



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**FUSIÓN COGNITIVA Y SU RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS
SOMÁTICOS EN ADULTOS JÓVENES DE LIMA METROPOLITANA**

PRESENTADA POR
ANGELO BAGLIETTO VARGAS

ASESOR
DEYVI BACA ROMERO

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**FUSIÓN COGNITIVA Y SU RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS
SOMÁTICOS EN ADULTOS JÓVENES DE LIMA METROPOLITANA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
ANGELO BAGLIETTO VARGAS**

**ASESOR:
MAG. DEYVI BACA ROMERO
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0184-0303>**

**LIMA, PERÚ
2021**

Dedicatoria

A Dios por la existencia,
a mi padre por su lógica irrefutable,
a mi madre por su escucha activa,
a mis hermanos por ser ejemplos,
a Nadia por su ternura y apoyo.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Índice de Contenidos	iii
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	ix
1.1 Bases teóricas.....	11
1.2 Evidencias empíricas	24
1.3 Definición de términos básicos	27
1.4 Planteamiento del problema.....	28
1.5 Objetivos de la investigación	31
1.6 Formulación de hipótesis	31
1.7 Variables y definición operacional	32
Capítulo II: Método	34
2.1 Tipo y diseño de investigación	34
2.2 Participantes.....	34
2.3 Medición	35
2.4 Procedimientos.....	39
2.5 Aspectos éticos.....	39
2.6 Análisis de datos	40
Capítulo III: Resultados.....	41
3.1 Análisis descriptivo.....	41
3.2 Análisis inferencial: correlacional	41

3.3 Análisis inferencial: comparativo	42
Capítulo IV: Discusión	44
Conclusiones.....	48
Recomendaciones	49
Referencias	50
Anexos.....	57

Índice de tablas

<i>Tabla N°1</i> Matriz de operacionalización de la variable Fusión Cognitiva.....	32
<i>Tabla N°2</i> Matriz de operacionalización de la variable Síntomas Somáticos.....	33
<i>Tabla N°3</i> Características sociodemográficas en una muestra de adultos jóvenes residentes de Lima Metropolitana.....	35
<i>Tabla N°4</i> Confiabilidad por consistencia interna del CFQ en adultos jóvenes de Lima Metropolitana.....	37
<i>Tabla N°5</i> Confiabilidad por consistencia interna del PHQ-15 en adultos jóvenes de Lima Metropolitana.....	38
<i>Tabla N°6</i> Estadística descriptiva de fusión cognitiva y síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana.....	41
<i>Tabla N°7</i> Correlación entre fusión cognitiva y síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana.....	42
<i>Tabla N°8</i> Comparación de fusión cognitiva en adultos jóvenes de Lima Metropolitana según el nivel socioeconómico.....	42
<i>Tabla N°9</i> Comparación de síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana según sexo.....	43

Índice de figuras

<i>Figura N°1</i> Propiedades del aprendizaje relacional.....	13
<i>Figura N°2</i> Modalidades del aprendizaje relacional.....	14
<i>Figura N°3</i> Clasificación de síntomas somáticos.....	23
<i>Figura N°4</i> Diseño del estudio.....	34

Resumen

El presente estudio tuvo por objetivo determinar la relación existente entre la fusión cognitiva y los síntomas somáticos en un grupo de 305 adultos jóvenes de Lima Metropolitana entre los 18 y 40 años ($M=28.279$, $DE=5.223$), para lo cual se aplicó el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ; Ruiz *et al.*, 2017) y el *Patient Health Questionnaire* PHQ-15 (PHQ-15; Ros, Comas y García, 2010). Se encontraron valores significativos ($p<.05$) que revelan una correlación directa, con tamaño de efecto grande (.265), entre fusión cognitiva y síntomas somáticos. Por otro lado, se encontraron diferencias de efecto pequeño comparando los diferentes grupos de situación socioeconómica frente a la fusión cognitiva, existiendo mayor presencia de esta en los que presentan una situación menos favorable; adicionalmente, se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a los síntomas somáticos, siendo estas últimas las que presentan mayor presencia de dicha variable. A modo de conclusión, se acepta la correlación significativa y positiva de la fusión cognitiva y los síntomas somáticos, además, se discuten las implicancias de estos resultados.

Palabras Clave: Fusión cognitiva, síntomas somáticos, adultos jóvenes, Lima Metropolitana

Abstract

The present study aimed to determine the relationship between cognitive fusion and somatic symptoms in a group of 305 young adults from Metropolitan Lima aged 18 and 40 years old ($M=28.279$, $SD=5.223$), for which it was applied the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Ruiz et al., 2017) and the Patient Health Questionnaire PHQ-15 (PHQ-15; Ros, Comas and García, 2010). Significant values ($p<.05$) were found and revealed a direct correlation, with a large effect size (.265), between cognitive fusion and somatic symptoms. On the other hand, differences of small effect were found comparing different groups of socioeconomic situation versus cognitive fusion, with greater presence of this in those with less favorable situation; additionally, significant differences were found between men and women in relation to somatic symptoms, the latter being the ones with the greatest presence of said variable. In conclusion, the significant and positive correlation of cognitive fusion and somatic symptoms is accepted, and the implications of these results are discussed.

Keywords: Cognitive fusion, somatic symptoms, young adults, Metropolitan Lima

Introducción

Desde hace décadas, la salud mental y emocional de la población no son una prioridad de las políticas de Estado, basta con ver cifras como el que el 20.7% de la población general mayor de 12 años padece de algún trastorno mental (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018); esto sumado a lo informado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2019, donde indican que los trastornos mentales representan un 10% de comorbilidad a nivel mundial y que se esperaba que la depresión sea la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Esta realidad quedó expuesta y desnuda debido a las consecuencias ocasionadas por la pandemia por COVID-19, principalmente en los países en vías de desarrollo como el Perú.

Es allí donde radica la importancia de estudiar variables que puedan ser predictores de problemas emocionales, como la fusión cognitiva (Krafft, Haeger y Levin, 2018) y su relación con manifestaciones, en diferentes trastornos mentales, como los síntomas somáticos. La fusión cognitiva se define como un proceso mediante el cual la conducta del individuo es guiada, dominada o influenciada, principalmente, por los eventos verbales (pensamientos, ideas, recuerdos, etc.) y no por las contingencias ambientales del presente debido a que los pensamientos son experimentados como normas literales, ocasionándole disfuncionalidad en su entorno inmediato (Wilson y Luciano, 2002; Hayes, 2004; Hayes *et al.*, 2006). Por su parte, los síntomas somáticos, los cuales han sido estudiados en amplia literatura, son considerados como malestares físicos, en diferentes órganos o sistemas del cuerpo, cuyo origen no se debe a una enfermedad física o condición médica, pero se encuentran presentes en diferentes trastornos mentales, estados de ánimos displacenteros y situaciones prolongadas de estrés (Selye, 1956; Lipowski, 1999; *American Psychiatric Association* [APA], 2002; Vallejo, 2015).

Este estudio pretende servir de motivación y guía para futuras investigaciones, diseño y desarrollo de intervenciones de carácter preventivo, así como reforzar la vigencia de la teoría de la flexibilidad psicológica, de la cual, la fusión cognitiva es parte, mediante el aumento de evidencia, a través de la investigación de esta variable poco estudiada en nuestro medio. Por lo cual, el presente estudio, de tipo empírico con enfoque cuantitativo, de estrategia asociativa y diseño correlacional simple (Ato, López y Benavente, 2013), tiene por objetivo determinar la relación que existe entre la fusión cognitiva y los síntomas somáticos en un grupo de adultos jóvenes de Lima Metropolitana.

La presente investigación se ha estructurado en cuatro capítulos con la finalidad de presentar los hallazgos encontrados. En el primer capítulo, se presentan los aspectos teóricos que permiten aproximarse al tema de estudio, lo cual comprende a los supuestos fundamentales de los enfoques implicados, los antecedentes de estudio más relevantes y las definiciones conceptuales de las variables estudiadas; además, se expone el problema que motiva la realización de la investigación, por qué y para qué, así como los objetivos e hipótesis del estudio. Seguidamente, en el segundo capítulo, se describe la metodología aplicada, lo que incluye el tipo y diseño de investigación, tipo de muestra, técnica de recolección de datos y el procesamiento de los datos, además, los aspectos éticos considerados. Posteriormente, en el capítulo tres se presentan los resultados encontrados, y con ello los análisis de normalidad, análisis descriptivos, análisis de correlación y comparativos. Por último, el cuarto capítulo está orientado únicamente a la discusión de los hallazgos encontrados.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1 Bases teóricas

1.1.1 *Fusión Cognitiva*

La fusión cognitiva es el acto de mezclar los eventos verbales-cognitivos con la experiencia *in situ*, por lo que resulta difícil para el individuo establecer una diferencia clara entre ambos; teniendo como consecuencia que, en varios contextos, al estar virtualmente fusionados los referentes y símbolos verbales, genere dificultades para el individuo (Wilson & Luciano, 2002; Hayes et al., 2014). En otras palabras, la fusión cognitiva es la tendencia de permitir y atribuirle al pensamiento la prevalencia de regular el comportamiento sobre cualquier otra fuente posible (Cruz, Reyes & Corona, 2017).

Este constructo tiene como base a una filosofía-pragmática, una teoría sobre el desarrollo cognitivo-verbal humano, una práctica psicoterapéutica y forma parte de un constructo más amplio; todo ello se describe a continuación:

a) Contextualismo Funcional. Parte del contextualismo, el cual es una hipótesis del mundo, esta difiere a otras existentes; es una corriente de enfoque horizontal, diferente al vertical arriba/abajo o teoría/hecho como lo hacen otras concepciones como el formismo, mecanicismo u organismo; término utilizado por Stephen Pepper para el pragmatismo de la tradición de William James (Gifford & Hayes 1999, citado en Hayes, 2004). Obtiene su sentido de narrativa en el suceso, no en el histórico o pasado, sino en uno constante, activo, dramático, que está ocurriendo en el momento mismo. Es decir, un acto en y dentro de un contexto específico con enfoque holístico y tiene por premisa central a la totalidad del acontecimiento. El todo se abstrae de las partes y el éxito se analiza teniendo en cuenta el lograr hacer lo que se pretendía en un inicio. (Pepper, 1970, citado en Pérez, 2014). Por lo cual, el contextualismo funcional per se, es considerada como una filosofía puesta en práctica (pragmática) de la ciencia en la cual tener claro los objetivos a analizar resulta crítico porque la verdad desde su perspectiva está determinada por la utilidad del análisis de los mismos.

