muestra grande de N=1509 estudiantes universitarios hispanos y no hispanos del suroeste de los Estados Unidos, de edades comprendidas entre los 18 y 26 años, conformado por el 71% de mujeres del grupo de hispanos y el 58% de mujeres del grupo de no hispanos. Los resultados determinaron mediante un análisis factorial de tipo confirmatorio de toda la muestra, que la escala de inflexibilidad psicológica AAQ-II revela un buen ajuste del modelo de un factor en ambos grupos étnicos.

En el contexto latinoamericano, Martins y Giardini (2015) analizaron las propiedades psicométricas de la versión brasileña del AAQ-II en un total de N=1352 estudiantes universitarios de ocho ciudades de Brasil, la muestra estuvo compuesta por el 65,3% de mujeres y en edad promedio de 24,7 años. Los resultados del análisis de consistencia interna realizados a través del alfa de Cronbach, mostraron una buena fiabilidad con un  $\alpha = 0.86$ . El análisis de la estructura

factorial de la escala demostró que un solo factor explica el 48,4% de la varianza. En referencia a la validez concurrente y convergente se determinó que la IP se correlacionaron positivamente con indicadores de depresión ( $r = 0.62$ ;  $p = 0.01$ ), y ansiedad ( $r = 0.71$ ;  $p = 0.01$ ), en tanto que se encontró a través de la validación divergente que los valores altos de IP se correlacionaron de manera negativa con resiliencia ( $r = -0.35$ ;  $p = 0.01$ ) y salud general ( $r = -0.21$ ;  $p = 0.01$ ).

Además, en población colombiana Ruiz et al. (2016) realizaron la validación de la escala, en un total de  $N=1759$  participantes en edades comprendidas entre 18 y 88 años, agrupados en cuatro muestras clínicas y no clínicas: estudiantes universitarios, personas que habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico, pacientes con trastornos emocionales o trastornos sexuales, y una muestra de población general. Los datos del análisis de consistencia interna realizados por medio del alfa de Cronbach, mostraron una excelente fiabilidad con un  $\alpha = 0.91$ . Así mismo, el análisis factorial mostró que el modelo de unifactorial presenta un buen ajuste a los datos. Para la validación convergente los autores encontraron correlaciones positivas entre altos puntajes de IP con indicadores de angustia psicológica ( $r = 0.58$ ;  $p = 0.01$ ), síntomas de depresión ( $r = 0.67$ ;  $p = 0.01$ ), estrés ( $r = 0.60$ ;  $p = 0.01$ ) y dentro de la validez divergente se revelaron correlaciones negativas de Inflexibilidad psicológica con medidas como conciencia plena ( $r = -0.31$ ;  $p = 0.01$ ) y satisfacción con vida ( $r = -0.49$ ;  $p = 0.01$ ). Los resultados de este estudio revelan que las medidas del AAQ-II eran por tanto invariantes en muestras clínicas y no clínicas.

En el contexto mexicano, el estudio de Patrón (2010) evaluó las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción-II para la validación de la escala en población clínica. La muestra estuvo conformada por pacientes con trastorno de ansiedad, trastorno psicótico y trastorno del estado de ánimo, cuya edad promedio fue de 33.82, con un rango que iba desde los 18 a los 61 años. Los datos obtenidos del análisis de consistencia interna realizados por medio del alfa de Cronbach, mostraron una buena fiabilidad con un  $\alpha = 0.89$  para

el total de la escala. A través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio se concluyó que la solución de un solo factor explica el 51,22% de la varianza. Igualmente, los estudios de validez convergente demostraron correlaciones significativamente moderadas entre puntuaciones altas de inflexibilidad psicológica evaluados a través del AAQ-II e indicadores de ansiedad ( $r = 0.68$ ;  $p = 0.001$ ). Además, el estudio reveló que las personas que tenían un diagnóstico de trastorno psicótico presentaban menor inflexibilidad en comparación con aquellos que tenían diagnóstico de trastorno de ansiedad o del estado de ánimo.

De la misma forma, Mellin y Padrós (2021) realizaron la validación del AAQ-II en una muestra de 993 participantes mexicanos, de edades comprendidas entre 18 y 79 años, que estuvo representada por el 61.2% mujeres. Los resultados del análisis de consistencia interna realizados a través del alfa de Cronbach, mostraron una buena confiabilidad con un  $\alpha = 0.89$ . Mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, se encontró un buen ajuste de la estructura de un factor que explicaba el 54,75% de la varianza. Para la validación convergente los autores encontraron correlaciones positivas y significativas entre las altas puntuaciones de inflexibilidad psicológica del AAQ-II con indicadores de sintomatología ansiosa ( $r = 0.76$ ;  $p = 0.01$ ) y sintomatología depresiva ( $r = 0.69$ ;  $p = 0.01$ ).

En el marco de investigaciones realizadas en Ecuador se encuentra la investigación de Paladines-Costa et al. (2021) ejecutada en una muestra total de  $N=7905$  estudiantes de once diferentes universidades del Ecuador, con una edad promedio de 21,49 años, donde el 53,75% eran mujeres. El estudio encontró que la escala AAQ-II presenta óptimas propiedades psicométricas con: un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach excelente de 0.919 y Omega de 0.928; así mismo una estructura factorial unidimensional que explica entre el 66,87% de la varianza total, consistente con la segunda versión del AAQ-II. A través de la validación convergente se encontró que los puntajes altos de IP se correlacionaron positivamente con indicadores de estrés percibido ( $r = 0.67$ ;  $p = 0.01$ ), soledad ( $r = 0.64$ ;  $p = 0.01$ ), ansiedad y

depresión ( $r = 0.59$ ;  $p = 0.01$ ), en tanto que, en la validez divergente la IP se correlacionó de manera negativa con medidas como resiliencia ( $r = -0.57$ ;  $p = 0.01$ ) y compromiso con la vida ( $r = -0.48$ ;  $p = 0.01$ ).

Cabe destacar que el estudio de Paladines-Costa et al. (2021) aunque realizado en nuestro contexto, se encuentra limitado únicamente a una población de estudiantes universitarios de pregrado que presentan características sociodemográficas muy específicas: edad promedio de 21,49 años, en su mayoría de estado civil solteros (91%) y estudiantes a tiempo completo (73%); no pudiendo generalizar estos resultados a la población general ecuatoriana que comprende rangos de edad más amplios y diversidad de características sociodemográficas.

De la misma forma, se evidencia el creciente número de estudios que refuerzan la importancia de la evaluación de salud mental a través de la utilización de instrumentos psicológicos como apoyo a los profesionales (Wechsler et al., 2019). Es por ello que se reconoce como primordial contar con herramientas confiables para la medición y diagnóstico de los diferentes indicadores de salud mental y psicopatologías, puesto que las escalas o cuestionarios psicológicos permiten afianzar los procesos evaluativos y las elecciones de los tratamientos más adecuados de esta forma considerando las individualidades de cada paciente (Domínguez -Lara y Merino-Soto, 2015).

Sin embargo, destaca no solo la necesidad de contar con instrumentos de evaluación, sino que estas medidas deben ser adaptadas a la cultura en la que se aplican, fundamentando su desarrollo en la literatura científica actual y cumpliendo con las normativas vigentes establecidas para la construcción de las mismas (Domínguez-Lara y Merino-Soto, 2015; Consejo Federal de Psicología [CFP], 2018).