Tiene por objetivos preanalíticos el influenciar y predecir la conducta de un individuo; por lo que busca su eficacia a través de la evaluación de los comportamientos en contexto y el objetivo que estos persiguen (Hayes, 1993, citado en Hayes, 2004). Considera que los eventos psicológicos son producto de una interacción completa en y con un contexto situacional correspondiente e histórico debido a que para conocer la verdad no es suficiente el análisis topográfico del comportamiento en función a duración, frecuencia e intensidad siendo necesario conocer también sus propiedades funcionales. Tiene por objetivo, hacer de la psicología una ciencia analítica aplicada con intervención clara, sencilla, que se integre con las demás ciencias prácticas y sea de aplicación general (Hayes et al., 2014). Por su parte, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan al contextualismo funcional como las bases filosóficas del análisis conductual aplicado y como cimiento filosófico sobre el que se han desarrollado las terapias de tercera generación.

b) Teoría de los Marcos Relacionales (TMR). Es una teoría desarrollada sobre el estudio de la cognición y lenguaje humano, en términos contextuales y funcionales; usado principalmente para fundamentar la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Tiene por centro la habilidad humana de aprender a crear relacionales entre dos o más eventos y, como efecto, derivar nuevas funciones no entrenadas necesariamente (Pérez, 2014). La naturaleza del aprendizaje del ser humano dependerá del tipo de relación entre los estímulos, por lo que debe ser entendida como bidireccional, combinatoria y sujeta a la transformación de funciones. Al interactuar con algún objeto, las funciones del estímulo están simbólicamente presentes una en las otras, lo que permite en diferentes contextos, relacionar, ampliar y adjudicar funciones de esos otros elementos a través de la red de términos relacionados por la persona en aprendizajes previos (Hayes & Hayes, 1992, citado en Wilson & Luciano, 2002). Como se muestra en la Figura 1, Hayes (2004) especifica que este aprendizaje relacional tiene tres propiedades.

Figura 1

Propiedades del aprendizaje relacional

Propiedad	Definición	Ejemplo
Vinculación Mutua	Relación bidireccional entre dos estímulos sea simétrica o no, de tal modo que supone responder a un estímulo en términos del otro y viceversa	Si A se relaciona con B, entonces B se relaciona con A
Vinculación Combinatoria	Las relaciones de estímulos específicos pueden multiplicarse entre más de dos estímulos al formarse nuevas relaciones arbitrarias	Si A y B se han relacionado previamente como equivalentes y ahora B se relaciona con C y este a su vez con un D se deriva que D se relaciona con B y A, y C se relaciona con A
Transformación de las funciones de estímulos	Resultado de una función dada a un elemento del marco relacional ya establecido	En un marco establecido donde A es mayor a B y este mayor a C; si el estímulo B ganara una función aversiva, cuando surja al estímulo A la función sería más intensa y, por el contrario, en presencia de C sería de menor intensidad como resultado de la relación establecida previamente

Nota, En el cuadro se observan los tres tipos de propiedades por la cual se van formando las relaciones verbales en el ser humano. De estas tres propiedades se derivan los aprendizajes de reglas y creencias. Adaptado del artículo “Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitiva Therapies”, (p. 646-649), por S. Hayes, 2004, *Behavior Therapy*, 35.

La formación del marco relacional de cada individuo se puede dar de diferentes tipos a partir de las propiedades previamente expuestas. Como se muestra en la Figura 2, estas nueve modalidades son presentadas por Hayes et al. (2001).

Figura 2

Modalidades del aprendizaje relacional

Modalidad	Explicación	Ejemplo
Coordinación	Se establece una semejanza conductual entre los estímulos	N es igual a N
Oposición	Se determinan como contrarias las propiedades entre los estímulos	N es lo contrario de M
Distinción	Se establecen como diferentes dos o más estímulos al no compartir propiedades en común	D es diferentes a P
Comparación	Se clasifican los estímulos en categorías estableciendo comparación con otros	Q es mayor que R, S es menor que R
Jerarquía	Consiste en asignar un orden a las categorías estímulares	B incluye E
Relación temporal	Ubica en orden temporal a los estímulos	L pasó antes que M
Relación espacial	Consiste en brindar una ubicación espacial a los estímulos	H esta delante de I y encima de J
Condicionalidad y causalidad	Se les da un significado sucesivo a los estímulos en condición de otros	Si pasa X, entonces luego pasa Y; si pasó X, entonces antes pasó W
Relaciones déicticas o de perspectiva	Se establecen relaciones comparativas entre uno (el yo) y los demás (los otros) que involucran en sentido de identidad	yo-tú, mío-tuyo, nosotros-ustedes, ellos-ustedes, suyo-tuyo

Nota, En el cuadro se aprecian las maneras en cómo el ser humano establece relaciones entre diferentes eventos, las cuales influenciarán en sus conductas, ya sean funcionales o disfuncionales. Adaptado de “Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition”, (p. 106-108), por S. Hayes et al, 2001, *Advances in child development and behavior*, 28.

Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez (2006) especifican que la relación entre los estímulos es totalmente arbitraria por lo que la TMR tiene por objetivo explicar la manera en que el ser humano relaciona pensamientos, sentimientos y acciones; y cómo esta relación puede resultar un problema para la persona misma o su contexto. En ese sentido, los autores mencionados desarrollan cuatro contextos en los cuales pueden surgir problemas debido a estas relaciones arbitrarias múltiples.

Contexto verbal de literalidad o fusión. La respuesta al evento dependerá de cómo se ha relacionado previamente con otro. Es decir, responder a los eventos verbales-cognitivos de la misma manera a como se respondería a los hechos reales y tangibles de los que se habla. Puede resultar adaptativo debido a que facilita la planificación de acciones a futuro; sin embargo, se torna desadaptativo para la persona cuando la palabra toma más relevancia que el hecho en sí, haciendo que la persona evite dicha palabra, evitando también el relacionarse y experimentar el evento real y concreto.

Contexto verbal de las valoraciones. El comportamiento público y privado de cada individuo es formado por su contexto social inmediato y mediato; a través de los cuales han aprendido a valorar los eventos como buenos o malos, bonitos o feos, agradables o desagradables, normal o anormal, positivo o negativo. Debido a ello, las personas aprenden a valorar como negativa toda experiencia que involucre sufrimiento psicológico; de esa manera, comienzan a formar reglas que provocan la evitación a cada experiencia relacionada con la originalmente valorada como negativa.

Contexto de las explicaciones o dar razones. Se busca una explicación constante al comportamiento público explorando posibles causas internas, es decir para poder realizar algo se debe pensar o sentir en algo previo siempre. Se vuelve desadaptativo al relacionar los pensamientos, emociones, sensaciones o actos a meras causas, invalidando la experiencia en sí misma como algo complejo que ocurre en un contexto determinado.

Contexto de la regulación verbal. Se produce cuando se generalizan las valoraciones negativas frente a determinados eventos (palabras, pensamientos, emociones, sensaciones o acciones). Se vuelve desadaptativo cuando la evitación a experimentar dichos eventos se vuelve la directriz para la toma de decisiones en la persona, esto se puede dar a través de evitar el contacto con aquellos eventos o buscar cambiarlos por otros que se consideren positivos.

c) Terapia de Aceptación y Compromiso. Es parte de las terapias de *Tercera Generación* junto a otras como la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg y Tsai (1991), la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan (1993), la Terapia Integral de Pareja de Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge (2000) y la Terapia basada en la Toma de Conciencia/Set de Segal, Williams y Teasdale (2002); sin embargo, es considerada como la más completa de ellas debido a sus bases filosóficas, su historial de investigación en ensayos controlados y brindar alternativas al enfoque de la psicopatología tradicional (Barraca, 2007; Luciano & Valdivia, 2006; Luciano et al., 2006).

La condición humana y el sufrimiento. ACT no formula una filosofía de vida novedosa, lo que hace es recoger aquello que fue promulgado por diversos estudiosos del ser humano hace muchos años en cuanto a la experiencia de la dimensión sufrimiento-placer. Esto fue abordado por diferentes tradiciones religiosas, antropólogos, médicos, filósofos, literatos, etc. Propone que la experiencia del ser humano abarca ambas caras de la moneda, tanto el sufrimiento como el placer forman parte de la experiencia humana y no puede existir uno sin el otro, considerándose ambos, parte de una misma dimensión. Esto significa que existe tanto la posibilidad de disfrutar como de sufrir en diferentes acontecimientos vitales (Wilson & Luciano, 2002; Hayes, 2004; Luciano & Valdivia, 2006).

Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). Consiste en un patrón poco flexible o inflexible que promueve la necesidad de evitar, controlar o cambiar los eventos privados como las sensaciones, pensamientos, emociones, ideas, recuerdos, etc.; con el objetivo de eliminar el malestar que pueden ocasionar o lo que la persona valore como desagradable para obtener placer inmediato. El problema radica en que dichos actos proporcionan un relativo alivio a corto plazo, pero no a largo plazo debido a que el malestar vuelve a estar presente, a veces con mayor intensidad o extensión obligando a no cesar en el intento de desaparecer el malestar, que, al mismo tiempo, se hace cada vez más presente y constante.

Como consecuencia la persona reduce su repertorio conductual a comportamientos para evitar dicho malestar y por ende se abandonan las acciones en direcciones valiosas. El estudiar y considerar este patrón conductual brinda una concepción, del origen de problemas emocionales y trastornos mentales, más genuina para la psicología (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001, citados en Luciano & Valdivia, 2006).

Promover la flexibilidad psicológica. ACT tiene por objetivo desarrollar, promover y potenciar la flexibilidad psicológica en contraposición del TEE. Para lograrlo procura trabajar sobre 6 procesos conductuales diferenciados, pero, que al mismo tiempo están estrechamente relacionados entre sí. Estos 6 procesos se agrupan en 3 aspectos del proceso complejo de flexibilidad; son la Apertura, Consciencia y Compromiso (Wilson & Luciano, 2002).

En la *Apertura* se trabajan el proceso de *Aceptación*, en la cual motiva el acercamiento a los eventos internos ya sean placenteros o displacenteros para lograr experimentarlos y vivirlos con plenitud; y el proceso de *Defusión*, en el que se busca la desliteralización del contenido verbal-cognitivo y las relaciones que se han formado a lo largo de la historia de vida del sujeto, es decir, cambiar la forma en que este decida relacionarse con sus pensamientos, buscando que logre experimentarlos como lo que son, contenidos verbales mas no como hechos reales y tangibles (Hayes et al., 2006).

El aspecto *Consciencia* abarca el proceso *Contacto con el momento presente*, que busca el experimentar de manera continua los eventos psicológicos y ambientales a medida que ocurren, sin utilizar prejuicios, para ello hace uso de ejercicios sensoriales, experienciales y la práctica del mindfulness; y el proceso *Yo como contexto*, se trabaja a partir de metáforas, ejercicios de distanciamiento psicológico y observación de la experiencia personal en determinados escenarios para alterar la autopercepción impuesta o

autoimpuesta y dar paso a un sentimiento de trascendencia y cambio continuo del ser (Hayes et al., 2006).

En el aspecto *Compromiso* se trabajan el proceso *Clarificación y elección de valores*, se aborda desde el análisis de consistencia entre importancia personal y acción real hacia lo considerado valioso, se ayuda a la libre elección de dirección en la vida sin caer en elecciones basadas en la evitación experiencial, el cumplimiento social o la fusión con normas establecidas; y el proceso *Compromiso de actuar*, se refiere al desarrollo y/o ampliación de patrones conductuales de acción efectiva vinculados a los valores elegidos que tienen por objetivo acercar al individuo en dicha dirección valiosa a pesar que ello tenga una probabilidad de implicar eventos privados considerados desagradables (Hayes et al., 2006).

d) Inflexibilidad Psicológica. Concepto desarrollado por Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006) teniendo como base a la TMR. Presentan a este fenómeno verbal-cognitivo como una teoría y origen de la psicopatología. Esto es aclarado por Luciano (2016) al expresar que los humanos aprenden a seguir reglas verbales al mismo tiempo que interactúan con la propia conducta, debido a la conjugación de ambos elementos se crean patrones de funcionamiento eficaces o ineficaces siendo estos últimos la inflexibilidad psicológica. Hayes et al (2006) precisan que los patrones de funcionamiento inflexibles son aquellos que carecen de dirección valiosa para la persona y son, más bien, dirigidos por la evitación experiencial con la meta de evitar todo tipo de experiencia valorizada como desagradable; así esta lleve a los individuos a alejarse de lo valioso en su vida. La inflexibilidad psicológica se comprende mejor a través de la descripción de seis procesos conductuales; diferenciados uno del otro pero que a su vez interactúan constantemente entre ellos (Hayes et al., 2006); estos son:

Fusión Cognitiva. Los pensamientos se vuelven literales, los procesos cognitivos-verbales dominan sobre cualquier otro proceso de control estimular. Se confía y es guiado

por las reglas y no por las contingencias haciendo que pensar en algo sea igual a hacerlo o tener que hacerlo. Su contraparte flexible es la *Defusión Cognitiva*

Evitación Experiencial. Tendencia a la búsqueda conductual de evitar o escapar de eventos internos (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos, etc.) aun cuando suponga un perjuicio, restringiendo la efectividad conductual. Su contraparte flexible es la *Aceptación*.

Pérdida de contacto con el presente. Enredarse analizando hechos pasados o imaginando el futuro perdiendo contacto con el momento presente y sus contingencias en tiempo real. Llevar la atención hacia recuerdos (pasado) o fantasías (futuro) hace que perdamos el foco en lo que se está realizando y viviendo en el contexto. Su contraparte flexible es el *Contacto con el momento presente*.

Apego al yo concepto. Centrarse en conceptos externos (impuestos por otros) o internos (aprendidos a través de la historia de vida) sobre el ser y actuar en función a ellos a pesar de la diferencia de contextos en los cuales suceden diferentes eventos. Pérdida de contacto con un sentido del yo más trascendente. Su contraparte flexible es *Yo como contexto*.

Falta de claridad en los valores. Carencia o debilitamiento en la dirección, orientación, significado o sentido de vida; lo cual suele confundirse con objetivos o metas. Los valores son direcciones que orientan el camino no un destino al que llegar, son horizonte y no llegada, camino y no posada. Su contraparte flexible es *Clarificación y elección de valores*.

Inacción o impulsividad. Se presenta con pautas conductuales reducidas y rígidas, se caracterizan por estar dirigidas por el cumplimiento social y la evitación mas no por los valores personales. Su contraparte flexible es *Compromiso de actuar*.

1.1.2 Síntomas Somáticos

Selye (1956) propone, tradicionalmente, que los síntomas somáticos son la aparición de alteraciones fisiológicas a causa de un estado psicológico displacentero, teniendo como principal factor de riesgo la exposición más o menos prolongada al estrés.

Lipowski (1999) se refiere a los síntomas somáticos como producto del fenómeno de somatización, el cual es la tendencia a experimentar y comunicar malestares corporales que no se logran explicar a través de hallazgos clínicos ni de laboratorio siendo imposible su atribución a una enfermedad física.

Vallejo (2015) considera a los síntomas somáticos como síntomas físicos expresados por el individuo, cuya intensidad es suficiente para ser considerados dentro del análisis clínico, y que no logran ser explicados por la existencia conocida de alguna patología médica.

APA (2002) considera a los síntomas somáticos como expresiones físicas sin explicación médica asociadas a un patrón de conducta de enfermedad con dificultades sociales secundarias caracterizado por un estilo de vida en el cual las consultas médicas son numerosas. Sin embargo, en su última edición, la APA (2014) considera que realizar un diagnóstico en la ausencia de una explicación médica es problemático y refuerza el dualismo mente-cuerpo; por ello proponen analizar los síntomas somáticos, no de forma individual, sino, en cómo se estarían relacionando con otros síntomas positivos (pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos anormales).

a) Etiología de los síntomas somáticos. Belloch, Sandín y Ramos (2008) nos presentan un recuento de las cuatro teorías, históricamente más influyentes, sobre el desarrollo del concepto y entendimiento de la somatización o síntomas somáticos.

Teoría de especificidad estímulo – respuesta. Esta teoría propone como hipótesis la predictibilidad entre estímulo y respuesta fisiológica en una determinada enfermedad independientemente de las características del individuo. Es decir, asume que un determina

estímulo induce una respuesta fisiológica específica en todos los organismos sin distinción. A pesar de haber sido confirmada en algunos estudios, en general, esta hipótesis, no ha sido considerada para la elaboración de teorías psicopatológicas (Ax, 1953; Lundberg & Frankenhaeuser, 1980; Schwartz, Weinberger, & Singer, 1981, citados en Belloch, Sandín & Ramos, 2008).

Teoría de especificidad estímulo – individuo. Esta teoría propone como relevante la respuesta fisiológica de un mismo individuo a diferentes estímulos estresores, que resultan ser iguales o similares, indiferentemente del estímulo en sí, estableciendo una jerarquía personal en dicha interacción. La respuesta suele ser hiperreactiva en alguna modalidad fisiológica específica (respiratoria, gastrointestinal, cardíaca, etc.). Esta teoría dio pie a otras que buscan explicar el fenómeno de somatización como la teoría de la *debilidad orgánica* de Maher de 1970, la teoría del *balance autónomo* de Wenger de 1972, la teoría de los *tipos específicos de personalidad* de Dunbar de 1947 o la teoría de la *personalidad A/B* de Friedman y Rosenman de 1959.

Teoría de especificidad psicológico – físico. Esta teoría se refiere a la asociación tanto de la descripción física como psicológica de la respuesta a la enfermedad. Se consideran ambos eventos como diferentes y parte de la respuesta total; es el conjunto de descripciones verbales-escritas que resultan de la experiencia lo que define finalmente a la enfermedad. Las teorías más populares que utilizan este enfoque son la *teoría del conflicto* de Franz Alexander de 1950 y la *teoría de actitudes específicas* de Graham de 1972 (Belloch, Sandín & Ramos, 2008).

Teoría de la disregulación. Es una teoría general sobre los trastornos psicósomáticos de enfoque multifactorial formulada por Schwartz en 1977. Considera al organismo humano como sistema de autorregulación a través de mecanismos de *feedback* en el mismo SNC; y entre este con el resto del cuerpo. Propone que el cerebro es quien realiza las regulaciones

necesarias, en los escenarios en los que la persona experimenta estímulos generadores de estrés, con la finalidad de conocerlos y aprender; dependerá de la naturaleza de dichos estímulos la activación de ciertos sistemas corporales y la inhibición de otros. No obstante, si este proceso persiste hasta el punto de dañar o deteriorar el tejido los circuitos de *feedback negativo* se ponen en marcha para cambiar las directrices del cerebro y ayudar al órgano afectado, traducándose usualmente, en dolor u otro tipo de alerta. La finalidad de dicha alerta es provocar un cambio conductual frente al estímulo estresor y dejar de afectar al órgano involucrado. Cuando el *feedback negativo* es ignorado, omitido o se emite inoportunamente es cuando se produce la *dísregulación*. Schwartz propone cuatro etapas dentro del sistema de *feedback*; los síntomas somáticos ocurren al producirse la *dísregulación*; y esta puede suceder en cualquier etapa o de manera simultánea en varias de ellas (Belloch, Sandín & Ramos, 2008).

Etapas de las demandas ambientales: la *dísregulación* suele suceder en esta etapa cuando los estímulos del medio externo fuerzan al sistema nervioso central a ignorar el *feedback* enviado por los órganos periféricos, es decir, una persona sometida a un estrés inevitable se ve en la necesidad de proseguir en su actuar a pesar de que el *feedback negativo* le pida cambiar su comportamiento actual.

Etapas del procesamiento de la información del sistema nervioso central: el SNC puede estar predispuesto hereditariamente y luego modificado a través del aprendizaje a responder de manera inapropiada a los estímulos internos y externos. Es decir, la *dísregulación* se producirá cuando el SNC ignore el *feedback negativo* enviado o responda inadecuadamente en desmedro del órgano periférico.

Etapas del órgano periférico: la *dísregulación* sucede cuando el propio órgano envía un *feedback* errado respondiendo de forma hipo o hiperactiva frente a la situación estresante.

Etapa del feedback negativo: la *dísregulación* sucede cuando el propio *feedback negativo* es inapropiado, esto suele presentarse en personas que presentan mayor tolerancia al dolor físico o en el caso extremo de personas sin el sistema natural de respuesta de dolor.

b) Clasificación de Síntomas Somáticos. Como se muestra en la Figura 3, Kroenke y Rosmalen (2006) realizan una clasificación de los síntomas somáticos con base en los diferentes sistemas u órganos que estos afectan.