Una de las organizaciones destinadas al control de las adaptaciones y validaciones de Cuestionarios o Test psicológicos, es la Comisión Internacional de Test (ITC), que manifiesta que

la adaptación de todo instrumento evaluativo debe considerar los factores culturales y lingüísticos del contexto donde la escala va a ser validada. Así como también presentar adecuadas propiedades psicométricas, en cuanto a indicadores de confiabilidad y validez (Muñiz et al., 2013).

Se reconoce que además del análisis psicométrico de las escalas psicológicas, los profesionales también deben precisar el uso de estas herramientas de forma apropiada siguiendo los protocolos y medidas establecidas, realizando una previa preparación en la aplicación del instrumento, métodos de calificación e interpretación teniendo en cuenta las particularidades de los cuestionarios y de las personas a quienes van dirigidos las pruebas con la finalidad de obtener resultados más acertados (Elosua, 2017; Muñiz et al., 2015).

Finalmente, tomando en consideración los limitados estudios de psicometría realizados en el contexto ecuatoriano, surge la necesidad de ejecutar esta investigación que tiene por objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la escala Inflexibilidad psicológica AAQ-II a nivel de población general ecuatoriana. Permitiendo dotar a los profesionales de la salud mental con un instrumento válido y confiable que ayudará a la evaluación clínica y procesos psicoterapéuticos, aplicables a los ecuatorianos en general, así como también fomentará un aumento de la investigación.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1. Objetivos de la investigación

##### 2.1.1. *Objetivo general*

Evaluar las propiedades psicométricas de la escala de inflexibilidad psicológica en población general ecuatoriana.

##### 2.1.2. *Objetivos específicos*

- Identificar la confiabilidad del cuestionario mediante el análisis de consistencia interna Alfa de Cronbach y Omega de la prueba total.
- Determinar la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio de los ítems que componen el cuestionario.
- Examinar la validez convergente mediante el análisis de la correlación entre los puntajes de la escala de Inflexibilidad Psicológica AAQ-II, con el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), y la Escala de Estrés Percibido (PSS-10).

#### 2.2. Tipo de investigación

La presente investigación es de campo, transversal y psicométrica. Es una investigación de campo, ya que los datos fueron recogidos en un ambiente natural, sin modificaciones, es decir realizándola en el lugar en el que se estudia al fenómeno (Bernal, 2016).

Asimismo, es una investigación **transversal** ya que los datos e información se recopilaron en un momento dado, es decir en un tiempo único en el periodo 2021-2022, siendo su propósito el describir las variables de estudio (Müggenburg y Pérez, 2007). Además, el presente estudio es **psicométrico** porque a través de un conjunto de métodos, técnicas y teorías busca determinar los indicadores psicométricos de validez y confiabilidad permitiendo la medición de variables psicológicas (Rodríguez et al., 2011).

La investigación tiene un diseño no experimental, ya que se ejecuta sin alterar o manipular deliberadamente las variables, limitándose a observar el fenómeno en su ambiente o contexto natural y proceder a analizarlo (Hernández -Sampieri y Mendoza, 2018).

### **2.3. Población y muestra de estudio**

La población estuvo conformada por hombres y mujeres que se encontraban en Ecuador, cuyas edades comprendían entre los 18 y 68 años.

De la población estimada se obtuvo una muestra total de 2093 participantes, establecidos a través de un muestreo no probabilístico, intencional donde los sujetos no son elegidos de forma aleatoria, sino de acuerdo a las características que establece el investigador; y de conveniencia quedando conformados por aquellos casos a los que se tuvo acceso (Hernández -Sampieri y Mendoza, 2018).

**Tabla 1***Características sociodemográficas e indicadores de salud*

<b>VARIABLES</b>		
<b>Frecuencia</b>	2093	
<b>Edad</b>	18/68	
M	30,94	
DE	9,91	
<b>Variable</b>	<b>(f)</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	1104	52,7
Mujer	989	47,3
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	1136	54,4
Casado/a	710	33,9
Unión libre	147	7,0
Separado/a -Divorciado/a	95	4,5
Viudo/a	5	0,2
<b>Nacionalidad</b>		
Ecuatorianos	2075	99,1
Extranjeros	18	0,9
<b>Región a la que pertenece</b>		
Costa	554	26,5
Sierra	1353	64,6
Oriente	182	8,7
Galápagos	4	0,2
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Bajo	67	3,2
Medio bajo	350	16,8
Medio	1136	54,3
Medio alto	426	20,4
Alto	64	3,0
Valores no reportados	50	2,4
<b>Situación laboral</b>		
Desempleado/a	573	27,4
Empleado a tiempo completo	1184	56,5
Empleado a tiempo parcial	179	8,6
Trabajo informal	157	7,5
<b>Ha sido positivo para COVID-19</b>		
Si	1395	66,7
No	698	33,3

*Nota.* Frecuencia (f); Porcentaje (%); Media (M); y Desviación estándar (DE).

### 2.3.1. Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de Ecuador en edades comprendidas entre los 18 y 68 años.
- Tener acceso a internet
- Aceptar formar parte del estudio a través del consentimiento informado.
- Contestar los instrumentos en su totalidad.

### 2.3.2. Criterios de exclusión

- Hombre y mujeres menores de 18 años.
- No aceptar formar parte del estudio a través del consentimiento informado.
- No responder los instrumentos en su totalidad.

## 2.4. Instrumentos de recogida de información

*Cuestionario de variables sociodemográficas y de salud.*

<b>Cuestionario de variables sociodemográficas y de salud</b>					
<b>Aplicación</b>	Individual o Colectiva				
<b>Tiempo</b>	5 – 10 minutos				
<b>Objetivo</b>	Recolectar los datos sociodemográficos y de salud de los participantes				
<b>Población</b>	Jóvenes, adultos y adultos mayores.				
<b>N° (ítems)</b>	11				
	Edad:	Desde 18		Hasta 68	
	Sexo:	Hombre		Mujer	
	Estado civil	Soltero/a	Casado/a	Separado/a o Divorciado/a	Viudo/a
	Nacionalidad	Ecuatorianos		Extranjeros	
	Región a la que pertenece	Costa	Sierra	Oriente	Galápagos
<b>Variables tomadas en consideración</b>	Clase social subjetiva	Baja	Media baja	Media	Media alta
	Situación laboral	Desempleado	Empleado a tiempo completo (40 horas)	Empleado a tiempo parcial	Trabajo informal (sin contrato)
	Contagio de Covid-19	Si		No	

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

<b>Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II)</b>							
<b>Autores</b>	Bond et al. (2011).						
<b>Aplicación</b>	Individual						
<b>Tiempo</b>	10 a 15 minutos						
<b>Objetivo(s)</b>	Evaluar inflexibilidad psicológica y evitación experiencial						
<b>Población</b>	Adolescentes, jóvenes y adultos.						
<b>N° (ítems)</b>	7 ítems						
<b>Escala de medición</b>	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
<b>Puntuación</b>	Una puntuación mayor indica mayor inflexibilidad psicológica.						
<b>Interpretación de puntajes</b>	A mayor puntuación, mayor grado de inflexibilidad psicológica. Las puntuaciones promedio de los participantes no clínicos suelen estar entre 18 y 23 puntos. Las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos. <b>Confiabilidad:</b> La consistencia interna entre las diferentes muestras fue satisfactoria, mostrando un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.88$ y la confiabilidad test-retest después de 3 y 12 meses fue de $r = 0.81-0.79$ , respectivamente.						
<b>Propiedades psicométricas de la prueba total</b>	<b>Validez de constructo:</b> El estudio mostró una estructura factorial de un factor. <b>Validez de criterio:</b> Los puntajes altos de IP se correlacionaron con medidas de depresión ( $r = 0.71$ ; $p = 0.001$ ), ansiedad ( $r = 0.61$ ; $p = 0.001$ ), estrés ( $r = 0.57$ ; $p = 0.001$ ), salud general ( $r = 0.30$ ; $p = 0.001$ ) y el índice de gravedad global de la lista de verificación de síntomas ( $r = 0.70$ ; $p = 0.001$ ), además el AAQ-II mostró una satisfactoria validez discriminativa.						
<b>Calificación</b>	Suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.						