Figura 3

Clasificación de síntomas somáticos

Sistema u órgano	Síntoma
Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad • Fatiga • Cansancio
Musculoesqueléticos	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cuello • Dolor de cerviz • Dolor muscular • Dolores de articulaciones en general
Gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Gases • Dolor abdominal • Distensión abdominal • Diarrea • Estreñimiento
Cardiorrespiratorios	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo cardíaco acelerado • Palpitaciones • Dolor a la altura del tórax • Sensación de falta de aire
Neurológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Mareos • Debilidad muscular • Alteraciones en la visión • Alteraciones en la marcha
Genitourinarios	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor al miccionar • Prurito genital • Prurito anal • Dolor en el acto sexual

Nota, En el cuadro se muestran los diferentes síntomas somáticos clasificados dependiendo el área de afectación en el cuerpo humano. Adaptado del artículo “Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders”, (p. 617-619), por K. Kroenke y J. Rosmalen, 2006, *The Medical Clinics of North America*, 90(4).

c) **Síntomas somáticos en los trastornos psicológicos**, la APA (2014) presenta un capítulo dedicado a exponer los *Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados*, en el, define que estos tienen la cualidad común de brindarle importancia a los síntomas somáticos asociados a un deterioro y malestar significativo para el sujeto; además, tienen como criterio relevante la forma en cómo la persona presenta e interpreta dichos síntomas, incorporando criterios afectivos, cognitivos y conductuales para su diagnóstico y diferenciación. Sin embargo, la APA es clara al señalar que los síntomas somáticos no son exclusivos de dichos diagnósticos debido a que suelen presentarse como parte de otros cuadros, siendo su presencia, usualmente, indicador de gravedad del determinado trastorno. En los *Trastornos Depresivos* suelen presentarse síntomas somáticos relacionados a las alteraciones en la marcha (enlentecimiento o agitación), fatiga, cansancio y dolores musculares. Adicionalmente, en el caso de los *Trastornos de Ansiedad* se registran dolores de cabeza, problemas gastrointestinales como dolores, náuseas y vómitos, aceleración cardíaca, palpitaciones, sudoración excesiva y sensación de ahogo. Por otro lado, en las *Disfunciones Sexuales* se presentan síntomas genitourinarios, principalmente dolor durante el coito en el caso de las mujeres y prurito genital y/o anal en el caso de los varones (APA, 2014).

1.2 Evidencias empíricas

La información recolectada fue consultada en los buscadores académicos *ScienceDirect* y Google académico, además de las bases de datos Scielo, Dialnet y Redalyc. Las palabras claves usadas durante la búsqueda fueron en español: fusión cognitiva, síntomas somáticos, somatización, flexibilidad psicológica, inflexibilidad psicológica, terapia de aceptación y compromiso; y en inglés: *cognitive fusion, somatic symptoms, somatization, psychological flexibility, psychological inflexibility, acceptance and commitment therapy*.

Adicionalmente, se consideró al 2016 como año de mayor antigüedad para la consulta y que las investigaciones tengan por muestra adultos, de preferencia entre 18 y 40 años.

1.2.1 Estudios Nacionales

Novoa (2019) tuvo por objetivo establecer qué tipo de relación existe entre la sintomatología depresiva y la fusión cognitiva en una muestra de 229 estudiantes de universidad privada (95 varones y 134 mujeres) a través del *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ; Gillanders, et al., 2014; Ruíz et al., 2017) y *Beck's Depression Inventory* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1988; Brenlla & Rodríguez, 2006), concluyó que las variables estudiadas presentan una correlación positiva y altamente significativa ($r=.563$; $p<.000$) por lo cual recomienda realizar más investigaciones en torno a la fusión cognitiva como posible predisponente para el desarrollo de condiciones clínicas con la finalidad de orientar los diseños e implementaciones de programas de prevención para la depresión teniendo en cuenta el modo en cómo influye la conducta verbal en la aparición y mantenimiento de problemas de salud mental.

Jiménez (2019) tuvo como objetivo determinar la relación entre carga laboral y presencia de síntomas somáticos relacionados a trastornos somáticos en un grupo de 200 operarios de una empresa industrial dedicada al rubro de limpieza en Lima Metropolitana. Utilizaron la Escala de Carga de Trabajo (CDT; Gil Monte, 2016) y el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15; Kroenke, et al., 2002; Ros et al., 2010). Como resultado obtuvo la existencia de correlación positiva y estadísticamente significativa ($r=.270$; $p<.000$) entre carga de trabajo y presencia de síntomas somáticos relacionados a trastornos somáticos; además, concluyeron que los evaluados de sexo femenino son más propensas a presentar síntomas somáticos ($\bar{X}=18.9$; $p<.001$) frente a los hombres ($\bar{X}=17.36$; $p<.001$) debido a que a la carga laboral se le agrega la carga por administrar el hogar.

1.2.2 Estudios Internacionales

Cullingham, Kirkby, Eccles y Sellwood (2020) tuvieron como objetivo examinar la relación entre fusión cognitiva, evitación experiencial, mindfulness y somatización en 285 pacientes provenientes de países anglosajones con diagnóstico de crisis convulsivas no epilépticas con edad media de 38.16 ($DS=12.03$, rango de edad: 18 a 72 años). Para ello utilizaron el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15), *Acceptance and Action-two Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond, et al, 2011), *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown, et al., 2003), *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ) y *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS; Mundt, et al., 2002). Obtuvieron resultados significativos entre la evitación experiencial y la fusión cognitiva ($r=.837$; $p<.0005$), mindfulness ($r=-.570$; $p<.0005$). Concluyen que la práctica del mindfulness reduce la fusión cognitiva y evitación experimental, dando como resultado una menor frecuencia e intensidad tanto de los síntomas somáticos como de las crisis convulsivas.

Krafft, Haeger y Levin (2018) tuvieron por objetivo examinar el impacto longitudinal de la fusión cognitiva y la reevaluación cognitiva en la salud mental en 339 estudiantes con edad media de 21.73 años ($DS=5.46$, rango de edad: 18 a 55 años) de una universidad del estado de Utah. Utilizaron el *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ), *Emotion regulation questionnaire-cognitive reappraisal* (ERQ-CR; Gross & John, 2003), *Rumitative thought style questionnaire* (RTSQ; Brinker & Dozois, 2009), *Counseling center assessment of psychological symptoms* (CCAPS-34; Locke et al.,2012) y *Social adjustment scale-self report* (SAS-SR; Weissman & Bothwell, 1976). Obtuvieron una correlación significativa entre fusión cognitiva con rumiación ($r=.69$; $p<.001$), reevaluación cognitiva ($r=-.35$; $p<.001$), angustia ($r=.77$; $p<.001$), depresión ($r=.72$; $p<.001$), ansiedad generalizada ($r=.69$; $p<.001$) y ansiedad social ($r=.60$; $p<.001$). Concluyeron que la fusión cognitiva es un predictor consistente de trastornos psicopatológicos sobre todo cuando no se aplica ninguna intervención.

Tavakoli, Broyles, Reid, Sandoval y Correa-Fernández (2018) tuvieron por objetivo examinar las relaciones entre inflexibilidad psicológica con somatización, estrés agudo, preocupación y ansiedad generalizada en 538 estudiantes universitario de Texas, Estados Unidos con edad media de 21.66 años ($DS=4.8$, rango de edad: 18 a 74 años). Utilizaron el *Acceptance and Action-two Questionnaire-II* (AAQ-II), *Perceived Stress Scale* (PSS; Cohen, Kammarck & Mermelstein, 1983), *Penn State Worry Questionnaire* (PSQW; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990), *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) y *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15). Entre los resultados destaca la asociación positiva y significativa varias manifestaciones de la sintomatología ansiosa, incluyendo a la somatización, y la inflexibilidad psicológica, hallando, a través de un análisis de regresión que la somatización explica la variabilidad de la inflexibilidad psicológica en un 19.1% (*valor B*=0.191). Además, encontraron que la inflexibilidad psicológica es mayor en la población que auto percibe su estatus económico como pobre, casi pobre o que vive de mes a mes ($\bar{X}=22.83$; $p<.05$) a diferencia de la que se auto percibe como estable o comfortable ($\bar{X}=19.98$; $p<.05$).

1.3 Definición de términos básicos

1.3.1 Fusión Cognitiva

Proceso por el cual la conducta del individuo está guiada, dominada o influenciada principalmente por los eventos verbales y no por las contingencias ambientales del presente debido a que los pensamientos son experimentados como normas literales (Wilson & Luciano, 2002; Hayes, 2004; Hayes et al., 2006).

1.3.2 Síntoma Somático

Es el malestar físico, en diferentes órganos o sistemas del cuerpo, expresado por un sujeto, cuyo origen no se debe a una enfermedad física o condición médica (Selye, 1956; Lipowski, 1999; APA, 2002; Vallejo, 2015).

1.3.3 Adulthood Temprana

Levinson (1986) la posiciona entre los 20 y 45 años, señala que es la época de la adultez con mayor energía y abundancia física, pero a la vez de mayor contradicción personal y presencia de estrés. Se caracteriza por ser la etapa en la que se toman grandes decisiones para el futuro a nivel social, familiar y profesional para lograr culminarla en una posición estable y segura frente a la sociedad.

1.3.4 Pandemia

La Organización Mundial de la Salud lo define como la propagación multi continental o mundial de una nueva enfermedad que pone en riesgo la vida y/o bienestar de la población afectada debido a la falta de inmunidad.

1.4 Planteamiento del problema

1.4.1 Descripción de la realidad problemática

A raíz de la pandemia ocasionada en 2020 por el coronavirus COVID-19, tanto la salud física como mental se vieron seriamente comprometidas. Este escenario impactó notablemente en la salud mental debido a las temporadas de cuarentenas, temores al contagio, alteración de las relaciones interpersonales y de pareja, duelo e incertidumbre económica y laboral (Sánchez & Mejía, 2020) en especial de la PEA, de los cuales cerca del 50% tiene entre 20 y 40 años de edad (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019).

Antes de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2019 informó que los trastornos mentales, trastornos por consumo de sustancias y trastornos neurológicos representan un 10% de morbilidad a nivel mundial. Además, indican que la depresión es una de las fuentes principales de discapacidad, la cual afecta a 264 millones de personas en el mundo aproximadamente; además de señalar al suicidio como la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años. Adicionalmente, los estudios epidemiológicos de salud mental en el Perú expresan que, el promedio anual, un 20.7% de

la población general mayor a 12 años padece de algún trastorno mental (Ministerio de Salud [MINSa], 2018). También, estudios en Lima Metropolitana indican que la prevalencia anual, a medio año y en el momento en que se realizó dicho estudio (2015), de cualquier trastorno mental en pacientes clínicos fue mayor en el grupo etario de 25 a 45 años con 13.9%, 11.8% y 8.6% respectivamente (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2018).

Los estudios en contexto de pandemia señalan como relevante la aparición de síntomas depresivos, ansiosos, somáticos y reacción al estrés en población como consecuencia de esta (Huarcaya-Victoria, 2020). Es relevante mencionar también que solo entre abril y mayo del 2020, durante el primer confinamiento por el COVID-19, el 82.35% (20 425) de llamadas a través de la línea 113 opción 5 tuvieron por motivo de consulta estrés y el 12.68% (3 144) estuvieron relacionados a síntomas depresivos y/o ansiosos; además, la población entre 26 y 59 años representó un 76.62% de atenciones siendo el grupo de edad que utilizó más el servicio (MINSa, 2020). Lo mencionado indica como relevante la situación de la salud mental en el Perú y particularmente en Lima Metropolitana, adicionalmente denota un incremento notable en el deterioro del bienestar mental en general de la población debido a la situación pandémica.

El contexto producido por las medidas para enfrentar la pandemia como el aislamiento social, distanciamiento físico, continua desinfección de superficies, entre otros; llevo a muchas personas a relacionarse con sus pensamientos, de manera más frecuente a lo usual, volviéndose más relevantes. Hayes, Strosahl y Wilson (2014) definen a la fusión cognitiva como la acción de mezclar las experiencias o eventos cognitivo-verbales con lo experimentado *in situ*, es decir, con la experiencia directa del momento presente; de forma que la persona no logra diferenciar funcionalmente entre ambos; por lo cual, puede generar dificultades en muchos contextos, al quedar virtualmente fusionados, los referentes y símbolos verbales (Wilson & Luciano, 2002). Es decir, la fusión cognitiva es la tendencia a

permitir la prevalencia del pensamiento sobre cualquier otra fuente de regulación del comportamiento (Cruz, Reyes & Corona, 2017).

Respecto a los estudios sobre fusión cognitiva, una investigación realizada, en adultos jóvenes estadounidenses de diferentes orígenes étnicos, demostró que la fusión cognitiva fue resultado ser un predictor significativo para la presencia de problemas emocionales relacionados a la depresión y ansiedad (Krafft, Haegar & Levin, 2018). Por su parte Rozo (2019) encontró, en un grupo de adultos jóvenes colombianos con enfermedad crónica renal, que la reducción de la fusión cognitiva ayudaba en gran magnitud a la reducción de síntomas emocionales en todos los casos.

El cambio abrupto de las rutinas y costumbres, producto de la pandemia, llevo a muchas personas a enfrentar escenarios desconocidos para adaptarse a la nueva normalidad, colocándolos en situaciones estresantes e incrementando los problemas emocionales y de salud mental. Selye (1956) define, tradicionalmente, a los síntomas somáticos como la presentación de alteraciones fisiológicas debido a un estado psicológico displacentero, principalmente por exposición más o menos prolongada al estrés. Son síntomas físicos, en diferentes sistemas del cuerpo, que no pueden ser explicados por alguna enfermedad biológica existente y se pueden presentar en diferentes tipos de trastornos mentales (*American Psychiatric Association [APA], 2002*). Quiere decir que las dificultades psicológicas son expresadas a través del cuerpo, por lo que genera en la persona, dificultades respiratorias, gastritis, cefaleas, alteraciones del sueño, mialgias, hipertensión, problemas cardíacos, entre otros; esto es corroborado en estudios con universitarios y adultos jóvenes como los de Sánchez-García (2013) y Olmos, Peña y Daza (2018).

Finalmente, un estudio de Cullingham, Kirkby, Eccles y Sellwood (2020) con adultos jóvenes de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Australia determinaron que el aumento en la práctica del mindfulness reducía la evitación experiencial y la fusión cognitiva teniendo

como consecuencia la disminución en la frecuencia e intensidad de síntomas somáticos en todos los participantes.

1.4.2 Formulación del problema

Problema general

- ¿Cómo es la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son los niveles de Fusión Cognitiva en adultos jóvenes de Lima Metropolitana?
- ¿Qué diferencias existen en la Fusión Cognitiva según las diferentes situaciones socioeconómicas de los adultos jóvenes de Lima Metropolitana?
- ¿Qué diferencias existen en los Síntomas Somáticos según el sexo de los adultos jóvenes de Lima Metropolitana?

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre la fusión cognitiva y los síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de fusión cognitiva en los adultos jóvenes de Lima Metropolitana
- Comparar el nivel de fusión cognitiva según las diferentes situaciones socioeconómicas de los adultos jóvenes de Lima Metropolitana.
- Comparar el nivel de síntomas somáticos según el sexo de los adultos jóvenes de Lima Metropolitana.

1.6 Formulación de hipótesis

Hipótesis General

- Hay relación directa significativa entre la fusión cognitiva y los síntomas somáticos en los adultos jóvenes de Lima Metropolitana.

Hipótesis Específicas

- Hay ausencia de fusión cognitiva clínica en los adultos jóvenes de Lima Metropolitana.
- Hay diferencias significativas de la variable fusión cognitiva entre las diferentes situaciones socioeconómicas de los adultos jóvenes de Lima Metropolitana.
- Hay diferencias significativas de la variable síntomas somáticos según el sexo en adultos jóvenes de Lima Metropolitana.

1.7 Variables y definición operacional

1.7.1 Fusión Cognitiva

La variable Fusión Cognitiva será medida a través del puntaje total obtenido con el *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ). Elaborado originalmente en idioma inglés por Gillanders et al., 2014; y adaptado al español en población colombiana por Ruiz et al., 2017. Como se observa en la Tabla 1, la Fusión Cognitiva es de carácter unidimensional y consta de 7 ítems de respuesta de tipo Likert.

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable Fusión Cognitiva

Variable	Dimensiones	Ítems	Opción de respuesta
Fusión Cognitiva	Unidimensional	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7	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

1.7.2 Síntomas Somáticos

La variable Síntomas Somáticos será medida mediante el puntaje total obtenido con el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15). Este cuestionario fue elaborado originalmente en idioma inglés por Kroenke, Spitzer y Williams, 2002; y adaptado al español por Ros, Comas y Garcia-Garcia, 2010. Como presenta la Tabla 2, la variable síntomas somáticos es de carácter unidimensional y está compuesto por 15 ítems de respuesta de tipo Likert.

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable Síntomas Somáticos

Variable	Dimensiones	Ítems	Opción de respuesta
Síntomas Somáticos	Unidimensional	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15	0 = nada 1 = un poco 2 = mucho

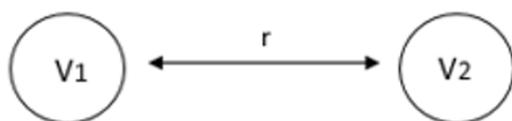
Capítulo II: Método

2.1 Tipo y diseño de investigación

Como se muestra en la Figura 4, la presente investigación es de tipo empírica, de estrategia asociativa, estudio predictivo y diseño correlacional simple. Ato, López y Benavente (2013) definen dicho diseño como aquel que tiene por objetivo de investigación el explorar una relacional funcional entre dos o más variables, sin utilizar ninguna forma de control de variables extrañas.

Figura 4

Diseño del estudio



V₁: Fusión Cognitiva

V₂: Síntomas Somáticos

r: Correlación

2.2 Participantes

La población de estudio, limeños entre 18 a 43 años que tienen instrucción técnico incompleta y en adelante, ascendió a 1 millón 675 mil aproximadamente (INEI, 2019). La muestra se seleccionó de manera no probabilística con muestreo accidental el cual consiste en reclutar de manera casual hasta completar el tamaño de muestra deseado según la disposición que encuentren los investigadores (Otzen & Manterola, 2017).

La muestra estudiada quedó establecida por 305 adultos, con acceso a alguna red social, entre los 18 y 40 años ($M=28.279$, $DE=5.223$). La Tabla 3 precisa que el 69.83% de participantes fueron mujeres, un 29.83% hombres y un .4% se identificó como hombre transgénero. En relación al lugar de residencia, el 47.21% reside en Lima Centro;

adicionalmente, en el caso del grado de instrucción, el 60% señala haber culminado la universidad. En relación a la situación laboral, el 51.15% indica estar en actividad de manera dependiente, además; un 36.07% se sitúa en un nivel socioeconómico medio y el 5.25%, alto. Por otro lado, un 10.16% manifiesta tener algún diagnóstico psiquiátrico y solo 3 de cada 10 recibe actualmente un tratamiento.

Tabla 3

Características sociodemográficas en una muestra de adultos jóvenes residentes de Lima Metropolitana (n=305)

	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Sexo			Grado de instrucción		
Hombre cisgénero	91	29.8	T. incompleta	31	10.16
Mujer cisgénero	213	69.8	T. completa	44	14.43
Hombre transgénero	1	.4	U. incompleta	47	15.41
Situación laboral			U. completa	183	60
A. dependiente	156	51.15	Nivel socioeconómico		
A. independiente	76	24.92	Alto	16	5.25
Inactiva	43	14.09	Medio Alto	60	19.66
Estudiante	30	9.84	Medio	110	36.07
Lugar de residencia			Medio Bajo	61	20
Lima Centro	144	47.21	Bajo	58	19.02
Lima Este	54	17.71	Diag. Psiquiátrico		
Lima Norte	56	18.36	Si	31	10.16
Lima Sur	51	16.72	No	274	89.84
Total	305	100.0	Total	305	100.0

Nota. *f*, frecuencia. %, porcentaje.

2.3 Medición

Para recolectar los datos se utilizará una encuesta compuesta por la ficha sociodemográfica, el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y el Cuestionario de Salud Personal (PHQ-15). La información recogida permitirá dar respuesta a los problemas formulados.

A. Instrumento 1: Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)

El cuestionario de fusión cognitiva (*Cognitive Fusion Questionnaire* - CFQ) fue construido originalmente en idioma inglés dirigido a adultos en diversos contextos, brindándole un carácter flexible a diferencia de otros instrumentos que buscan medir la variable fusión cognitiva. Está compuesto por 7 ítems en escala Likert desde 1 (nunca es verdad) hasta 7 (siempre es verdad). Las puntuaciones en grupos de estudio no clínico oscilan entre 20 y 24, mientras que las muestras clínicas obtienen un puntaje igual o mayor a 29. Las categorías de la prueba son fusión clínica y fusión no clínica teniendo como puntaje mínimo 7, máximo 49 y 29 como corte entre ambas categorías. La población destinataria son adultos mayores de 18 años.

En el 2014, Romero-Moreno et al adaptaron el CFQ a la realidad española concluyendo que dicha versión contaba con adecuadas propiedades psicométricas luego de obtener una consistencia interna por alfa de Cronbach de .87. Por su parte, Ruiz et al (2017) decidieron analizar las propiedades psicométricas en la realidad colombiana hallando un coeficiente de consistencia interno alto haciéndolo apto para dicho contexto ($.89 < \alpha < .93$). Esta última versión es tomada por Valencia y Falcón (2019), quienes analizaron si la adaptación colombiana contaba con validez y confiabilidad para su aplicación en realidad limeña; decidieron investigar la estructura factorial teniendo como muestra 450 estudiantes universitarios (240 mujeres y 210 hombres) de una universidad pública de Lima Metropolitana. Encontraron que el instrumento cumple con las condiciones de confiabilidad al obtener un alfa de Cronbach del .915.