*Nota.* Datos tomados de Bond et al. (2011).

## 2.4.1. Escala de Estrés percibido, Perceived Stress Scale (PSS-10)

<b>Escala de Estrés percibido, Perceived Stress Scale (PSS-10)</b>	
<b>Autores</b>	Cohen et al. (1983)
<b>Aplicación</b>	Individual.
<b>Tiempo</b>	5 – 10 minutos.
<b>Objetivo(s)</b>	Medir la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se perciben como estresantes. Evalúa el estrés en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga.
<b>Población</b>	Adultos
<b>N° (ítems)</b>	10

<b>Escala de medición</b>	0 Nunca	1 Casi nunca	2 De vez en cuando	3 Muchas veces	4 Siempre
<b>Puntuación</b>	Los participantes responden en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 0 ("Nunca") y 4 ("muy a menudo")				
<b>Interpretación de puntajes</b>	A mayor puntuación, mayor estrés percibido				
<b>Propiedades psicométricas de la prueba total</b>	<p><b>Confiabilidad:</b> En el estudio de Ruisoto et al. (2020) la confiabilidad fue óptima con coeficientes Alfa de <math>\alpha = 0.85</math>; y Omega de <math>\omega = 0.87</math>.</p> <p><b>Validez de constructo:</b> En el estudio de Ruisoto et al. (2020) la escala mostró un ajuste satisfactorio con una estructura bifactorial que representó el 56,99% de la varianza.</p> <p><b>Validez de criterio:</b> En el estudio de Ruisoto et al. (2020) las puntuaciones de la escala PSS-10 se correlacionaron positivamente con indicadores de soledad (<math>r = 0.56</math>; <math>p = 0.001</math>), inflexibilidad psicológica (<math>r = 0.68</math>; <math>p = 0.001</math>), consumo de alcohol (<math>r = 0.12</math>; <math>p = 0.001</math>) y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión (<math>r = 0.65</math>; <math>p = 0.001</math>), y de forma negativa con resiliencia (<math>r = -0.58</math>; <math>p = 0.001</math>).</p>				
<b>Calificación</b>	Puntuaciones del 0 al 4 exceptuando las preguntas 4, 5, 7 y 8, en las que la calificación es invertida. Modo de calificación: sumatoria de todos los resultados.				

*Nota.* Datos tomados de Ruisoto et al. (2020).

#### 2.4.2. Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire [PHQ-9])

<b>Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire [PHQ-9])</b>					
<b>Autores</b>	Kroenke et al. (2001)				
<b>Aplicación</b>	Individual, versión autoadministrada				
<b>Tiempo</b>	10 minutos aproximadamente				
<b>Objetivo(s)</b>	Ayudar al diagnóstico de la depresión a través de los criterios del DSM-IV, y determinar la gravedad de dicho trastorno.				
<b>Población</b>	Adultos				
<b>N° (ítems)</b>	9 ítems				
<b>Escala de medición</b>	0 Ningún día	1 Varios días	2 Más de la mitad de los días	3 Casi todos los días	
<b>Puntuación</b>	Una puntuación mayor indica un mayor nivel de depresión				
<b>Interpretación de puntajes</b>	<p>Para su corrección se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 27. Los puntos de corte propuestos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-4: depresión mínima</li> <li>- 5-9: depresión leve</li> <li>- 10-14: depresión moderada</li> <li>- 15-19: depresión moderadamente grave</li> <li>- 20-27: depresión grave</li> </ul>				
<b>Propiedades psicométricas</b>	<b>Confiabilidad:</b> En el estudio de Huarcaya-Victoria et al. (2020) la fiabilidad interna del cuestionario fue óptima, con un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.903$ .				

<b>de la prueba total</b>	<b>Validez de constructo:</b> En el estudio de Huarcaya-Victoria et al. (2020) mediante análisis factorial confirmatorio se encontró un modelo bifactorial que toma en cuenta tanto el factor general como factores latentes somáticos y cognitivo/afectivos.
<b>Calificación</b>	Suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem

---

*Nota.* Datos tomados de Huarcaya-Victoria et al. (2020).

## 2.5. Procedimiento

La recolección de datos se realizó en el proyecto de investigación: “Modelo transdiagnóstico del consumo de alcohol y salud mental en Ecuador en el período 2021-2022” financiado por la Universidad Técnica Particular de Loja [UTPL] y la colaboración del Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. Proyecto dirigido por el PhD. Víctor López-Docente Investigador del departamento de Psicología de la UTPL; quien autorizó se utilice la información para el desarrollo del presente trabajo de fin de posgrado. Es de gran relevancia indicar, que esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito, “CEISH-USFQ” (IE03-EX100-2021-CEISH-USFQ).

Para la recolección de los datos, se estableció la utilización de escalas breves, aplicadas de manera virtual mediante la herramienta AecgisSurvey123. Seguidamente, se envió a los participantes el link de acceso a través de su correo electrónico, teléfono móvil o redes sociales, donde inicialmente se encontraba el consentimiento informado, que destaca el propósito de la investigación y el carácter voluntario y anónimo de su participación. Una vez que los participantes aceptaron formar parte de la investigación a través del consentimiento, se desplegaron los cuestionarios anexados: Cuestionario de variables sociodemográficas y de salud, Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II), Escala de Estrés percibido, (PSS-10), y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9).

La aplicación de las baterías psicológicas tuvo una duración aproximadamente de 15 minutos. Una vez que las escalas fueron contestadas, la información automáticamente emigró a una Hoja de Microsoft Excel.

## 2.6. Técnicas de análisis de Datos

El análisis psicométrico de la escala Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II) en población general ecuatoriana, se calculó mediante la utilización del Paquete Estadístico informático para las ciencias sociales y aplicadas (SPSS) versión 24. Inicialmente, para verificar los supuestos que permiten utilizar el análisis factorial, se realizó el cálculo de la matriz de correlaciones o covarianzas de las variables a través de los índices de medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) cuyo criterio de valoración de la prueba debe ser  $> 0,80$  para considerarlo como un valor satisfactorio; y la prueba de esfericidad de Bartlett, cuyo nivel de significación inferior o igual a  $p = 0,05$  es considerado estadísticamente significativo (Lloret-Segura et al., 2014; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

El análisis factorial exploratorio (AFE) de los siete ítems de la escala AAQ-II, se determinó a través del método de componentes principales y rotación Varimax.