La confiabilidad del CFQ dentro de este estudio fue establecido mediante el método de consistencia interna con un omega de McDonald de .929 y alfa de Cronbach de .928, ambas, en un nivel elevado de acuerdo Murphy y Davishofer (1998; citado en Hogan, 2015) como se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4

Confiabilidad por consistencia interna del CFQ en adultos jóvenes de Lima Metropolitana (n=305)

Instrumento	Número de ítems	Omega de McDonald [IC 95%]	Alfa de Cronbach [IC 95%]
CFQ	7	.929 [.917-.941]	.928 [.915-.940]

B. Instrumento 2: Cuestionario de Salud Personal (PHQ-15)

El cuestionario de salud personal (*Patient Health Questionnaire* - PHQ-15) fue construido, inicialmente, con el objetivo de evaluar síntomas somáticos en personas que presenten ansiedad o depresión; sin embargo, a través de los años ha sido usado en diferentes investigaciones, demostrando así su aplicabilidad en población general para medir la somatización en diferentes contextos. Compuesto de 15 ítems de tres alternativas de respuesta (nada, un poco y mucho). Cada opción tiene asignado un puntaje, *nada*=0; un *poco*=1; *mucho*=2. Las instrucciones indican contestar teniendo en cuenta el malestar de las últimas 4 semanas. El puntaje global se obtiene al sumar los 15 ítems con un rango entre 0 y 30 puntos (Kroenke et al., 2002)

En el 2010, Ros, Comas y García adaptaron el PHQ-15 a idioma español para utilizarlo con pacientes que cumplen criterios diagnósticos de ansiedad y depresión. La muestra consto de 3 362 personas con edad media de 45.6 años. Obtuvieron una confiabilidad interna aceptable (coeficiente de alfa de Cronbach = .78) además de una adecuada validez al correlacionarlo con los ítems somáticos de la Escala de Depresión Montgomery-Asberg (MADRS) entre moderadas y altas ($r=.3$ y $.7$). Con la finalidad de confirmar que el PHQ-15 se puede utilizar en ámbitos no clínicos, Kocalevent, Hinz y Brähler (2013) realizaron una investigación con 5 301 personas en Alemania obteniendo un alfa de Cronbach de .82 para su consistencia interna.

Dentro del contexto local, Bulnes, Alvarez y Morales (2018) en su investigación con muestra compuesta por adolescentes de Lima Metropolitana, obtuvieron evidencias de validez de contenido para los ítems a través del coeficiente V de Aiken con base al criterio de 6 expertos en el área que revisaron el instrumento. Como resultado, recogieron puntuaciones por encima de .80 para todos los ítems. Además, realizaron una correlación intraprueba, aplicando la *rho* de Spearman reportando correlaciones significativas, positivas y bajas evidenciando independencia de los ítems que forman parte de la prueba.

Como muestra la Tabla 5, en este estudio, la confiabilidad del PHQ-15 fue establecido mediante el método de consistencia interna con un omega de McDonald (Viladrich, Angulo-Brunet y Doval, 2017), siendo de .823 y alfa de Cronbach de .818, en ambos casos considerado como nivel moderado por Murphy y Davishofer (1998; citado en Hogan, 2015).

Tabla 5

Confiabilidad por consistencia interna del PHQ-15 en adultos jóvenes de Lima Metropolitana (n=305)

Instrumento	Número de ítems	Omega de McDonald [IC 95%]	Alfa de Cronbach [IC 95%]
PHQ-15	15	.823 [.794-.853]	.818 [.787-.846]

C. Instrumento 3: Ficha de datos

La ficha de datos recoge información sociodemográfica como edad, sexo (en el cual se están incluyendo opciones para la comunidad LGTB+), lugar de residencia en Lima Metropolitana de acuerdo a la división geográfica propuesta por el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE, 2017), grado de instrucción, situación laboral actual y nivel socioeconómico auto percibido teniendo en cuenta datos estadísticos brindados por el *Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur*

(IPSOS, 2020) para Lima Metropolitana. Además, dos preguntas sobre la situación actual de la salud mental del participante, las cuales servirán para la discusión de los resultados.

2.4 Procedimientos

Los datos se recolectaron de manera remota utilizando la herramienta *Google Forms*. Se propagó un formulario electrónico, el cual también contenía el consentimiento informado con información del investigador, objetivos del estudio y del tiempo que demandará, en diversas redes sociales (*Facebook, WhatsApp, Telegram e Instagram*) y por correo electrónico. La calidad de los datos fue garantizada, en parte, con respuestas obligatorias configuradas dentro del formulario, además de los filtros posteriores según los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

2.5 Aspectos éticos

El presente estudio se apoya en los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la *American Psychological Association*, donde se hará uso de un consentimiento informado para la población que acceda al estudio, además, se utilizará la herramienta Turnitin para velar por la honestidad intelectual en la elaboración de esta investigación.

Los participantes serán voluntarios y se les informará sobre el objetivo y afiliación institucional del investigador; además, se les comunicará que pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin exponerse a represalias.

Se resguardará la intimidad de los individuos, así como la confidencialidad de la información. También, se respetará la diversidad y mantendrá la imparcialidad frente a las respuestas brindadas por todos los participantes, sin beneficio a ningún grupo en particular. Finalmente, se asegurará la exactitud de los datos y resultados al respetar fehacientemente todas las respuestas recibidas de los participantes.

2.6 Análisis de datos

La información recogida fue transcrita en una plantilla elaborada con Microsoft Excel 2019, posteriormente fue exportada a los programas estadísticos JAMOVI y JASP; en los cuales, las variables serán analizadas.

Los análisis descriptivos tuvieron por objetivo describir, a través de tablas de porcentajes y frecuencias, las características sociodemográficas de la muestra. El análisis inferencial se realizó mediante pruebas no paramétricas debido al uso de un muestreo no probabilístico, a través del cual no se garantiza la representatividad de la muestra (Otzen y Manterola, 2017). Por ello, se utilizaron las pruebas estadísticas de *rho* de Spearman, *U* de Mann Whitney y Kruskal Wallis. Adicionalmente, se analizó la confiabilidad de los instrumentos con el propósito de garantizar la calidad de los resultados.

Capítulo III: Resultados

En el presente capítulo se presentarán los resultados de los análisis estadísticos mediante tablas, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.

3.1 Análisis descriptivo

Como se muestra en la Tabla 6, la muestra obtuvo un puntaje medio de 21.951 ($DS=9.669$) y 8.426 ($DS=4.799$) para las variables fusión cognitiva y síntomas somáticos, respectivamente. Ambas variables obtuvieron un p -valor menor a .05, lo que indica que no existe distribución normal en las variables estudiadas.

Tabla 6

Estadística descriptiva de fusión cognitiva y síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana (n=305)

Variable y dimensiones	M	DS	g_1	g_2	S-W (p-valor)
Fusión cognitiva	21.951	9.669	.737	.109	.952 (<.001)
Síntomas somáticos	8.426	4.799	.673	.747	.964 (<.001)

Nota. M , medía. DS , desviación estándar. g_1 , asimetría. g_2 , curtosis. S-W, prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

De la muestra, 62 personas obtuvieron nivel clínico de fusión cognitiva, representado por el 20.3% del total de adultos jóvenes de Lima Metropolitana.

3.2 Análisis inferencial: correlacional

De acuerdo a la Tabla 7 se aprecia una correlación significativa y directa ($p<.05$), entre las variables fusión cognitiva y síntomas somáticos, es decir, a mayor presencia de fusión cognitiva habrá mayor presencia de síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana. De forma complementaria, el tamaño del efecto fue .265 siendo considerado de un tamaño grande.

Tabla 7

Correlación entre fusión cognitiva y síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana (n=305)

		Síntomas somáticos
Fusión cognitiva	<i>Rho Spearman</i>	.515
	(<i>p</i> -valor)	(<.001)
	<i>r</i> ²	.265

Nota. *r*² = coeficiente de determinación, estimador del tamaño del efecto (Dominguez-Lara, 2017).

3.3 Análisis inferencial: comparativo

La Tabla 8 presenta las comparaciones de fusión cognitiva según nivel socioeconómico, las cuales no fueron estadísticamente significativas (*p*>.05). Sin embargo, su tamaño de efecto (\mathcal{E}^2) fue considerado pequeño (.03). En las diferencias halladas se aprecia que la fusión cognitiva aumenta a medida que la situación socioeconómica es más baja.

Tabla 8

Comparación de fusión cognitiva en adultos jóvenes de Lima Metropolitana según el nivel socioeconómico (n=305)

Variable	Nivel socioeconómico					<i>Chi-cuadrado</i> (<i>gl</i>)	\mathcal{E}^2
	Alto (n=16)	Medio alto (n=60)	Medio (n=110)	Medio bajo (n=61)	Bajo (n=58)		
Fusión cognitiva	18	18	20	21	23	9.16 (4)	.03

Nota. *gl*=grados de libertad; \mathcal{E}^2 =épsilon cuadrada, estimador del tamaño del efecto (Field, 2013).

La Tabla 9 describe las diferencias de la variable síntomas somáticos según sexo. En dicha tabla se aprecian diferencias significativas (*p*<.05) para la variable síntomas somáticos con respecto al sexo; siendo las mujeres las que obtuvieron mayor puntaje. Además, el tamaño del efecto estimado resultó ser moderado.

Tabla 9

Comparación de síntomas somáticos en adultos jóvenes de Lima Metropolitana según sexo

(n=305)

Variables y dimensiones	Mediana		<i>U de Mann-Whitney (p-valor)</i>	<i>r</i>
	Hombre cisgénero (n=91)	Mujer cisgénero (n=213)		
Síntomas somáticos	5	9	5376 (<.001)	-.353

Nota. *r* = *r* de Rosenthal, estimador del tamaño del efecto (Dominguez-Lara, 2017).

Capítulo IV: Discusión

El presente estudio, de carácter correlacional simple, investiga la relación entre la fusión cognitiva y síntomas somáticos en un grupo de 305 adultos jóvenes de Lima Metropolitana con grado de instrucción técnico incompleto en adelante.

Según la hipótesis general planteada se halló que la fusión cognitiva está relacionada con la presencia de síntomas somáticos. La inflexibilidad psicológica se estudia a partir de seis procesos conductuales que se complementan, pero, al mismo tiempo, se diferencian entre sí, siendo uno de estos, la fusión cognitiva (Hayes *et al.*, 2014). La presencia y desarrollo de la variable estudiada, en esta investigación, ha demostrado ser factor de riesgo ante problemas emocionales como la ansiedad (Reuman, Buchholz y Abramowitz, 2018; Thomas y Bardeen, 2020), depresión (Novoa, 2019; Carvalho, Trindade, Gillanders, Pinto-Gouveia y Castilho, 2019) y somatización (Cullingham, Kirkby, Eccles y Sellwood, 2020) en diferentes tipos de poblaciones; lo cual coincide con lo hallado en el presente estudio. La fusión cognitiva como parte de la inflexibilidad psicológica, junto a los otros cinco procesos conductuales, han ganado notoriedad como predictores de futuros problemas emocionales y es el foco a tratar en terapias contextuales, en especial la Terapia de Aceptación y Compromiso, como ya lo comentaba Luciano, Gutiérrez y Páez en 2006.