El análisis factorial confirmatorio (AFC) se ejecutó con ayuda del programa Jamovi 2.2.5 realizando la técnica de ecuaciones estructurales, que determinó las medidas de ajuste absoluto del modelo: la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) cuyos valores más cercanos a cero muestran un mejor ajuste, grados de libertad (df) y probabilidad asociada (p), cuyo nivel de significación debe ser igual o inferior a  $p = 0,05$  para ser estadísticamente significativo; el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker Lewis (TLI), índices que mientras más se acerca a uno son considerados como modelos de buen ajuste y aceptables con valores equivalentes  $\geq 0,95$  (Doral et al., 2018). Se estimaron también los índices: raíz cuadrada media estandarizada residual (SRMR) considerada como bien ajustada cuando presenta valores  $\leq 0,05$ , y la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) estimado con un límite superior de 0,07 para un buen ajuste, es decir, mientras menor sea el valor de estos índices, mejor será el ajuste del modelo (Hooper et al., 2008; Steiger, 2007). Así mismo, se determinó los índices de criterio de

información de Akaike (AIC) y criterio de información Bayesiano (BIC), cuyos valores más pequeños sugieren un modelo parsimonioso de buen ajuste (Hooper et al., 2008).

Se estimó el coeficiente del alfa de Cronbach y Omega para determinar la confiabilidad de la prueba, esperando que la consistencia interna de la escala en su totalidad alcance un valor entre 0,70 - 0,79 para ser considerada como aceptable, entre 0,80 – 0,89 para ser bueno y > 0,90 para ser excelente (George y Mallery, 2003).

Finalmente, para evaluar la validez convergente, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la escala Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II) con las puntuaciones del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y los puntajes de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), con un nivel de significancia entre el rango de 0.10 y 0.30 para correlaciones débiles, 0.30 y 0.50 para correlaciones moderadas y 0.50 y 1.00 para correlaciones fuertes (Cohen, 1988). Se espera conseguir correlaciones positivas, fuertes entre los puntajes de la escala de Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II) con cada una de los puntajes de las escalas establecidas (PHQ-9 y PSS-10).

## Capítulo tres

### Análisis de Resultados

#### 3.1. Análisis de confiabilidad

En relación al primer objetivo específico de identificar la confiabilidad de la escala AAQ-II mediante el análisis de consistencia interna Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y Omega de McDonald ( $\omega$ ) de la prueba, se encontraron valores equivalentes a un  $\alpha=0,95$  y un  $\omega=0,95$ ; resultados superiores a 0,70, que reflejan una excelente confiabilidad para el total de la escala.

#### 3.2. Validez de constructo

##### 3.2.1. Análisis factorial exploratorio

Antes de responder al segundo objetivo específico que determinó la validez de constructo, se verificó los supuestos que permiten realizar el análisis factorial calculando los índices de medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

#### Tabla 2

*Análisis factorial exploratorio de la Escala AAQ-II, con método de componentes principales y rotación Varimax (KMO y la prueba de Bartlett).*

<b>Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II)</b>	<b>Carga factorial</b>
Ítem 1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	0,864
Ítem 2. Tengo miedo de mis sentimientos	0,875
Ítem 3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	0,909
Ítem 4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	0,888
Ítem 5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi Vida	0,918
Ítem 6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	0,880
Ítem 7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	0,903

---

Medida Keiser-Meyer-Olkin (KMO): 0,934.  
Test de esfericidad de Bartlett (chi-cuadrado aproximado): 15071,543.  
Grados de libertad: 21.  
Nivel de significancia:  $p < 0,000$ .

---

Varianza total explicada: 79,41%  
Autovalor (>1): 5,55. Método de extracción: análisis de componentes principales.

---

Como se observa en la tabla 2, el primer índice de medida tuvo un valor de KMO = 0,934, mostrando un resultado satisfactorio, al superar el criterio de valoración  $> 0,80$  de la prueba KMO para ser un valor adecuado. Asimismo, los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett ( $X^2 = 15071,543$ ;  $p < 0,000$ ), determinaron que el nivel de significancia encontrado fue inferior a  $p = 0,05$  considerándose como estadísticamente significativo. Estos resultados mostraron una correlación entre los ítems del cuestionario, considerando adecuado realizar el análisis factorial.

El análisis factorial de los siete ítems de la escala AAQ-II determinado a través del método de componentes principales y rotación Varimax, arrojó un factor para el constructo de Inflexibilidad Psicológica, con un autovalor de 5,55, que explica una varianza del 79,41% para el total de la escala. Las cargas factoriales oscilaron entre un valor de 0,864 (ítem 1) y 0,918 (ítem 5).

### 3.2.2. *Análisis factorial confirmatorio*

A través del modelo de ecuaciones estructurales, se contrastó el modelo de un solo factor con el modelo unifactorial reespecificado, que considera las covariaciones entre los errores de los ítems obtenidos en los datos de la investigación.

**Tabla 3**

*Análisis factorial confirmatorio de la Escala AAQ-II, medidas de ajustes absoluto.*

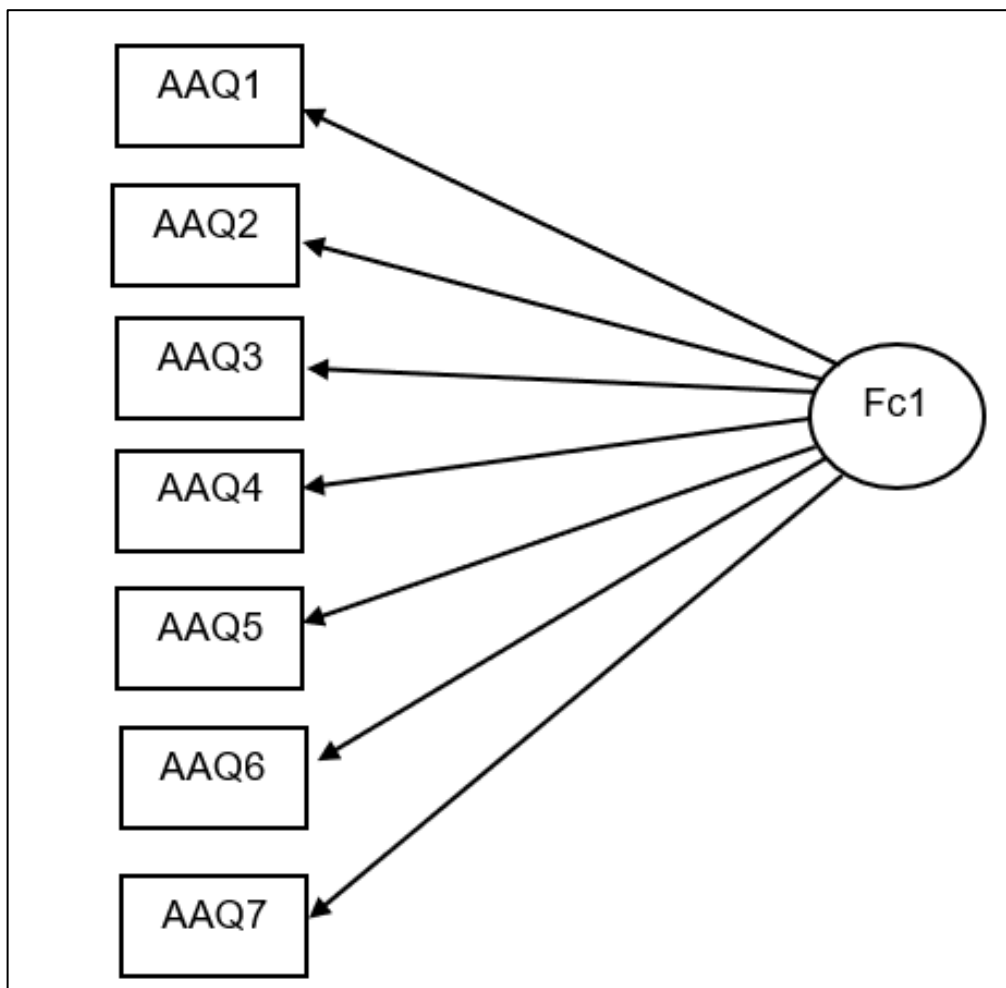
	<b>Modelo de un solo factor</b>	<b>Modelo de un factor con covariaciones entre los errores de los ítems</b>
<b>X<sup>2</sup></b>	598	64.8
<b>df</b>	14	10
<b>P valor del X<sup>2</sup></b>	<0.001	<0.001
<b>CFI</b>	0.961	0.996
<b>TLI</b>	0.942	0.992
<b>SRMR</b>	0.0229	0.00723
<b>RMSEA</b>	0.141	0.0511
<b>AIC</b>	42643	42118
<b>BIC</b>	42761	42259

*Nota:* Prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ); Grados de libertad (df), Probabilidad asociada (p), Índice de ajuste comparativo (CFI); Índice de Tucker Lewis (TLI); Raíz cuadrada media estandarizada residual (SRMR); Raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA); Criterio de información de Akaike (AIC) y Criterio de información Bayesiano (BIC).

De acuerdo con la tabla 3, el CFA mostró que el modelo inicial de un factor presenta un ajuste pobre de los datos ( $X^2 = 598$ ;  $df = 14$  con  $p < 0,001$ ;  $CFI = 0.961$ ;  $TLI = 0.942$ ;  $SRMR = 0.0229$ ;  $RMSEA = 0.141$ ;  $AIC = 42643$  y  $BIC = 42761$ ) (véase figura 2). No obstante, se evidenciaron cuatro covariaciones entre los errores de los ítems, 1 y 2, 1 y 4, 2 y 3, y 6 y 7, y considerando estas covariaciones, se evaluó un segundo modelo reespecificado que reportó un mejor ajuste de los datos ( $X^2=64,8$ ;  $df = 10$  con  $p < 0,001$ ;  $CFI = 0.996$ ;  $TLI = 0.992$ ;  $SRMR = 0.00723$ ;  $RMSEA = 0.0511$ ;  $AIC = 42118$  y  $BIC = 42259$ ) (véase figura 3).

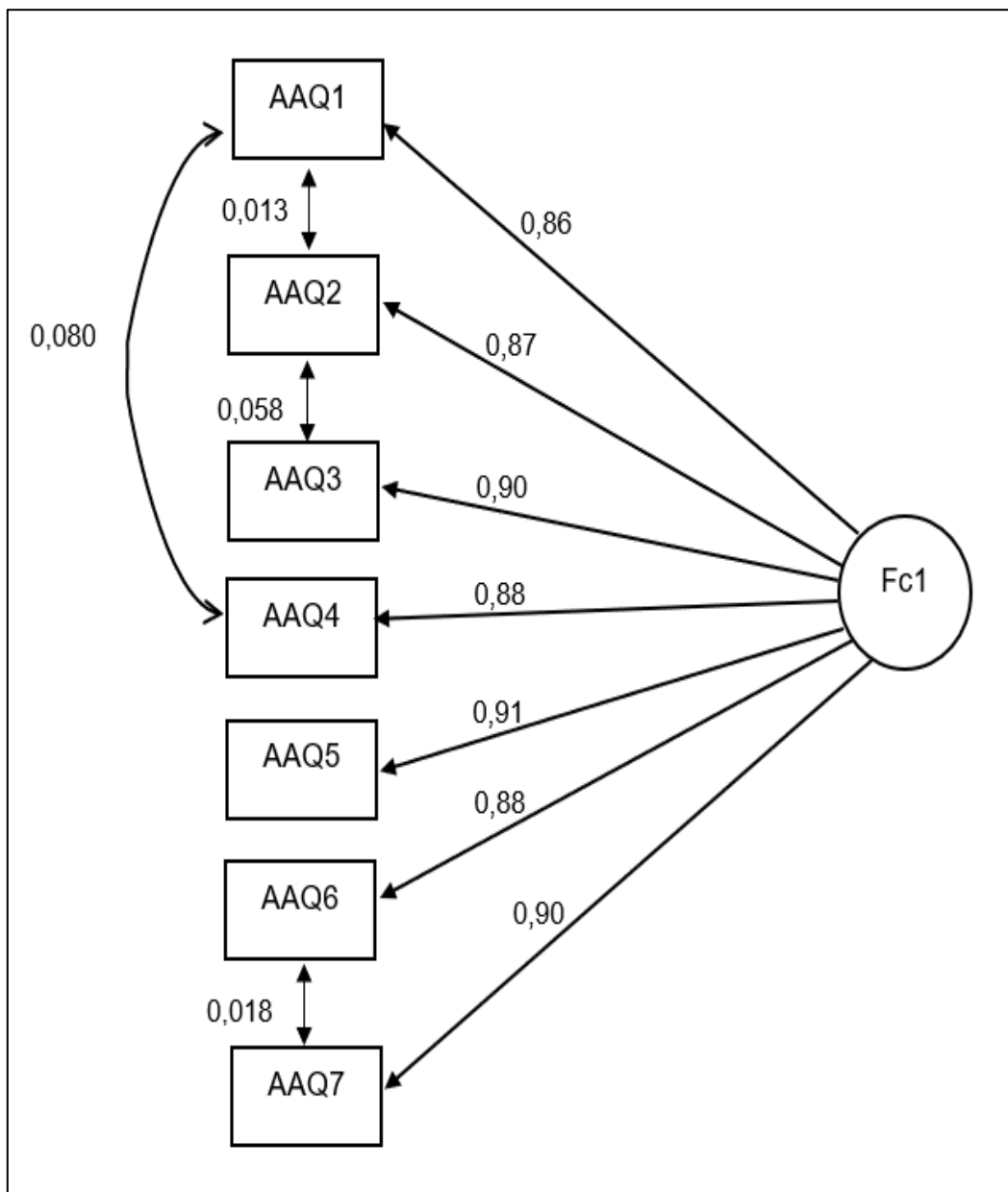
**Figura 2**

*Modelo de un factor inicial del AAQ-II.*



**Figura 3**

*Modelo de un factor del AAQ-II con covariaciones entre los errores de los ítems.*



### 3.2. Análisis de Validez Convergente

En respuesta al tercer y último objetivo específico de la investigación, se evaluó la validez convergente mediante el análisis de correlación de Pearson entre las puntuaciones de la escala Inflexibilidad Psicológica con otras medidas o indicadores de salud mental (véase tabla 4).

**Tabla 4**

*Matriz de correlación entre AAQ-II y otras medidas psicológicas.*

<b>Matriz de correlación</b>		
	<b>Ansiedad y Depresión</b>	<b>Estrés Percibido</b>
<b>Inflexibilidad psicológica</b>	0,77**	0,70**

*Nota:* \* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Se determinó una correlación positiva, fuerte y estadísticamente significativa entre los puntajes de la Escala de Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II) con los puntajes de ansiedad y depresión obtenidos en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), ( $r=0,77$ ;  $p < 0,001$ ), es decir que, un mayor grado de inflexibilidad psicológica indica mayores niveles de ansiedad y depresión.