Al examinar la hipótesis sobre la ausencia de fusión cognitiva clínica en la muestra, esta es rechazada debido a que cerca del 20% de la muestra presentó esta característica. Dicha condición es caracterizada por una excesiva identificación con el contenido literal de las experiencias internas (pensamientos y afectos), derivando en una inapropiada regulación de la conducta por los procesos verbales, lo que lleva a la persona a construir su mundo personal con base a experiencias del pasado o proyecciones del futuro en vez de experimentar las contingencias del presente (Hayes *et al.*, 2014). La fusión cognitiva es un predictor importante para los problemas emocionales (Krafft, Haegar y Levin, 2018); debido

a la pandemia por el COVID-19, gran parte de la población adulta vio afectada su salud mental indistintamente de la cultura (Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020; Huarcaya-Victoria, 2020; Ruiz-Frutos y Gómez-Salgado, 2021) lo cual explicaría la presencia de una fusión cognitiva clínica en una parte significativa de los adultos jóvenes participantes.

La hipótesis relacionada a la comparación entre fusión cognitiva y situación socioeconómica es aceptada; se observa que dicha variable tiene mayor presencia a medida que la situación socioeconómica es menor, es decir, a mayor nivel socioeconómico, menor fusión cognitiva y viceversa. Los resultados coinciden con lo presentado por Tavakoli, Broyles, Reid, Sandoval y Correa-Fernández (2018) en estudiantes universitarios con edad media de 21 años en Estados Unidos. Las diferencias socioeconómicas el cómo repercuten en la salud física y mental es un tema que viene reportándose desde hace años a nivel mundial y sobre todo en Latinoamérica, debido a la dificultad para acceder a servicios de atención primaria de calidad (Ortiz-Hernández, López-Moreno y Borges, 2007; Caicedo y Van Gameren, 2016); en contexto limeño, el INSM (2018) reportó un margen de diferencia en la presencia de trastornos mentales entre la población pobre y pobre extrema con los considerados no pobres. Además, el INSM (2015) ya comunicaba que los problemas mentales y emocionales tienen alto impacto en la economía, generando pérdidas cuantiosas de horas de trabajo e ingresos, perpetuando el círculo asociativo entre pobreza y trastorno mental. Esta realidad regional llevó a varios países de la zona a tomar medidas al respecto (Gerlero, Augsburger, Duarte, Gómez y Yanco, 2011; Malo-Serrano y Malo-Corral, 2014; Rojas-Bernal, Castaño-Pérez y Restrepo-Bernal, 2018; Martínez, 2019); en el caso de Perú, a través de la Ley 30947, el Estado propuso lineamientos políticos de salud mental, entre los cuales está la creación de Centros de Salud Mental Comunitarios, cuya finalidad es descentralizar la atención de los grandes hospitales y brindar servicios de salud mental

accesibles a la población más vulnerable (MINSAs, 2018); medidas, cuyo efecto, tendrá que ser evaluado y analizado en los futuros estudios epidemiológicos a nivel nacional.

Con relación a la hipótesis planteada sobre la diferencia significativa en la presencia de síntomas somáticos según el sexo de la muestra, esta es aceptada. Se observa que la muestra de sexo femenino reportó mayor presencia de síntomas somáticos con tamaño de efecto moderado, esto coincide con lo encontrado por Jiménez (2019) en operarios de una empresa industrial de Lima Metropolitana, también con lo reportado por Cardozo (2017) con un grupo de docentes de una universidad boliviana y lo hallado por Huerta, Castro y Domínguez (2020) con trabajadores de un hotel en Puerto Vallarta y Bahía de Banderas, México. Si bien los síntomas somáticos forman parte de los problemas mentales con mayor presencia en la población (Modrego *et al.*, 2018), diferentes investigaciones sugieren que el sexo femenino es más propenso a presentarlos en mayor frecuencia o gravedad; incluso desde edades más tempranas se ven dichas diferencias, como lo encontrado por D'Augerot, Bayo, Gonzáles y Bakker (2018) en un grupo de adolescentes argentinos; hallazgos que pueden resultar útiles de considerar durante el diseño y desarrollo de programas de prevención en salud mental enfocados en población femenina.

Los resultados de la presente investigación sugieren que la presencia de fusión cognitiva perjudica somáticamente a los adultos jóvenes de Lima Metropolitana, y que sería similar en diferentes contextos culturales, más no económicos. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que este estudio se desarrolló dentro del contexto de pandemia debido al COVID-19, lo cual podría exacerbar las variables estudiadas. Adicionalmente, la muestra fue de tipo no probabilística lo que significa que no se puede generalizar los hallazgos, además, no se contó con acceso a una muestra clínica para comparar los resultados finales. Por otro lado, si bien se encontraron diferencias significativas en otras variables como situación laboral ($p < .05$, siendo la situación laboral activa independiente con la mayor media) y grado de instrucción

($p < .05$, siendo el grado técnico incompleto con la mayor media), no pudieron ser parte del análisis dada la ausencia de estudios previos.

Conclusiones

- Hay una correlación positiva significativa entre fusión cognitiva y síntomas somáticos.
- Una quinta parte de los participantes presenta fusión cognitiva clínica, siendo una cantidad considerable de la muestra.
- Según la situación socioeconómica, existen diferencias de efecto pequeño en la variable fusión cognitiva, es decir, mientras la situación socioeconómica sea menos favorable, habrá una mayor presencia de fusión cognitiva.
- En relación al sexo, existen diferencias significativas en la variable síntomas somáticos, con mayor presencia en las mujeres.

Recomendaciones

- Elaborar investigaciones con tamaños muestrales más grandes y aleatorios con la finalidad de lograr una generalización de los resultados a toda la población de adultos jóvenes.
- Elaborar investigaciones con muestras en otras grandes ciudades del Perú, con la finalidad de analizar el efecto de la cultura sobre la relación de ambas variables.
- Realizar estudios en muestras clínicas con las mismas variables del presente estudio con el objetivo de establecer diferencias entre los distintos cuadros diagnósticos.
- Desarrollar modelos explicativos SEM (Modelos de Ecuaciones Estructurales) que incluyan otras variables psicológicas y sociodemográficas como moderadoras de la relación entre las actuales variables de estudio. Entre las variables psicológicas sugeridas serían los estilos de personalidad, estrategias de afrontamiento, regulación emocional, entre otros, con la finalidad de conseguir mayor alcance explicativo.
- Es recomendable el uso del instrumento Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) en futuras investigaciones y en práctica clínica, debido a que ha demostrado niveles de confiabilidad superiores a .80.

Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761-781.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología volumen II*. Madrid: McGrawHill.
- Bulnes, M., Alvarez, C. y Morales, C. (2018). Ansiedad social y regulación emocional en adolescentes de Lima Metropolitana con y sin presencia de síntomas somáticos. *Temática Psicológica*, 14(1), 51-68. <https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2018.n14.1810>
- Caicedo, M. y Van Gameren, E. (2016). Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. *Ciência y Saúde Coletiva*, 21(3), 955-966. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.16592014>
- Cardozo, A. (2017). La presencia de estrés en el profesorado según sexo y contexto laboral. *Revista de Investigación Psicológica*, (18), 43-57. <https://bit.ly/3kQ9CNr>
- Cruz, J., Reyes, M., y Corona, Z. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. México: Manual Moderno.

- Cullingham, T., Kirkby, A., Eccles, F. y Sellwood, W. (2020). Psychological inflexibility and somatization in nonepileptic attack disorder. *Epilepsy & Behavior*, *111*. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107155>
- D'Augerot, M., Bayo, M. y Gonzáles, R. (2018). Estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas y desadaptativas en adolescentes argentinos diferencias según sexo. *Anuario de investigaciones*, *25*, 413-427. <https://bit.ly/3kS1FY6>
- Dominguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, *19*(4), 251-254. <http://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Field, A. (2013) *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll* (4th Ed.). London: Sage.
- Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Gómez, R. y Yanco, D. (2011). Salud mental y atención primaria, accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, *2*(9), 24-29. <https://bit.ly/2Yo5rRr>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., Clarke, S. y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2013.09.001>
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. *Advances in child development and behavior*, *28*, 101-138. [https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(02\)80063-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80063-5)
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

- 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. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Heinrich, T.W. (2004). Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *Wisconsin Medical Journal*, 103(6), 83-87. <https://bit.ly/3kKw7Dk>
- Hogan, Th. (2015). Pruebas psicológicas. México: Manual Moderno.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37(2), 327-4. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Huerta, C., Castro, R. y Domínguez, R. (2020). *Relación entre funcionalidad familiar, salud mental e incertidumbre laboral en personal del hotelería en Puerto Vallarta y Bahía de Banderas*. En Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional A.C (Ed.), *Factores críticos y estratégicos en la interacción territorial desafíos actuales y escenarios futuros*. (pp. 227-242). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2019). Población ocupada, según sexo, grupos de edad y nivel de educación, 2007 – 2019. <https://bit.ly/2V5UAdy>
- Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) (2015, 10 de octubre). *Estigma y discriminación son causas más frecuentes que violan la dignidad y derechos de las personas afectadas en su salud mental*. [comunicado de prensa]. <https://bit.ly/3jBLj6p>
- Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana – 2015. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental. <https://bit.ly/3DtdiNs>

- Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur (IPSOS)* (2020). Perfiles socioeconómicos de Lima Metropolitana. Lima, Perú. <https://bit.ly/3t1IYow>
- Jiménez, M. (2019). *Carga laboral y trastornos psicósomáticos en operarios de producción de una empresa industrial de Lima Metropolitana* [tesis de licenciatura, Universidad San Ignacio de Loyola de Perú]. Repositorio Institucional USIL. <https://bit.ly/3t0h9wv>
- Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Kroenke, K. y Rosmalen, JG. (2006). Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *The Medical Clinics of North America*, 90(4), 603-626. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.04.003>
- Krafft, J., Haeger, J. A. y Levin, M. E. (2018). Comparing cognitive fusion and cognitive reappraisal as predictors of college student mental health. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1513556>
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3-13. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.41.1.3>
- Lipowski, Z. J. (1999). Somatization: The concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
- Luciano, C. y Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O. & Páez, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(2), 173-201
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.