De igual forma se encontró una correlación positiva, fuerte y significativa entre los puntajes de la Escala de inflexibilidad psicológica (AAQ-II) y los puntajes de la escala de Estrés Percibido (PSS-10) ( $r=0,70$ ;  $p < 0,001$ ), que muestran que, a mayor índice de inflexibilidad psicológica, mayores serán los niveles de estrés.

Finalmente, al analizar los resultados obtenidos se determinó que el segundo modelo de un factor, pero considerando las covariaciones entre los errores de los ítems, 1 y 2, 1 y 4, 2 y 3, y 6 y 7, mostró un mejor ajuste de la estructura factorial de la Escala de Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II); se evidenciaron también indicadores de confiabilidad alfa de Cronbach y Omega óptimos, y se establecieron correlaciones positivas, fuertes y significativas entre los puntajes de la escala de inflexibilidad psicológica con otras medidas de salud mental como ansiedad, depresión y estrés percibido; que indicaron las adecuadas propiedades psicométricas de la escala AAQ-II.

## Capítulo cuatro

### Discusión

En la presente investigación se evaluaron las propiedades psicométricas de la escala de inflexibilidad psicológica (AAQ-II) dirigida a población general ecuatoriana, siendo el primer estudio en el que se realiza el análisis de confiabilidad y validez del AAQ-II en esta población.

En referencia a la consistencia interna, la escala mostró resultados óptimos, estableciendo un  $\alpha=0,95$  y un  $\omega=0,95$ ; valores semejantes a los encontrados por Menéndez-Aller et al. (2021) en población general española, que revelaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 para la prueba. De igual forma, los resultados fueron superiores a los obtenidos por Ruiz et al. (2016) en Colombia, que mostraron un  $\alpha = 0,91$ ; y a la investigación realizada en Malasia por Shari et al. (2019) que reveló un  $\alpha = 0,90$  para el total de la prueba.

Respecto a la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio, se determinó una estructura de un solo factor para la escala, resultados consistentes con la unidimensionalidad propuesta en el estudio de Bond et al. (2011) y la validación en distintas regiones del mundo: Suecia (Lundgren y Parling, 2017); Hungría (Eisenbeck & Szabó-Bartha, 2018); Alemania (Majeed et al., 2021); Malasia (Shari et al., 2019); España (Delgado et al., 2020; Menéndez-Aller et al., 2021; Ruiz et al., 2013); Estado Unidos (Edwards y Votos, 2020; Levin et al., 2019); Brasil (Martins y Giasdini, 2015); Colombia (Ruiz et al., 2016); México (Mellin y Padrós, 2021) y Ecuador (Paladines-Costa et al., 2021). Así mismo, la estructura unidimensional de la escala AAQ-II que explicó el 79,41% del total de la varianza del constructo de Inflexibilidad Psicológica, fue superior a los porcentajes de varianza reportados en la investigación de Mellin y Padrós (2021) que encontraron un 54,75% de la varianza total del cuestionario realizada en una muestra mexicana; y el estudio de Paladines-Costa et al. (2021) que mostró un 66,87% de la varianza de la escala al evaluar a estudiantes universitarios del Ecuador.

No obstante, el modelo unidimensional del presente estudio mostró un ajuste pobre de los datos, sin embargo al analizar un segundo modelo de un factor considerando las covariaciones entre los errores de los ítems (1 y 2, 1 y 4, 2 y 3, y 6 y 7), se evidenció un mejor ajuste de la estructura factorial; estos resultados son consistentes con la investigación de Ruiz et al. (2016), que encontró una correlación entre los errores de los ítems 1 y 4, y el estudio de Paladines-Costa et al. (2021) que reveló covariaciones entre los errores de los pares de ítems 1 y 4, 2 y 3, y 6 y 7, mejorando el ajuste del modelo unifactorial inicial.

A través de la validez convergente, se evidenciaron correlaciones estadísticamente significativas con otros indicadores de salud mental. Se encontró una correlación positiva y fuerte ( $r=0,77$ ;  $p < 0,001$ ) entre los puntajes del AAQ-II con medidas de ansiedad y depresión evaluadas con el PHQ-9; cabe destacar que las correlaciones obtenidas fueron más elevadas que las reportadas en investigaciones previas como la de Paladines-Costa et al. (2021) ( $r = 0.59$ ;  $p = 0.01$ ), realizada en estudiantes universitarios de Ecuador; el estudio de Lundgren y Parling (2017) ( $r = 0.50$ ;  $p = 0.01$ ) desarrollado en Suecia de igual forma con estudiantes universitarios, y a la investigación de Ruiz et al. (2016), ( $r = 0.58$ ;  $p = 0.01$ ;  $r = 0.67$ ;  $p = 0.01$ ) en la que se evaluó a la población general colombiana.

De igual forma entre los puntajes de la Escala de inflexibilidad psicológica (AAQ-II) y los puntajes de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), se estableció una correlación positiva, fuerte y significativa ( $r=0,70$ ;  $p < 0,001$ ), estos resultados fueron consistentes y superiores a los obtenidos en las investigaciones de Ruisoto et al. (2020) ( $r = 0.68$ ;  $p = 0.001$ ), y el estudio de Paladines-Costa et al. (2021) ( $r = 0.67$ ;  $p = 0.01$ ), que se llevaron a cabo en Ecuador con estudiantes universitarios.

Los resultados de esta investigación, establecen que la escala AAQ-II muestra una excelente confiabilidad y validez tanto convergente como de constructo, que proporciona una herramienta de evaluación de la inflexibilidad psicológica adaptada al contexto ecuatoriano.

## Conclusiones

Con la finalidad de adaptar la escala AAQ-II en población general ecuatoriana y con ello sirva como un instrumento de evaluación de la inflexibilidad Psicológica breve, válido y confiable, se analizó las propiedades psicométricas de la prueba estableciendo las siguientes conclusiones:

La escala de Inflexibilidad Psicológica (AAQ-II), es una herramienta confiable que presenta una excelente consistencia interna tal como lo revela el coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y el Omega de McDonald ( $\omega$ ), que son superiores a 0,70, que se establece como valor aceptable.

El modelo que presentó un mejor ajuste a los datos, es el modelo unifactorial reespecificado que considera las covariaciones entre los errores de los ítems (1 y 2, 1 y 4, 2 y 3, y 6 y 7) y que representa el 79,41% del total de la varianza del constructo de inflexibilidad psicológica.

En referencia a la validez convergente de la escala AAQ-II con indicadores de salud mental, se encontraron correlaciones positivas, fuertes y estadísticamente significativas entre los puntajes de la escala de Inflexibilidad Psicológica con el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) que evalúa ansiedad y depresión; y con los puntajes de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10).

## **Recomendaciones**

Se recomienda investigaciones posteriores de adaptación y validación de la escala AAQ-II en población clínica, como personas con diagnóstico de depresión, ansiedad, ideación suicida, adicción al alcohol y otras sustancias, con la finalidad de verificar cómo se comportan las propiedades psicométricas de la escala en estas poblaciones específicas.

Puesto que el presente estudio tuvo un diseño transversal, no se realizó un análisis de la estabilidad temporal de la escala, por lo que se recomienda estudios futuros con diseños longitudinales que analicen la confiabilidad test-retest y validez predictiva de la escala AAQ-II en población general ecuatoriana.