- Malo-Serrano, M. y Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud mental en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(4), 754-761. <https://bit.ly/38F3wcJ>
- Martínez, R. (2019). Salud mental: derecho o privilegio de los mexicanos. *Perfiles de las ciencias sociales*, 7(13), 19-41. <https://bit.ly/3jBwHnk>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2018). Lineamiento de política sectorial en salud mental 2018. Perú: Ministerio de Salud. <https://bit.ly/38FMjAh>
- Ministerios de Salud (MINSa). (2020). Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021 en el contexto COVID-19. <https://bit.ly/3zvcqFP>
- Modrego, M., Baquero, M., Santolaya, J., Dongil, E. y Capafons, A. (2018). Somatizaciones en atención primaria, oportunidades de intervención. *Informació psicològica*, 115, 39-53. <https://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.115.9>
- Novoa, A. (2019). *Fusión Cognitiva y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* [tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma de Perú]. Repositorio Institucional URP. <https://bit.ly/3kwqg4o>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019, 3 de octubre). *Salud Mental* [comunicado de prensa]. <https://bit.ly/3sZYPnc>
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. y Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600002>

- Pascual, J., Frías, M. D. y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8. <https://bit.ly/3kHo1LJ>
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdova, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdova, C. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1-7. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Rojas-Bernal, L., Castaño-Pérez, G. y Restrepo-Bernal, D. (2018). Salud mental en Colombia, un análisis crítico. *Revistas CES Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Ros, S., Comas, A. y Garcia-Garcia, M. (2010). Validación de la versión española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 345-357. <https://bit.ly/3Bq4y8V>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D. y Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/J.RLP.2016.09.006>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ruiz-Frutos, C. y Gómez-Salgado, J. (2020) Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 24(1), 6-11. <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2021.24.01.01>

- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270. <https://bit.ly/38ntAJz>
- Sánchez, H. y Mejía, K. (2020). *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el covid-19: memoria del I encuentro virtual*. Lima: Universidad Ricardo Palma. <https://bit.ly/3gMZeVd>
- Selye H. (1956) *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill.
- Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) (2017). *Caracterización de Lima Metropolitana*. Lima, Perú. <https://bit.ly/3DxaTkH>
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E., Sandoval, R. y Correa-Fernández, V. (2018). Psychological Inflexibility as it Relates to Stress, Worry, Generalized Anxiety, and Somatization in an Ethnically Diverse Sample of College Students, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11(2019), 1-5 <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.001>
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (8va ed)*. Barcelona: Masson.
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A. & Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología*, 33(3), 775-782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores*. España: Ediciones Pirámide.

Anexos

Anexo A

Permiso para la utilización del instrumento

Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)



Pablo Valencia <pabvalenciam@gmail.com>

17 abr 2021 11:15



para mí ▾

Estimado Angelo, gracias por comunicarte. Disculpa por la demora en mi respuesta; han sido días de trabajo intenso. En cuanto a tu solicitud, te hago saber lo siguiente:

1. El CFQ es un instrumento de dominio público, por lo que no es necesario solicitar permisos. Esto se expresa explícitamente aquí: <https://contextualscience.org/CFQ>
2. La versión que yo utilicé es la que trabajó el Dr. Francisco Ruiz a partir de una versión española previa. Es importante que, al usar el CFQ, cites el artículo original donde fue presentado (Gillanders et al., 2014), así como esta validación en español (Ruiz et al., 2017).
3. El instrumento en sí, así como la información sobre su calificación, los encuentras en la página del laboratorio del Dr. Ruiz: <https://clinklab.konradlorenz.edu.co/recursos/>. La calificación del instrumento es muy sencilla: simplemente sumas (o promedias) todos los ítems.
4. Hasta donde sé, no existen baremos o puntos de corte validados en Perú para el CFQ. Sin embargo, estos no son necesarios si tus fines son de investigación. Simplemente trabajarías con los puntajes brutos del instrumento para examinar las asociaciones o comparaciones que plantees en tu proyecto.

Espero que esta información te sea de utilidad. ¡Buena suerte!

Anexo B

Comunicación para la utilización del instrumento

Patient Health Questionnaire (PHQ-15)

Solicitud de autorización instrumento PHQ-15 >



Angelo Baglietto Vargas <angelo.baglietto.27@gmail.com>
para salvador.ros ▾

vie, 16 abr 13:48 ★ ↶ ⋮

Señor:
ROS, SALVADOR

Presente.-
Asunto: Solicitud de autorización

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y quien les escribe es el señor **BAGLIETTO VARGAS, ANGELO**, con DNI 46677858, Bachiller en Psicología por la Universidad de San Martín de Porres, de la ciudad de Lima, Perú; quien desea realizar un trabajo de investigación para optar el título de Licenciado en Psicología titulado: **"LA FUSIÓN COGNITIVA Y SU INFLUENCIA EN LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ADULTOS JÓVENES DE LIMA METROPOLITANA"**.

Agradezco puedan brindarme las facilidades, otorgándome una carta de autorización para el uso del instrumento **"PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-15)"** utilizado en su artículo *"Validation of the Spanish Version of the PHQ-15 Questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study"*, así como información de ficha técnica, ítems y sus criterios de calificación e interpretación, de estar disponibles. Todo ellos para fines académicos y así proseguir con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para agradecerle por la atención brindada.

Atentamente,

BAGLIETTO VARGAS, ANGELO

Solicitud de autorización instrumento PHQ-15 > Recibidos x



Angelo Baglietto Vargas <angelo.baglietto.27@gmail.com>
para cmdei, cmdei ▾

vie, 18 jun 11:56 ☆ ↶ ⋮

Señora:
MORALES, CARMEN

Presente.-
Asunto: Solicitud de autorización

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para expresarles mi cordial saludo.

Quien les escribe es el señor **BAGLIETTO VARGAS, ANGELO**, con DNI 46677858, Bachiller en Psicología por la Universidad de San Martín de Porres, de la ciudad de Lima, Perú; quien desea realizar un trabajo de investigación para optar el título de Licenciado en Psicología, asesorado por el Mag. Deyvi Baca Romero, titulado: **"FUSIÓN COGNITIVA Y SU RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ADULTOS JÓVENES DE LIMA METROPOLITANA"**.

He intentado comunicarme sin éxito con los psicólogos Bulnes, Mario y Alvarez, Leni. Por lo cual agradecería pueda brindarme las facilidades, según sus términos, para el uso del instrumento **"PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-15)"** utilizado en su artículo *"Ansiedad social y regulación emocional en adolescentes de Lima Metropolitana con y sin presencia de síntomas somáticos" del 2018*, así como información de ficha técnica, ítems y sus criterios de calificación e interpretación, de estar disponibles.

Todo ello para fines académicos y así proseguir con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para agradecerles por la atención brindada.

Atentamente,

BAGLIETTO VARGAS, ANGELO

Anexo C

Modelo utilizado para validación lingüística del PHQ-15 utilizando el criterio de claridad (ante el silencio administrativo a correos previos) y link hacia repositorio con las respuestas de los participantes

FORMATO DE VALIDEZ BASADA EN EL CONTENIDO: CUESTIONARIO DE SALUD PERSONAL (PHQ-15)

Estimado(a) participante:

Reciba mis más cordiales saludos, el motivo de este documento es informarle que estoy realizando la validez basada en el contenido de un instrumento destinado a medir **síntomas somáticos**. En ese sentido, solicito pueda evaluar los 15 ítems en el **criterio de claridad**. Su sinceridad y participación voluntaria me permitirá identificar posibles fallas de redacción y/o comprensión de los ítems que son parte del test en relación al constructo que desea medirse.

Antes es necesario completar algunos datos generales:

I. Datos Generales

Nombre y Apellido			
Sexo:	H	M	
Edad:			
Nivel educativo:			
Profesión:			

II. Breve explicación del constructo

Los síntomas somáticos se pueden conceptualizar como: alteraciones fisiológicas, dolores o malestar físico, manifestados por una persona, en diferentes órganos, partes o sistemas del cuerpo a causa de un estado psicológico displacentero, teniendo como principal factor de riesgo la exposición más o menos prolongada al estrés.

III. Criterios de Calificación

a. Claridad

El grado en que el ítem es entendible, claro y comprensible en una escala que varía de "Nada Claro" (0 punto), "medianamente claro" (puntaje 1), "claro" (puntaje 2), "totalmente claro" (puntaje 3)

ejemplo:

<i>Nada claro</i>	<i>Poco claro</i>	<i>Claro</i>	<i>Totalmente claro</i>
0	1	2	3

A continuación, favor de puntuar, utilizando el criterio de claridad, a los 15 ítems del cuestionario, teniendo en cuenta que la premisa del cuestionario que se aplicará será la siguiente: *Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?*

Enlace al repositorio

<https://bit.ly/3lvXm4H>

N°	ITEMS	Claridad			Sugerencias
		0	1	2	
1	Dolor de estómago	0	1	2	3
2	Dolor de espalda	0	1	2	3
3	Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	0	1	2	3
4	Dolores menstruales u otras molestias asociadas a la menstruación	0	1	2	3
5	Dolores de cabeza	0	1	2	3
6	Dolor torácico (zona del pecho)	0	1	2	3
7	Mareos	0	1	2	3
8	Desmayos	0	1	2	3
9	Palpitaciones o sentir el corazón acelerado	0	1	2	3
10	Falta de respiración	0	1	2	3
11	Dolor o problemas durante sus relaciones sexuales	0	1	2	3
12	Estreñimiento, ir suelto de vientre o diarrea	0	1	2	3
13	Náuseas, gases o indigestión	0	1	2	3
14	Sentirse cansado o con pocas energías	0	1	2	3
15	Problemas de sueño	0	1	2	3

Las alternativas de respuesta en el cuestionario van del 0 al 2 y tiene las siguientes expresiones

0 1 2

Nada Un Poco Mucho

Firma

Anexo D

Consentimiento informado y *Google Form* utilizado con Cuestionario de datos generales, Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) y *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15)

Investigación de tesis para licenciatura en Psicología

Estimado(a) participante:

Reciba mi más cordial saludo, espero hallarlo(a) bien de salud y le agradezco su interés por participar en este estudio.

Soy Angelo Baglietto Vargas, egresado de la carrera de psicología de la Universidad de San Martín de Porres y actualmente me encuentro realizando mi tesis para grado de licenciado.

Este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la fusión cognitiva y síntomas somáticos en adultos jóvenes que residan en Lima Metropolitana.

La participación requerirá que responda a 1 ficha de datos y 2 cuestionarios, que en conjunto le tomará entre 5 y 10 minutos aproximadamente. Dicha participación es totalmente voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento que desee, sin perjuicio hacia usted.

Cabe señalar que toda información será mantenida en estricta reserva.

En caso de tener alguna duda sobre los aspectos éticos de la investigación o cualquier otra, por favor comunicarse al correo: angelo.baglietto.27@gmail.com

Enlace al cuestionario

<https://forms.gle/i87XorDjD5QanhM6>