Debido a las correlaciones que se han establecido entre la IP con distintos problemas de salud psicológica, se recomienda realizar estudios correlacionales de la escala AAQ-II con otros indicadores de salud, con la finalidad de establecer si la inflexibilidad psicológica está relacionada con la salud física y psicológica de las personas o representa un factor de riesgo.

## Referencias

- Aguirre-Camacho, A. y Moreno-Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11-22. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55808>
- Arslan, G., Yıldırım, M., Tanhan, A., Buluş, M., y Allen, K. A. (2020). Coronavirus Stress, Optimism-Pessimism, Psychological Inflexibility, and Psychological Health: Psychometric Properties of the Coronavirus Stress Measure. *International journal of mental health and addiction*, 19 (1), 2443-2439. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6>
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515. <https://www.ijpsy.com/volumen4/num3/97.html>
- Bernal, C. (Ed.). (2016). *Metodología de la investigación. Cómo realizar el trabajo de campo y redactar el informe final de una investigación científica*. Pearson.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Zettle, R., Carpenter, K., Guenole, N. y Waltz, H. O. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 678-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates. <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Coletti, J. P. y Teti, G. L. (2015). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, mindfulness y valores. *VERTEX Revista. Argentina. de Psiquiatría*, 26(1), 37-42. [https://www.researchgate.net/publication/281519233\\_Acceptance\\_and\\_Commitment\\_Therapy\\_ACT\\_Behaviorism\\_mindfulness\\_and\\_values](https://www.researchgate.net/publication/281519233_Acceptance_and_Commitment_Therapy_ACT_Behaviorism_mindfulness_and_values)

- Consejo Federal de Psicología [CFP]. (2018). *Cartilha Avaliação Psicológica*.  
<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf>
- Dattani, S., Ritchie, H. y Roser, M. (2021, 1 de agosto). "Mental Health". Our World in Data.  
<https://ourworldindata.org/mental-health>
- Delgado-Domínguez, C. J., García, J. V., Ruiz, F. J., Espejo, B. D., Guerrero, P. C., Sánchez, E. R., Jurado, N. G., Bello, R. y Sánchez, R. (2020). Psychological inflexibility and clinical impact: Adaptation of the acceptance and action questionnaire-II in a sample of patients on hemodialysis treatment. *Nefrología*, 40(2), 160–170.  
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.06.008>
- Domínguez-Lara, S. y Merino-Soto, C. (2015). ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Revista Latinoamericana de Ciencias sociales, niñez y juventud*, 13(2), 1326-1328.  
<http://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2030/629>
- Doral, F., Rodríguez, I. y Meseguer, A. (2018). Modelos de ecuaciones estructurales en investigaciones de ciencias sociales: Experiencia de uso en Facebook. *Revista de Ciencias Sociales*, 14(1), 22-40. <https://www.redalyc.org/journal/280/28059578003/html/>
- Edwards, K. y Votos, K. (2020). Acceptance and Action Questionnaire – II: Confirmatory factor analysis and measurement invariance between Non-Hispanic White and Hispanic/Latinx undergraduates. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17(3), 32-38.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.05.003>

- Eisenbeck, N. y Szabó-Bartha, A. (2018). Validation of the Hungarian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.007>
- Elosua, P. (2017). Avances, proyectos y retos internacionales ligados al uso de test en Psicología. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 34(2), 201-210. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200002>
- Ferrando, P. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El Análisis Factorial como Técnica de Investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1),18-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441003>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, SM, Parnas, J. y McGuire, P. (2019). Psiquiatría transdiagnóstica: una revisión sistemática. *Psiquiatría mundial*, 18 (2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gaudiano, B. A., Schofield, C. A., Davis, C., y Rifkin, L. S. (2017). Psychological inflexibility as a mediator of the relationship between depressive symptom severity and public stigma in depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.010>
- George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step. A Simple Guide and Reference Fourth Edition (11.0 update) (4th ed.)*. La Sierra University. <https://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>
- Grisanzio, K. A., Goldstein-Piekarski, A. N., Wang, M. Y., Rashed Ahmed, A. P., Samara, Z., & Williams, L. M. (2018). Transdiagnostic Symptom Clusters and Associations with Brain, Behavior, and Daily Function in Mood, Anxiety, and Trauma Disorders. *JAMA psychiatry*, 75(2), 201–209. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3951>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M. y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal Consult. Clinic. Psychology*. 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hayes, S., Follete, V. y Linehan M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. The Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S.C. (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)
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Hooper, D., Coughlan, J. y Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6 (1), 53-

60.

[https://www.researchgate.net/publication/254742561\\_Structural\\_Equation\\_Modeling\\_Guidelines\\_for\\_Determining\\_Model\\_Fit](https://www.researchgate.net/publication/254742561_Structural_Equation_Modeling_Guidelines_for_Determining_Model_Fit)

Huarcaya-Victoria, J., De-Lama-Morán, R., Quiros, M., Bazán, J., López, K. y Lora, D. (2020). Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(2), 72-78.

<https://doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3749>

Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. y Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>

Krafft, J., Hicks, E. T., Mack, S. A., y Levin, M. (2019). Psychological inflexibility predicts suicidality over time in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1488-1496.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12533>

Levin, M., Krafft, J., Pistorello, J. y Seeley, J. (2019). Assessing psychological inflexibility in university students: Development and validation of the acceptance and action questionnaire for university students (AAQ-US). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12(1), 199-206.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.004>

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada.

*Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

Luciano, M. y Valdivia, S. (2006). La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

<https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>

- Luciano, M., Valdivia, S., Gutiérrez, O. y Páez-Blarrina. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 173-202. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147831>
- Lundgren, T. y Parling, T. (2017). Swedish Acceptance and Action Questionnaire (SAAQ): a psychometric evaluation. *Cognitive Behavior Therapy*, 46(4), 315-326. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1250228>
- Majeed, R., Faust, I., Hüppe, M., y Hermann, C. (2021). Measurement of pain-related experiential avoidance: Analysis of the acceptance and action questionnaire-II-pain in patients with chronic pain. *Schmerz*, 35(3),401-411. <https://doi.org/10.1007/s00482-021-00537-6>
- Martins, L. y Giardini, S. (2015). Propiedades psicométricas iniciales del Acceptance and Action Questionnaire - II - Versión Brasileña. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Mellin, M. y Padrós, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 21(1), 81-91. <https://www.ijpsy.com/volumen21/num1/573.html>
- Menéndez-Aller, Á., Cuesta, M., Postigo, Á., González-Nuevo, C., García-Fernández, J. y García-Cueto, E. (2021). Validation of the Acceptance and Action Questionnaire-II in the general Spanish population. *Current Psychology*, Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02447-3>
- Molina, P. y Quevedo, R. (2019). Una revisión de la aplicación de la Terapias de Aceptación y Compromiso con niños y adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy*, 19(2), 173-188. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6969489>

- Montaner, X., Tárrega, S., & Moix, J. (2021). Psychological flexibility, burnout and job satisfaction in dementia care workers. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 56(3), 144-151. <https://doi:10.1016/j.regg.2020.10.004>
- Montiel, C. B., Moya, T. R., Venditti, F., y Bernini, O. (2016). On the contribution of psychological flexibility to predict adjustment to breast cancer. [Contribución de la flexibilidad psicológica en la predicción del distrés psicológico en pacientes con cáncer de mama]. *Psicothema*, 28(3), 266-271. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.271>
- Müggenburg, M. y Pérez, C. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería Universitaria*, 4(1),35-38. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821004>
- Muñiz, J. Hernández, A. & Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los test: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161-173. <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Newby, J., M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., y Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, 40(1), 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019, 1 de octubre). *Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo, afirman expertos*. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15481:ment](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:ment)

[al-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=72565&lang=es](https://doi.org/10.3390/ijerph18062944)

- Paladines-Costa, B., López-Guerra, V., Ruisoto, P., Vaca-Gallegos, S., y Cacho, R. (2021). Psychometric properties and factor structure of the spanish version of the acceptance and action questionnaire-ii (AAQ-II) in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2944. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18062944>
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133001>
- Pérez, M. (2006). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis. S. A.
- Rodríguez-Jiménez, O., Rosero-Burbano, R., Botia, M. y Duarte, L. (2011). Producción de Conocimiento en Psicometría en Instituciones de Educación Superior de Bogotá y Chía. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 9-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035005>
- Ruisoto, P., López-Guerra, V. M., Paladines, M. B., Vaca, S. L., y Cacho, R. (2020). Psychometric properties of the three versions of the perceived stress scale in Ecuador. *Physiology and Behavior*, 224, 113045. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113045>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K. y Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II in Colombia. *The Psychological Record*, 66(3), 429-437. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>

- Ruiz, F. y Odriozola-González, P. (2014). La versión española del Work-related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ). *Psicothema*, 26 (1),63-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72729538010>
- Ruiz, F., Langer-Herrera. A., Luciano, C., Cangas, A. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*; 25(1), 123-9. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Shari, N. I., Zainal, N. Z., Guan, N. C., Ahmad- Sabki, Z. y Yahaya, A (2019). Psychometric properties of the acceptance and action questionnaire (AAQ II) Malay version in cancer patients. *PLoS One*, 14(2), e0212788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212788>
- Smith, B. M., Twohy, A. J., y Smith, G. S. (2020). Psychological inflexibility and intolerance of uncertainty moderate the relationship between social isolation and mental health outcomes during COVID-19. *Journal of contextual behavioral science*, 18(1), 162–174. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.005>
- Steiger, J. (2007). Comprensión de las limitaciones de la evaluación del ajuste global en el modelado de ecuaciones estructurales. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893-98. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.017>
- Uğur, E., Kaya, Ç., y Tanhan, A. (2020). Psychological inflexibility mediates the relationship between fear of negative evaluation and psychological vulnerability. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 40(3), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01074-8>
- Wechsler, S., Hutz, C. y Primi, R. (2019). O desenvolvimento da avaliação psicológica no Brasil: Avanços históricos e desafios. *Avaliação Psicológica*, 18(2), 121-128. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1802.15466.02>

Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68. <https://doi:10.1016/j.ijchp.2017.09.002>

## Apéndice

### Apéndice A. Consentimiento informado

#### D. Texto modificado que se utilizará para realizar el proceso de consentimiento informado

**Formulario de consentimiento para personas 18-80 años, con capacidad para consentir en participar en el Modelo transdiagnóstico del consumo de alcohol y salud mental en Ecuador.**

**INSTITUCIONES PARTICIPANTES:**

Universidad Técnica Particular de Loja  
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

**INVESTIGADORES:**

**Nacionales:**

**Por la Universidad Técnica Particular de Loja:**

Víctor Manuel López Guerra  
María Belén Paladines Costa  
Silvia Vaca Gallegos  
Luis Moncada  
Nairobi Pineda Cabrera  
Rafael Sánchez Puertas

**Extranjeros:**

Pablo Ruisoto Palomera, por la Universidad Pública de Navarra.  
Carla López Nuñez, por la Universidad Loyola Andalucía.

Estimado/a participante:

Le invitamos a contestar una breve batería psicológica, cuya duración será de aproximadamente 15 minutos. A través de sus respuestas participará de un estudio que tiene como propósito evaluar el consumo de alcohol y la salud mental de los ecuatorianos durante el presente año. Este proyecto se realiza con el patrocinio de la Universidad Técnica Particular de Loja y la colaboración del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

La batería psicológica que se plantea está conformada por escalas breves y psicométricamente adecuadas para medir indicadores de salud mental, consumo de alcohol, variables psico-sociales y datos sociodemográficos generales.

Los beneficios de esta investigación serán dirigidos al desarrollo de la Psicología y a la sociedad, debido a que los resultados que se obtendrán no sólo constituirán un aporte teórico para la comprensión de un fenómeno complejo como el consumo problemático de alcohol, sino que podría ser útil para el diseño de programas de prevención y políticas sociales más eficaces dirigidas al control y regulación del consumo de esta sustancia.

Es posible que encuentre algunas preguntas muy personales, pero toda la información que nos proporcione será manejada de forma ANÓNIMA. Por lo cual, no se le solicitarán datos de identificación como nombres, número de cédula/ pasaporte, etc. Además, no recibirá ninguna compensación económica por su participación; podrá abstenerse de contestar cualquier pregunta que le haga sentir incómodo o que no desee contestar y podrá retirarse del estudio en cualquier momento.

Se garantiza que los datos recolectados no se usarán para ningún otro objetivo que no sea para fines académicos y permanecerán almacenados por el lapso de 60 meses, en un servidor al que únicamente el investigador principal tendrá acceso; quién será el encargado de borrarlos del servidor.

Para obtener mayor información sobre la investigación comuníquese con los responsables del proyecto: Víctor López, mediante Whatsapp: 0939860349 o correo electrónico [vmlopez5@utpl.edu.ec](mailto:vmlopez5@utpl.edu.ec) o María Belén Paladines Costa ([mbpaladines@utpl.edu.ec](mailto:mbpaladines@utpl.edu.ec)).

Además, si usted tiene dudas sobre sus derechos como participante en la investigación, contáctese con el Dr. Iván Sisa, presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito, CEISH-USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

En el caso de que usted tenga problemas de salud mental, le acaba de suceder algún evento estresante, se encuentre en una situación que implique riesgo para su vida o la de terceros, esté involucrado en conductas como suicidio, violencia o intoxicación con sustancias, se recomienda que busque apoyo profesional inmediato, o llamar al ECU 911 o al MSP 171 opción 6.

Para iniciar con la batería psicológica, escoja la opción que usted desee:

Me han explicado claramente el propósito de la investigación, comprendo los riesgos y beneficios de participar, entiendo que los investigadores adoptarán las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de mis datos personales; me facilitaron un contacto para que responda todas mis preguntas; me dieron tiempo suficiente para tomar una decisión, por lo cual acepto participar voluntariamente en esta Batería Psicológica en línea realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja.

He leído y acepto participar: (  )

He leído y no acepto participar (Dar clic en el botón salir): salir

Si usted acepta participar, por favor, responda honestamente las preguntas. De su sinceridad dependerá la validez de esta investigación

El siguiente texto aparecerá una vez el participante finalice la *batería psicológica en línea*, previo al envío de las respuestas.

**DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** A pesar de que usted haya contestado *batería psicológica en línea*, puede revocar su autorización, lo cual implicará que sus datos obtenidos no formarán parte de la base de datos.

Marque la opción de su preferencia:

Enviar respuestas: (  )

Revocar el consentimiento y no enviar las respuestas: (  )

**Apéndice B. Escala de Inflexibilidad Psicológica (Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-II)).**

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

**Apéndice C. Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS-10).**

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	4	3	2	1	0
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

**Apéndice D. Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9).**

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

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil