



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

## **Propiedades psicométricas del cuestionario de aceptación y acción II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

### **AUTORAS:**

Cárdenas Reyes, Lucero Alexandra (ORCID: 0000-0002-8662-701X)

Preciado Sal y Rosas, Medalith Alexandra (ORCID: 0000-0003-1575-0480)

### **ASESORES:**

Mag. Rodas Vera, Nikolai Martin (ORCID: 0000-0001-6740-3099)

Mag. Concha Huarcaya, Manuel Alejandro (ORCID: 0000-0002-8564-7537)

### **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

LIMA – PERÚ

2020

### **Dedicatoria**

La presente investigación está dedicada a nuestros padres, nuestros hermanos y abuelos por el apoyo continuo, la paciencia en las madrugadas de estudio y la confianza que tuvieron hacia nosotras desde que iniciamos nuestra vida universitaria.

### **Agradecimiento**

Agradecer a Dios en primer lugar, a todos los profesores de carrera, a los psicólogos de escuela de líderes, a mis compañeros y a todas aquellas personas que aportaron en nuestro crecimiento profesional para ser unas excelentes Psicólogas que representarán al Perú en el mundo.

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de tablas .....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÒRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	13
3.2 Operacionalización de variables.....	13
3.3 Población, muestra, muestreo .....	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	14
3.5 Procedimiento .....	15
3.6 Métodos de análisis de datos.....	16
3.7 Aspectos éticos.....	18
IV. RESULTADOS .....	20
V. DISCUSIÓN .....	25
VI. CONCLUSIONES.....	28
VII. RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS .....	30
ANEXOS .....	37

## Índice de tablas

Tabla 1. Generaciones de las Terapias en la Psicología .....	9
Tabla 2. Matriz de operacionalización de variables .....	45
Tabla 3. Jueces expertos que participaron en la Adaptación Lingüística y Cultural, evidencias de validez de contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II .....	21
Tabla 4. Evidencias de validez basadas en el contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II por medio del coeficiente V de Aiken.....	21
Tabla 5. Analisis de confiabilidad – prueba piloto .....	22
Tabla 6. Analisis descriptivo de los items del AAQ-II .....	22
Tabla 7. Consistencia interna del AAQ-II .....	23
Tabla 8. Indice de ajuste de un modelo del AAQ-II .....	23
Tabla 9. Cargas factoriales, consistencia interna y correlación entre factores del AAQ II.....	24
Tabla 10. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio .....	24
Tabla 11. Correlación entre dimensión 1 de la variable EE y las dimensiones de EEH .....	25
Tabla 12. Baremos de EE .....	46
Tabla 13. Intervalos .....	46
Tabla 14. Resultados de la muestra .....	46

## Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo comprobar y demostrar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) aplicado a pacientes operados de Lima Metropolitana. Para ello se llevó a cabo una investigación cuantitativa, de tipo instrumental, de diseño no experimental y transversal, la población estuvo conformada por 231 participantes, de ambos sexos, con edades entre 18 a 90 años, con características de haber sido operados y ser de Lima Metropolitana, para la investigación se utilizó el AAQ-II (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015) y la Escala de Esperanza de Herth, (Castilla, Urrutia, Shimabukuro, & Caycho, 2014), se realizó la validez de contenido cultural con valores de V de Aiken entre .90 a .96, se extrajo casos atípicos univariados y multivariados (Porcel, Dapozo, & Lopez, 2010) de la muestra de 247 y se terminó con 231 como muestra final; en el análisis factorial confirmatorio, se obtuvo los índices de bondad de ajustes absolutos ( $X^2/df= 2.13$ , CFI= 0.988, TLI= 0.982, SRMR= 0.0209, RMSEA=0.0698, AIC=4228). Respecto a la fiabilidad se obtuvo un coeficiente  $\alpha$  y  $\omega = .940$  para ambos y un promedio de cargas factoriales de 0.8314. Se pudo corroborar que el AAQ II presenta una fiabilidad adecuada de 0.8314.

**Palabras clave:** aceptación y acción, evitación experiencial, confiabilidad, validez, pacientes operados.

## Abstract

The present work aimed to verify and demonstrate the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) applied to operated patients in Metropolitan Lima. For this, a quantitative, instrumental research, of a non-experimental and cross-sectional design, was carried out, the population consisted of 231 participants, of both sexes, aged between 18 to 90 years, with characteristics of having undergone surgery and being of Metropolitan Lima, for the investigation the AAQ-II (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015) and the Herth Scale of Hope (Castilla, Urrutia, Shimabukuro, & Caycho, 2014) were used, the validity of cultural content was performed with Aiken's V values between .90 to .96, univariate and multivariate atypical cases (Porcel, Dapozo, & Lopez, 2010) were extracted from the sample of 247 and ended with 231 as the final sample; In the confirmatory factor analysis, the absolute goodness of fit indices were obtained ( $X^2 / df = 2.13$ , CFI = 0.988, TLI = 0.982, SRMR = 0.0209, RMSEA = 0.0698, AIC = 4228). Regarding reliability, a coefficient  $\alpha$  and  $\omega = .940$  were obtained for both and an average factor load of 0.8314. It was possible to corroborate that the AAQ II presents an adequate reliability of 0.8314.

**Keywords:** acceptance and action, experiential avoidance, reliability, validity, operated patients.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define a la salud mental como un estado de felicidad donde las personas son conscientes de sus habilidades logrando emplearlas para enfrentar las tensiones que se presentan en la vida diaria, trabajando de manera productiva y contribuyendo a su comunidad, en las cifras de la OMS se evidencia la poca atención del mismo por los escasos recursos económicos, los países de ingresos bajos y medios cuentan solo con un psicólogo por cada millón a cuatro millones de pacientes.

En Perú los índices de pobreza y pobreza extrema siguen siendo preocupantes (Trivelli, 2016), el acompañamiento psicológico y la terapia psicológica es necesaria ya que una persona debe ser acompañada, en sus emociones, en su día a día , realizar un contacto reconfortante, para poder superar sus miedos, angustias y ansiedades (Raffo, 2007).

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi el 75% de personas que habían experimentado un problema emocional en los últimos 6 meses no habían recibido atención médica debido a que pensaban que podían superarlo solos (59,4%), por falta de recursos económicos (43,4%) y por la falta de confianza (36,9%) (Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", 2002, citado en Castro, Segura, Tordoya, Arévalo & Vega, 2013),

La población está en latente riesgo de tener, empeorar y/o incrementar los problemas salud mental; así mismo, otro Hospital Nacional de Perú realizó una investigación con respecto a nivel de satisfacción a pacientes operados, sin embargo, de los 41 ítems del cuestionario, solo 5 hacían referencia a la salud mental del paciente y las 36 restantes eran preguntas sobre su estado físico (Saenz, Chavez, Silva, Simón , & Tejada, 2018); en hospitales de provincias la mayoría de los estudios de satisfacción están referidos a la atención que tienen las enfermeras con los pacientes que han sido operados, basándose únicamente en su estado físico durante su estadía en el hospital y solo abarca su estado de bienestar hasta que les dan de alta (Alva & Tirado , 2016).

Frente a todo ello, la Doctora Arévalo mencionaba en una entrevista para una universidad peruana que, existen tres centros de atención psicológica para la población (El Instituto de Salud Mental Honorio Delgado “Hideyo Noguchi”, el Hospital Víctor Larco Herrera y el Hospital Hermilio Valdizán), sin embargo, no existen programas de prevención y acompañamientos para todos los hospitales de Perú (Arévalo, 2017), hay investigadores que tienen la visión de ver consecuencias físicas como parámetros radiológicos de pacientes operados de ATR en traumatología (Palacios, 2020), sin abarcar lo emocional que es trascendental para la recuperación de un paciente (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015).

La falta de salud mental genera dificultades para enfrentar las adversidades cotidianas, avanzar con su proyecto de vida y ser útil en la sociedad, que puede culminar en ansiedad, frustración, estrés, falta de control de impulsos, depresión entre otras alteraciones mentales (Durán, Guerrero & Cárdenas, 2015; Rondón, 2006), este último es el mayor problema de salud mental evidenciándose más de 224 mil casos de este trastorno (Ministerio de Salud, 2018). Una de las causas es el consumo del alcohol (una manera muy popular de evadir experiencias desagradables), las personas buscan sentirse mejor consigo mismos y suplir carencias que presentan a nivel social, afectivo o intelectual bebiendo para disipar sus temores (Albarracín & Muñoz, 2008).

El principal factor de los trastornos psicológicos es un funcionamiento acompañado de sufrimiento consciente y constante no productivo; eludir un malestar continuo se ha convertido en una característica del mundo actual, el rechazo reiterado de pensamientos, recuerdos y sensaciones negativas es una lucha incesante contra las experiencias privadas amenazantes para la persona y superarlo representa un costo muy alto (Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005).

A esta práctica se le denomina Evitación Experiencial (EE): es cuando un sujeto se muestra reacio a mantener un contacto con ciertas experiencias, y toma determinadas acciones para modificar la forma o frecuencia de los eventos o circunstancias (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Strosahl, 1996), lo que es un problema al ser un patrón rígido y exento de acciones controladas pero importantes para la persona (Luciano, Gutiérrez & Rodríguez, 2005), se conoce que la EE presenta alcances a varios desórdenes clínicos, ya que el consumo excesivo de sustancias

pueden desencadenar en suicidio por estresores psicológicos, por ello es considerada una de las mejores tácticas de afrontamiento para disminuir problemas, antes de tener que llegar a consumir fármacos (Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar , 1992).

Luego de la revisión de las investigaciones que se realizaron respecto al Cuestionario de Aceptación y Acción II en diferentes países, culturas y poblaciones, la presente investigación buscó determinar sus propiedades psicométricas adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana.

La investigación es trascendental, porque beneficiará a la comunidad científica y psicológica, ya que el instrumento objeto de estudio, es válido y fiable para su empleo en la medición de la EE en una población de pacientes operados, por otro lado, dado a que solo existe un antecedente a nivel nacional del AAQ II, este estudio, al ser el primero en emplearlo en el área clínica, podrá contribuir con los profesionales de la salud mental, por presentar adecuadas propiedades psicométricas para la medición de la evitación experiencial en personas operadas; por último, con los óptimos resultados del presente estudio, servirá como antecedente para otras investigaciones a nivel nacional e internacional.

De lo explicado lo que se busca investigar es ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana?

El objetivo general de la presente investigación es analizar las Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana; respecto a los objetivos específicos:

Conseguir las evidencias de validez de contenido del AAQ-II por medio de criterio de jueces.

Evaluar la confiabilidad por consistencia interna mediante el análisis factorial confirmatorio de la puntuación de los ítems del AAQ-II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana.

Verificar la validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio de la puntuación de los ítems del AAQ-II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana.

## II. MARCO TEÒRICO

Es trascendental mencionar que existen diversas investigaciones y adaptaciones del AAQII en diversos paìses; a nivel internacional, (Bond, y otros, 2011) describe el desarrollo y evaluación psicométrica de la versión modificada del Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II), que evalúa el constructo referido como de manera diversa la aceptación, la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Con los resultados para 2.816 participantes obtuvieron un coeficiente alfa medio es .84 (.78-.88), y la confiabilidad test-retest de 3 y 12 meses es .81 y .79, respectivamente. Los resultados indican que AAQ-II predicción concurrente, longitudinal e incrementalmente una gama de resultados, desde la salud mental hasta el trabajo. Tasas de ausencia, que son consistentes con su teoría subyacente. El AAQ-II también demuestra discriminante apropiada validez El AAQ-II parece medir el mismo concepto como el AAQ-I ( $r = .97$ ) pero con mejor psicometría consistencia.

La investigación de Ruiz, y otros (2016) tuvo como objetivo principal analizar las propiedades psicométricas y el factor, estructura de la versión española del AAQ-II en Colombia. El cuestionario fue administrado a un total de 1759 participantes, incluyendo una muestra de estudiantes universitarios, uno de población general y una muestra clínica. El resultado del alfa de Cronbach fue entre 0.88 y 0.91. El modelo de un factor encontrado en la escala original mostró un buen ajuste a los datos. La versión española de la AAQ-II muestra buenas propiedades psicométricas en Colombia; la versión original del AAQ II consta de 10 ítems con direccionalidad positiva y negativa, además de estar en el idioma inglés; a partir de ello, realizó la traducción del instrumento al español para que pudieran llevar a cabo la investigación (Ruiz & Luciano, 2009), posteriormente, se empleó ésta versión del cuestionario en el estudio ya que presentaba datos preliminares prometedores, el primer autor realizó el primer examen y consecutivamente el tercer autor llevó a cabo la última revisión y los ajustes respectivos, obteniendo con ello un instrumento de 7 ítems de direccionalidad positiva, eliminaron tres ítems de direccionalidad negativa ya que no presentaban alta significancia (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, & Beltrán, 2013); los investigadores colombianos emplearon esta versión para llevar a cabo su trabajo (Durán, Guerrero, &

Cárdenas, 2015), sin embargo, después de realizar una prueba piloto, consideraron emplear la versión española sin realizar modificación alguna, ya que los participantes no presentaron inconvenientes al desarrollar el test.

El estudio de Karekla & Michaelides (2016) tuvo una muestra total de 274 personas de habla griega. La validez concurrente fue examinada en el total de la muestra por medio de los coeficientes de correlación de Pearson. El AAQ-II se correlaciona positivamente con el BDI-II ( $r=.72$ ,  $p < .001$ ), el WBSI ( $r=.57$ ,  $p < .001$ ), los dos factores de la ASI (ASI somáticas:  $r=.36$  & ASI cognitivo:  $r=.51$ ,  $p < .001$ ), y el STAIS-T (Estado:  $r=.69$  & Trait:  $r=.79$ ,  $p < .001$ ) mostrando que el aumento de la evitación experiencial se relaciona con una mayor depresión, el control del pensamiento, el miedo de sensaciones somáticas, el miedo social-cognitivo preocupaciones, ansiedad estado y rasgo. Esto se correlacionó negativamente con el MAAS ( $r=.45$ ,  $p < .001$ ), mostrando que el aumento de la evitación experiencial es con el ser menos conscientes.

En el análisis de Shari, Zainal, Guan, Ahmad, & Yahaya (2019) trabajaron distribuyendo a 101 pacientes con cáncer y 100 pacientes sin cáncer. Obteniendo como resultados un alfa de Cronbach de 0.91, excelente confiabilidad paralela y adecuada concurrencia de validez. El resultado de la sensibilidad y especificidad de AAQ II indicó que los pacientes con cáncer que obtuvieron puntajes de más de 17.5 tenían una inflexibilidad psicológica. Concluyeron que la versión malaya del AAQ II es un instrumento confiable y válido para medir la inflexibilidad psicológica entre pacientes de cáncer en Malasia.

En el artículo científico de Chang, Chi, Lin, & Ye (2015) cuyo objetivo principal fue analizar las propiedades psicométricas del AAQ II en estudiantes chinos universitarios. Contaron con 183 participantes de 20 a 43 años. La confiabilidad obtenida fue de .88; el modelo unifactor indica un marginal ajuste del modelo,  $\chi^2(14) = 66.33$ , CFI = .92, TLI = .88, SRMR = .049, RMSEA (intervalo de confianza del 90% [CI]) = .143 (.110, .179), todos los elementos tenían grandes cargas factoriales ( $\lambda > .60$ ). La correlación total de los ítems de AAQ-II fue de .60 a .77. La curtosis varió entre

-1 y 1 que indica que los datos son univariado se distribuye normalmente. Todos los artículos AAQ-II cargados significativamente ( $p < .001$ ) sobre el factor, con completamente estandarizado cargas que van desde .55 a .81.

En la investigación de (Yavuz, y otros, 2016) contaron con un grupo de 207 pacientes con al menos un diagnóstico de trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial, depresión unipolar o trastorno bipolar y 267 controles sanos. Los resultados indicaron buena consistencia interna con el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,84. El análisis de confiabilidad de 60 días test-retest también mostró buen tiempo estabilidad (coeficiente de correlación de Pearson,  $r = 0,85$ ). Para la validez estructural; análisis de componentes principales se realizó y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin ( $r = 0.83$ ) mostró la idoneidad para el análisis factorial (Bartlett chisquare = 1151.20;  $p < 0,0001$ ). La solución de un factor (valor propio de 3,62) representó el 51,76% del total diferencia. También hubo grupos no clínicos y encontraron puntuaciones estadísticamente significativas más altas en el grupo clínico ( $M = 26.17$ ,  $SD = 8.81$ ) comparado con el no clínico [ $M = 19.05$ ,  $SD = 7.76$ ;  $t(443) = 9.05$ ,  $p < .0001$ ] grupo de estudio. Se puede proponer que la inflexibilidad psicológica, evaluada por la AAQ-II turca, es una medida unidimensional válida en una variedad de muestras clínicas y en muestra no clínica para medir el nivel de sufrimiento psicológico.

En el Perú, el trabajo de Martínez (2018) tuvo como objetivo saber las propiedades psicométricas del AAQ II, contó con dos muestras, de 160 y 800 participantes, todos estudiantes universitarios; con el estudio confirmaron la validez de contenido ya que superó el puntaje de  $v > .80$  y las cargas factoriales que presentó fueron ente .32 a .78.. En el segundo grupo concluyeron que el constructo es válido mediante el AFC (AAQ – II de 7 ítems) que cumple con el criterio de RMSEA y SRMR ( $\leq .08$ ), CFI ( $\geq .95$ ) y el AIC menor, además, reafirmaron la confiabilidad ya que obtuvieron un puntaje mayor de .70 en ambos grupos estudiados; por otro lado, encontraron diferencias significativas entre los grupos de edades (17 a 21 años entre 22 a 44 años), no se hallaron diferencias entre los sexos.

Frente a lo expuesto, es intrascendible conocer de dónde llega la Aceptación y la Acción y la Evitación Experiencial, por ello comenzaremos por teorías de la Psicología de manera general hasta llegar a las terapias específicas. En primer lugar debemos mencionar que a lo largo de los años la psicología ha sido testigo de un aproximado de 250 terapias psicológicas diferentes (Herink, 1980), de esta manera algunas se apreciarían con nombres propios intrínsecamente en terapias cognitivo-conductual o terapias conductuales (Moreno, 2012 & Pérez, 2006). Las denominadas Terapias de Conducta se caracterizaron por ser racional, directa y objetiva a la aproximación del comportamiento humano (Mañas, 2012), es así como surgirían generaciones de terapias conductuales.

Tabla 1. *Generaciones de las terapias en la Psicología*

Terapias de 1° generación	Terapias de 2° generación	Terapias de 3° generación
Terapias Conductistas Watson y Skinner 1950	Terapia Cognitivo-Conductual Ellis, Beck entre otros 1960-1970	Terapia de tercera generación Hayes 1990

En mediados del siglo XX, en 1950 se encuentra la Terapia de primera generación, ahí se considera a Watson y a Skinner (Hayes, 2004 & Pérez, 2006). Los mencionados psicólogos conductuales, eran quienes estaban en oposición al modelo freudiano o psicoanalítico (Mañas, 2012), posteriormente llegaría la llamada Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) o de Segunda Generación, que se hace emergente en los años 60 a 70 aproximadamente (Pérez, 2006).

Así mismo la TCC resalta que las mentalidades (tus expectativas, tus ideologías, entre otros) específicamente, que cada causa de emoción o de conducta, hará reflejo a un trastorno, dichas poseerán una característica o una particularidad que les diferenciará de otras. (Hayes, 2004), aquí enfatizaríamos a la terapia racional-emotiva (Ellis & MacLaren, 1998) y la terapia cognitiva de la depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) que se ajustarían con la terapia de conducta en curso (Pérez, 2006 & Mañas, 2012).

La tercera generación de la TCC surgirá en la década de los 90', pero sería recién en el 2004 que se ampliaría sus fundamentos (Hayes, 2004a). La TCC se caracteriza por una técnica muy manejada en la actualidad, conocida como mindfulness, esta técnica tiene como base la meditación, entonces la TCC se enfoca en el aquí y el ahora, siendo este un tipo de atención que conducirá a un estado de aceptación radical de la propia experiencia. (Ventura C. , 2015).

En la TCC es donde se refiere a la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), la Analítica Funcional (FAP), la de Conducta Dialéctica (DBT), la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), entre otras terapias (Hayes, Luoma, Bond , Masuda, & Lillis , 2006), pero en la TAC es la que se enfoca en cómo es la percepción de un paciente luego de una situación atípica en su vida, dicho cambio que sufre, deberá ser expresado a través del lenguaje, sin embargo en primeras estancias no es tan fácil de realizarlo.

Es por ello que se trabaja con el paciente intervenciones o ejercicios mentales tales como paradojas y metáforas, dichos ejercicios serán para mejorar la satisfacción general de la vida, superar problemas de conducta y liberarse de las trampas del lenguaje, es así como integran los conceptos de comportamiento y de análisis contextual basadas en dos décadas de investigación, esta es una de las terapias que se recomienda en Psicoterapia. (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999a)

Por lo mencionado, es resaltante indicar que algunas personas después de someterse a una intervención quirúrgica presentan alteraciones psicológicas, ya que se tienen que adaptar a una nueva situación, en un ambiente distinto donde deben interactuar de diferente forma a la que ellos están acostumbrados (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano, & de Andrés, 2007).

El stress generado por la incapacidad de afrontamiento del problema puede producir mayor sensibilidad ante los dolores, problemas gástricos, alucinaciones, entre otros, lo que complica la salud del paciente, a diferencia de los que aceptan su situación, que pueden por sí mismos manejarlo o resignarse ante la dificultad

(Blandino, 2004), si no se tiene conocimiento de la aceptación del paciente sobre su situación actual, este podría presentar reacciones psicológicas adversas posteriormente, incluso después de muchos meses del alta hospitalaria (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano, & de Andrés, 2007).

También se sabe que, si un individuo presente conductas de evasión, promueve el desarrollo de problemas psicológicos, por ello es necesario un instrumento para identificar los fenómenos y a partir de ello, poder diseñar y emplear métodos para que el ser humano tenga un mejor avance y calidad de vida (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015)

No obstante, existen otros comportamientos o actitudes del ser humano ante un suceso como lo es la esperanza, esta será definida como una constitución de la naturaleza humana, siendo una virtud, así como una actitud y sentimiento (Bolaños, 2003). Por ello se dice que la esperanza es algo necesario para la vida, porque está relacionada con una estrategia efectiva, con una perspectiva positiva, una dimensión fantástica y sobre todo de un poder interno de cada ser humano (Sartore & Grossi, 2007).

Ahora, en cuanto a las propiedades psicométricas; los psicólogos emplean los test como instrumentos de medida sofisticados, con los cuales se hacen deducciones y se toman decisiones en aspectos importantes sobre la vida de las personas; (Muñiz, 2010) por ello es importante determinar si un instrumento provee las garantías científicas para medir de forma objetiva y estandarizada, que implica, además de lo mencionado, desarrollar conjeturas, metodologías, técnicas que resguarden el proceso de la elaboración y administración de un test (Meneses, Barrios, Bonillo, Cosculluela, Lozano, Turbany y Valero, 2013 citado en Serpa, 2019).

Respecto a la confiabilidad, se refiere a la cualidad que presenta un instrumento de medición, debe arrojar los mismos resultados de la muestra o población, de forma precisa y certera, incluso si se han aplicado en diferentes tiempos (Carrasco, 2005).

Referente a lo que es validez, implica que un instrumento mide la variable de estudio de manera objetiva y exacta; que permite obtener datos que preconcebidamente necesitamos conocer (Carrasco, 2005).

La validez de contenido concierne a la evaluación que se le hace a un instrumento para determinar la coherencia, veracidad, secuencia y dominio de las variables e indicadores, respecto a lo que se mide (Ortiz, 2004), si el instrumento pregunta e indaga sobre todo lo que se necesita saber (Carrasco, 2005).

La validez de criterio es cuando se compara los resultados de un instrumento diseñado por el investigador, con los resultados de otro instrumento estandarizado que sea considerado optimo, la validez del criterio será considerado adecuado mientras más se relacionen estos resultados (Carrasco, 2005 y Ortiz, 2004).

La validez del constructo se suele determinar con el análisis factorial (Ortiz, 2004), el cual es una técnica para reducir datos y de esta forma obtener grupos homogéneos de variables de un conjunto numeroso de las mismas (Pere & Anguiano-Carrasco, 2010).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

Esta investigación es instrumental, dado que se analizará las propiedades psicométricas y adaptación de un instrumento psicológico (Ato, López & Benavente, 2013); de diseño no experimental debido a que las variables presentadas no se manipularán (Sousa, Driessnack, & Costa, 2007); así mismo, es transversal ya que propone determinar el número de casos que existen en una determinada población en un momento temporal específico (Ato, López, & Benavente, 2013).

#### **3.2 Operacionalización de variables**

La definición conceptual de la EE refiere, que se da cuando una persona no desea estar en contacto con sus experiencias privadas particulares, sensaciones corporales, recuerdos, pensamientos, emociones, entre otros, por lo que intenta alterar la frecuencia de los eventos o las circunstancias en las que se dan (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Strosahl, 1996).

Por otro lado la definición operacional menciona que la evitación experiencial será medida con el Cuestionario de Aceptación y Acción II versión Colombiana adaptada (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015) del Acceptance and Action Questionnaire–II de (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Strosahl, 1996).

El cuestionario es unidimensional y está compuesto por 7 ítems, con opción de respuesta múltiple, siendo 1: Nunca es verdad, 2: Raramente es verdad, 3: A veces es verdad, 4: Casi siempre es verdad, 5: Siempre es verdad. El resultado total del test se da al sumar las puntuaciones de cada ítem. Así mismo, los ítems son de nivel de medición ordinal (Tabla en el *anexo 3*).

### **3.3 Población, muestra, muestreo**

La población estuvo compuesta por pacientes que han pasado por una operación quirúrgica, ya sean cirugías de cuello tórax, abdomen y/o pelvis por quistes, tumores, afecciones, cesárea, biopsias, trasplantes, entre otros (Csendes & González, 2005). Se trabajó con una muestra de 247 participantes para que los resultados sean útiles, estables y no engañosos (Pérez & Medrano, 2010) compuesta por varones y mujeres de 18 a 90 años, residentes de Lima Metropolitana, Sin embargo, tras la eliminación de casos atípicos univariados y multivariados, la muestra final fue de 231 encuestados, quienes fueron seleccionados de manera no probabilística y se escogieron a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión contuvo el haber pasado por una intervención quirúrgica, vivir en Lima Metropolitana y llenar el cuestionario digitalizado de manera correcta y apropiada; así mismo, los criterios de exclusión aludió a aquellos que hayan contestado la segunda pregunta de cuestionario digital con la respuesta “no” y aquellos que no vivan en Lima (Cánovas , y otros, 2014).

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

Para la presente investigación se empleó el cuestionario para la recolección de datos el cual permitió obtener información de una población específica de manera rápida y económica, de forma sistemática y ordenada, además de ser muy útil ya que puede ser enviada a través de correo u otras redes sociales para recopilar datos de difícil acceso, como es el caso dada a la coyuntura por el COVID19 (García, 2003).

Los cuestionarios que se emplearon en el presente estudio fueron la versión colombiana adaptada (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015) del Acceptance and Action Questionnaire–II de Hayes (1996) creado para la medición de la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, compuesta por 7 ítems de direccionalidad positiva, la escala de respuesta fue de Likert desde Nunca es verdad con puntuación de 1, raramente es verdad, a veces es verdad, casi siempre es verdad, hasta siempre es verdad con puntuación de 5. Los índices de consistencia interna que se obtuvieron

fueron de 0.887, en cuanto a la validez de contenido se sometió el cuestionario AAQ-II (validación de jueces expertos). (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015)

El Cuestionario de Esperanza de Herth (Castilla, Urrutia, Shimabukuro, & Caycho, 2014), se realizó un estudio psicométrico de la escala de Esperanza de Hert para una universidad peruana, dicha investigación contó con 10 ítems, con escala de respuesta tipo likert de 5 alternativas. Según el análisis, presenta elevada consistencia interna (.851), así mismo, la validez del constructo se midió mediante el análisis factorial (Castilla, Urrutia, Shimabukuro, & Caycho, 2014).

### **3.5 Procedimiento**

En primer lugar, debemos mencionar las directrices para la adaptación de un test, donde menciona 24 directrices que subyacen en 6 apartados, siendo los más relevantes la categoría previa que abarcan el marco legal, el diseño y la categoría de desarrollo que tiene los aspectos de la adaptación cultural, la lingüística y la prueba piloto. Estas directrices serán de suma importancia porque son los aspectos técnicos relacionados a las propiedades psicométricas (Muñiz, Elosua, & Hambleton, Guidelines for Test Translation and Adaptation: Second Edition, 2013). En base a ello se solicitará los permisos pertinentes y necesarios a los autores que adaptaron el test para la población colombiana en español (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015), ya que la versión original está en inglés, y fueron aprobados por los investigadores; posteriormente, se realizará la validez basada en el contenido por medio de la adaptación cultural, es decir, se contará con jueces expertos en el área clínica y que hayan trabajado con pacientes operados, ellos analizarán los ítems para observar que tan representativos y relevantes son, y a partir de ello, el instrumento pueda tener una argumentación teórica (Ventura, 2019). Debido a la coyuntura de la pandemia por el COVID19 (OMS, Coronavirus disease 2019 (COVID-19), 2020), se realizó la digitalización de ambos cuestionario a la plataforma de Formularios de Google (Alarco & Álvarez, 2012), en ellos se presentará una breve introducción del proyecto de investigación, así mismo la primera pregunta es el consentimiento informado de la investigación. Finalmente, para poder realizar la validez divergente de nuestra

investigación se solicitará los permisos de los autores del Cuestionario de Esperanza de Herth (Sartore & Grossi, 2007) adjuntados en el Anexo 4.

Para la aplicación de los test, se envió de manera virtual por medios de comunicación (Correo electrónico, Facebook, Instagram, Messenger, WhatsApp, entre otros) (Santiago, 2013), en dicho cuestionario digitalizado se encontró el consentimiento informado así como la pregunta de exclusión (¿Usted ha sido operado?) si la persona contesta que no, el cuestionario finalizará, sin embargo si la respuesta es afirmativa, el cuestionario continuará y podrá responder ambos test (Cánovas , y otros, 2014).

### **3.6 Métodos de análisis de datos**

Se llevó a cabo la validez de contenido, es decir, se requirió de un investigador experto en la materia, para informar, evidenciar, valorar y juzgar el instrumento, considerando la relevancia, representatividad y claridad del instrumento (Escobar & Cuervo, 2008), luego, las respuestas se cuantificaron con el coeficiente V de Aiken, los valores V cercanos a 1 significa que los jueces están de acuerdo (Ventura, 2019), el punto de corte mínimo requerido es de .70 (Napitupulu, Syafrullah, Rahim, Amar, y Sucahyo, 2018, citado en Ventura, 2019).

Se descargó las respuestas del cuestionario digitalizado (Alarco & Álvarez, 2012), dichos datos fueron analizados con el programa IBM SPSS Statistics 25. En primera, se hizo la detección de puntuaciones extremas univariadas, en ellas se calcularon las puntuaciones típicas de la variable, así mismo, se consideraron casos atípicos a aquellos que presentaron puntajes Z fuera del rango  $\pm 3$  y los cuales fueron tipificados, y posteriormente retirados de la muestra (Tabachnick & Fidell, 2019). Por otra parte, también se realizó el análisis de la distancia de Mahalanobis ( $D^2$ ) y se detectó las combinaciones atípicas de las variables (casos atípicos multivariados). Esto permitió detectar los alejamientos significativos con respecto a las combinaciones típicas de un conjunto de variables.

Como segundo paso, se realizó el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas como la edad, sexo, nivel de instrucción y estado civil, se realizó la

extracción respectiva de los casos atípicos que fueron casos extremos que no coinciden con el comportamiento de la muestra (Aldás & Uriel, 2005), este método consistió en indagar con mayor precisión las variables observadas, que explican las respuestas a los ítems del instrumento a utilizar (Pérez & Medrano, 2010). Seguidamente se produjo con los análisis descriptivos de los ítems obteniendo la media, la desviación estándar, asimetría y curtosis, correlación ítem test corregida, para observar si los ítems se relacionan de manera adecuada con los demás ( $r \geq .2$ ). (Hernández, Fernández, & Babtista, 2014).

Se continuará empleando el JAMOV para obtener los resultados de la validez por estructura interna, que sirve para ver si todos los ítems tienen la misma importancia y contribuyen a la medición de la variable estudiada (Lozano, y otros, 2013); así mismo, se realizará la estimación de máxima verosimilitud (EMV), (Aubone & Wöhler, 2000). Por otro lado, para la evaluación del modelo (índices de bondad) se emplearán múltiples indicadores de ajuste, debido a que un solo indicador no aporta la información necesaria (Medrano & Muñoz, 2017); en este caso se utilizará el chi cuadrado por grados de libertad ( $X^2/GL$ ) que deberán tener un valor ( $< 3$ ) para un ajuste aceptable que permita aprobar el tamaño de la muestra (Kline, 2005, citado en Medrano & Muñoz, 2017); el índice de ajuste comparado (CFI) y el índice de ajuste no normado (TLI) que deberán tener un valor  $>.90$  para ser aceptables; la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) con un valor  $>.06$  (Hu & Bentler, 1999) y la raíz residual estandarizada cuadrática media (SRMR) con un valor  $\leq .05$  (Rosario & Rovira, 2016).

Finalmente se obtendrán los resultados de confiabilidad, que se refiere a la estabilidad de una medida y a la exactitud con la que un instrumento mide lo que pretende (Quero, 2010), este puede verse afectado por múltiples factores, que pueden o no, tener relación con el instrumento, por ello, para saber si el cuestionario presenta consistencia, precisión y estabilidad, el sujeto debe obtener puntajes iguales o similares en cada oportunidad que se le aplica el instrumento, los índices de confiabilidad, es una manera adecuada de establecer el grado de aproximación entre las puntuaciones verdaderas y las observadas en los usuarios (Martínez, Hernández, & Hernández, 2014); por lo tanto, serán obtenidos a partir de los resultados de índices

de bondad, los ítems deberán presentar una carga factorial  $>.50$  y una consistencia interna mediante el omega compuesto  $>.70$  (Costello & Osborne, 2005).

### **3.7 Aspectos éticos**

Como se mencionó anteriormente, se procedió a realizar los permisos necesarios a los autores de los cuestionarios empleados mismos que fueron satisfactoriamente aprobados.

Se elaboró un consentimiento informado en el cuestionario digitalizado, ellos respondieron de manera afirmativa para poder ser parte del presente estudio, los datos personales fueron conservados; el participante involucrado puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

De la publicación de la investigación deberá realizarse concluido el estudio y los autores dieron su consentimiento por escrito para el mismo.

En la investigación se ha citado/parafraseado a cada uno de los autores con el fin de evitar el plagio y se mantenga la originalidad de la tesis, para cerciorarse de ello, se empleó el programa de trabajos de investigación - Turnitin.

#### IV. RESULTADOS

##### Evidencias de validez basadas en el contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II

Tabla 3.

*Jueces expertos que participaron en la Adaptación Lingüística y Cultural, evidencias de validez de contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II*

Nombre del validador	DNI	N° de colegiatura	Especialidad
José Marcos Aparicio Bustinza	07202048	1946	Psicólogo Clínico
Ana María López Rocha	07577588	8093	Psicóloga Clínica
Patricia Avelina Salazar Ramírez	09275583	4025	Psicóloga Clínica
Fiorella Stefany Villón Arellano	70276144	22166	Psicóloga Clínica
Desiré Avelina Salazar Ramírez	09275582	4037	Psicóloga Clínica

En la tabla 4 se muestra los resultados de los puntajes de los jueces, en el cual se observa que en sus 7 ítems son pertinentes, relevantes y claros con respecto al constructo, siendo sus resultados de V de Aiken mayores a .90 lo que indica que los jueces están de acuerdo con el constructo (Ventura C. , 2015).

Tabla 4.

*Evidencias de validez basadas en el contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II por medio del coeficiente V de Aiken.*

Ítem	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			Aciertos	V. de Aiken	Aceptable	
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C				
1	1	1	.70	1	1	1	1	.70	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.96	Sí
2	.70	.70	1	1	1	1	.70	.70	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.92	Sí
3	1	1	1	1	1	1	.70	.70	.70	1	1	1	1	1	1	1	15	0.94	Sí
4	1	1	1	1	1	1	.70	.70	1	1	1	1	1	1	1	1	15	0.96	Sí
5	1	1	1	1	1	1	.70	1	.70	1	1	1	1	1	1	1	15	0.96	Sí
6	.70	.70	1	1	1	1	.70	.70	.70	1	1	1	1	1	1	1	15	0.90	Sí
7	1	1	1	1	1	1	.70	1	1	1	1	.70	1	1	1	1	15	0.96	Sí

##### Confiabilidad de la prueba Piloto

En la tabla 5, los resultados obtenidos con 23 participantes, muestra que su nivel de fiabilidad es de .837 lo que significa que tiene un valor aceptable y confiable (Lozano, y otros, 2013).

Tabla 5.  
Análisis de confiabilidad- prueba piloto

VARIABLE	Total (N=23)	
	COEFICIENTE DE FIABILIDAD	Nº DE ELEMENTOS
Evitación Experiencial	0.837	7

Nota.: N: tamaño de la muestra, los datos obtenidos son el resultado de la prueba piloto en el programa IBM SPSS Statistics 25

### Limpieza de datos

Se realizó la limpieza de los datos para la detección de casos atípicos univariados y multivariados. En primer lugar se analizó los puntajes Z los cuales estuvieron entre el rango de +3/-3, por tanto no se obtuvo ningún caso atípico univariado, seguidamente se analizó la distancia de Mahalanobis (<.001) donde se detectó 16 casos atípicos multivariados, que correspondían a los sujetos: 81, 104, 199, 202, 205, 213, 215, 216, 218, 221, 223, 227, 229, 230, 234,244, los cuales fueron eliminados (Tabachnick & Fidell, 2019), por lo cual la muestra se redujo de 247 a solo 231 participantes.

### Análisis descriptivo de la muestra

En la tabla 6, se obtuvo la validez de constructo, con una normalidad univariada mediante asimetría y curtosis ya que cuentan con valores entre el rango +1.5/-1.5 y con una buena correlación ítem-test (ritc) ya que sus valores son entre .74 y .84 , siendo >.20, por tanto el resultado indica buena correlación ítem-test (Hernández, Fernández, & Babtista, 2014), así mismo, se muestran los valores mínimo y máximo de cada ítem, la desviación estándar y la media de las mismas.

Tabla 6.  
Análisis descriptivo de los ítems del AAQ-II

Ítems	Min.	Max.	M	DE	g <sup>1</sup>	g <sup>2</sup>	ritc
1	1	5	2.92	1.359	0.111	-1.172	0.844
2	1	5	2.82	1.354	0.146	-1.112	0.825
3	1	5	2.88	1.233	-0.042	-1.065	0.748
4	1	5	2.74	1.333	0.108	-1.197	0.832
5	1	5	2.80	1.263	0.054	-1.046	0.811
6	1	5	2.83	1.358	0.194	-1.166	0.742
7	1	5	2.88	1.296	0.179	-1.045	0.814

Nota.: Min. : Mínimo, Max.: Máximo, M: Media, DE: Desviación estándar, g<sup>1</sup>: coeficiente de asimetría de Fisher; g<sup>2</sup>: coeficiente de curtosis de Fisher, ritc: Correlación ítem-test corregida,

## Análisis por consistencia interna

En la tabla 7 se puede observar los resultados por consistencia interna obtenidos de  $\alpha$  y  $\omega$ , en donde se obtuvieron promedios adecuados de .94, lo que indica que el instrumento es fiable (Costello & Osborne, 2005).

Tabla 7.  
*Consistencia interna del AAQ-II*

Dimensiones	Ítems	Alfa	Omega
EE	A1	0.927	0.927
	A2	0.928	0.929
	A3	0.935	0.936
	A4	0.928	0.928
	A5	0.93	0.93
	A6	0.936	0.936
	A7	0.929	0.93
<i>Promedio de consistencia interna</i>		<b>0.940</b>	<b>0.940</b>

Nota: EE: Evitación Experiencial

## Validez por consistencia interna

A continuación en la tabla 8, podemos observar las evidencias de validez basadas en la estructura interna del constructo AAQ-II (Lozano, y otros, 2013), con respecto a los índices de ajustes absolutos, el  $\chi^2$  (Chi cuadrado) se obtuvo un resultado de 29.8 y gl (grado de libertad) con un valor de 14, por tanto el resultado de  $\chi^2/\text{gl}$  es igual a 2.13, siendo  $<3$ , este resultado es aceptable ya que permite aceptar el tamaño de la muestra (Kline, 2005, citado en Medrano & Muñoz, 2017), así mismo el TLI y CFI obtuvo valores de .982 y .988 respectivamente, lo que significa que los índices de ajuste incremental son adecuados (Hu & Bentler, 1999), con respecto a los resultados de SRMR es de .0209, por tanto se considera aceptable, RMSEA es .0698 lo cual se considera adecuado (Rosario & Rovira, 2016).

Tabla 8.  
*Índice de ajuste de un modelo de la Escala AAQ-II*

Modelos	$\chi^2/\text{gl}$	TLI	CFI	SRMR	RMSEA	AIC
Modelo 1	2.13	0.982	0.988	0.0209	0.0698	4228

**Nota.**  $\chi^2/\text{gl}$ = Chi cuadrado sobre grado de libertad, TLI= Índice de Ajuste no normado, CFI= Índice de Ajuste Comparativo, SRMR= Raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación. AIC= Criterio de información de Akaike.

Como se puede observar en la tabla 9, se obtuvieron los índices de cargas factoriales con valores entre .77 a .876 en los 7 ítems de estudio, lo que se considera aceptable (Costello & Osborne, 2005); En cuanto a consistencia interna se aprecia un índice de .94, lo que indica ser altamente admisible para la investigación.

Tabla 9.

*Cargas factoriales, consistencia interna y correlación entre factores de la escala AAQ-II*

Item	EE
1.- Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que quería.	0.876
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	0.858
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	0.781
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	0.86
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	0.834
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	0.77
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	0.841
	<i>Promedio de cargas factoriales</i> 0.8314
	<i>Consistencia interna (<math>\omega</math>)</i> 0.94

Nota:  $\omega$  = Omega compuesto. EE: Evitación Experiencial

### Prueba de normalidad y correlaciones

En la tabla 10, se observa los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov, ya que la muestra es  $>50$  ( $n=231$ ), aplicada a la dimensión de evitación experiencial del Cuestionario de Aceptación y Acción II y las dimensiones cognitivo temporal, afectivo conductual, afiliativo contextual de la Escala de Esperanza de Herth, se obtuvieron un nivel de  $p$  valor de .000, indica que las dimensiones de ambas pruebas no siguen una distribución normal.

Tabla 10.

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio (N=231)*

	Estadístico	gl	$p$
<i>Variable 1: EE</i>	0.099	231	,000
<i>Variable 2: EH</i>			
Dimensión 1: C-T	0.174	231	,000
Dimensión 2: A-C	0.142	231	,000
Dimensión 3: Af-C	0.192	231	,000

Nota. N=tamaño de la muestra, gl=grados de libertad,  $p$ =significancia estadística, EE: Evitación Experiencial, EH: Esperanza de Herth, C-T: Cognitivo Temporal, A-C: Afectivo Conductual, Af-C: Afiliativo Contextual.

En la tabla 11; se empleó la estadística no paramétrica: el Rho-Spearman, donde nos muestra la relación entre la variable del Cuestionario de Aceptación y Acción y las variables de la Escala de Esperanza de Herth, que presentan una correlación alta, considerando que tienen como resultado para la dimensión cognitivo temporal  $r_3 = -,619$ , en la dimensión de afectivo conductual  $r_3 = -,631$  y la dimensión afiliativo contextual  $r_3 = -,600$ , todos con un valor p de 0.000; ello indica que existe una correlación entre las dimensiones de ambos instrumentos, es indirecta y significativa, es decir, a mayor índice de evitación experiencial, menor serán los índices de esperanza (Ventrura-Léon, 2017).

*Tabla 11.*  
*Correlación entre dimensión 1 de la variable EE y las dimensiones de EEH*

		Dimensión 2 de		
		Dimensión 1 de la	la variable	Dimensión 3 de la
		variable EEH1	EEH2	variable EEH3
Dimensión 1 de la variable	$r_s$	-,619**	-,631**	-,600**
EE	$r^2$	.3831	.3981	.36

Nota: \*\* La correlación es significativa en el nivel .01 (2 colas),  $r_s$ = Test de Rango de Spearman de Correlación de Orden,  $r^2$ =coeficiente de determinación.

## V. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II adaptada en pacientes operados de Lima Metropolitana, de los cuales se obtuvieron resultados óptimos y esperados; se empleó este cuestionario para el estudio con el fin de poder determinar si cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, es decir, una apropiada validez y fiabilidad, para medir la misma variable en una población de pacientes operados de la ciudad de Lima metropolitana.

En la presente investigación, se empleó y adaptó la versión Colombiana, se optó por reducir la escala de respuestas de siete a cinco, ya que según los jueces expertos con los que se llevó a cabo la evidencia de validez de contenido, sería más práctico de desarrollar para las personas operadas dado a su estado. Como se podrá apreciar, en la presente investigación se llevó a cabo la validez de contenido con jueces expertos para poder aplicar y desarrollar adecuadamente el estudio, con ello se obtuvieron resultados adecuados, ya que los jueces determinaron que los 7 ítems del cuestionario son pertinentes, relevantes y claros con respecto al constructo, se obtuvo puntajes de V de Aiken mayores a .90 con lo que se concluye que los jueces están de acuerdo con la variable (Ventura C. , 2015). Sin embargo la investigación de (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015) realizaron una prueba piloto y no una evaluación por jueces expertos, para determinar si el cuestionario era comprensible semántica y lingüísticamente.

Con respecto al segundo objetivo planteado con el cual se buscó evaluar la confiabilidad por consistencia interna mediante el análisis factorial confirmatorio de la puntuación de los ítems de la versión Colombiana del AAQ-II adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana, se obtuvo un puntaje de .94 que es considerado aceptable (Costello & Osborne, 2005), estos resultados demuestran que esta versión del instrumento empleado es aplicable a la población de pacientes operados, de la misma manera que en la investigación Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) Malay version in cancer patients obtuvieron un puntaje de confiabilidad de .91 en una muestra clínica con diferencias significativas con la

muestra no clínica (Shari, Zainal, Guan, Ahmad, & Yahaya, 2019); en la investigación titulada *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II in Colombia* se obtuvo un puntaje de .88 al trabajar con tres tipos de muestras: clínica, no clínica y de universitarios (Ruiz, y otros, 2016) y en el informe *Turkish version Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A Reliability and Validity Analysis in Clinical and Non-Clinical Samples* obteniendo un puntaje de alpha de Cronbach de .84 al trabajar con una muestra clínica (personas con trastornos mentales) y no clínica (Yavuz, y otros, 2016); a partir de estos resultados, se puede demostrar que, a pesar de haber presentado adecuados puntajes en las anteriores investigaciones, en el contexto peruano se evidencia una mayor fiabilidad y homogeneidad del AAQ II.

En relación al tercer y último objetivo se tuvo como propósito verificar la validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio de la puntuación de los ítems del AAQ-II de la versión Colombiana adaptado en pacientes operados de Lima Metropolitana, lo que va a determinar si todos los ítems tienen la misma relevancia y puedan permitir la medición de la variable bajo estudio (EE) (Lozano, y otros, 2013). Los resultados obtenidos en el presente estudio ( $X^2/gf = 2.13$ ; TLI= .982; CFI= .988; SRMR= .0209; RMSEA= .0698; AIC= 4228) tiene un buen ajuste a la población estudiada, en similitud a la investigación *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II for Taiwanese college students and elite athletes*, siendo sus resultados ( $X^2 = 66.33$ , CFI= .92; TLI= .88; SRMR: .049; RMSEA: .143) (Chang, Chi, Lin, & Ye, 2015), por tanto se demuestra que aun cuando las poblaciones son diferentes, el cuestionario AAQ-II sigue evidenciando adecuados puntajes de validez interna por medio del AFC (Hu & Bentler, 1999 y Rosario & Rovira, 2016), de la misma forma en la investigación peruana con estudiantes universitarios, se obtuvo puntajes que cumplen con el criterio de RMSEA, SRMR, CFI y AIC con lo que determinaron que el constructo en dicha muestra es válido (Martinez, 2018).

Con la presente investigación también se logró determinar con la aplicación del AAQ II y con el EEH que mientras sean mayores los índices de evitación experiencial, menores serán los índices en las dimensiones de la escala de esperanza de Herth: cognitivo temporal, afectivo conductual y afiliativo contextual; siendo de la misma forma

como sucedió en el estudio de nombre Validation and Invariance testing of the greek adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire-II across clinical vs non-clinical samples and sexes, quienes determinaron que mientras mayores sean los índices de EE, mayores serán los índices de depresión, ansiedad y menores serán los índices de concientización de un problema (Karekla & Michaelides, 2016), esto se debe a la validez divergente que se crea por ambas escalas de direccionalidad indirecta y significativa (Ventrura-Léon, 2017).

Es necesario mencionar que para la presente investigación, existieron dificultades, dado que por la condición de pandemia de carácter mundial (OMS, 2020) se buscó otras alternativas como las plataformas digitales (Alarco & Álvarez, 2012) para recoger la información de la muestra estudiada de manera segura frente al virus latente, considerando la condición de vulnerabilidad de la población encuestada (pacientes operados), sin embargo, se logró con los objetivos propuestos inicialmente con una muestra reducida , considerada aceptable para el estudio (Pérez & Medrano, 2010).

## VI. CONCLUSIONES

Dado los resultados a partir de la investigación se concluye que:

1. Se logró analizar las Propiedades Psicométricas del cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) adaptada en pacientes operados de Lima Metropolitana.
2. Se consiguió las evidencias de validez de contenido del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) por medio de criterio de jueces, dado que, estos determinaron que los 7 ítems del cuestionario son claros, pertinentes y relevantes respecto a la variable, con puntajes de V de Aiken mayor a .90.
3. El cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) alcanzó puntajes apropiados respecto a los índices de confiabilidad por consistencia interna mediante el análisis factorial confirmatorio de la puntuación de los ítems, ya que, se obtuvo un puntaje de .94 mediante el coeficiente de  $\alpha$  y  $\omega$ , por lo tanto la variable desempeña la función requerida de medir la Evitación Experiencial en un determinado periodo de tiempo.
4. El Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) adaptada a pacientes operados de Lima Metropolitana reveló índices apropiados con los 7 ítems ( $\chi^2/gl = 2.13$ ; TLI= .982; CFI= .988; SRMR= .0209; RMSEA= .0698; AIC= 4228), lo que indica que el modelo teórico estudiado se ajusta a la muestra de estudio, por lo cual no fue necesario realizar alguna re especificación, evidenciando resultados adecuados en relación a trabajos realizados en diferentes países con el mismo cuestionario.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda el uso del cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) para futuros estudios en el área clínica o instituciones donde puedan trabajar con sujetos de una muestra parecida.
2. Se sugiere a analizar las propiedades psicométricas de validez según el sexo y la edad de la población estudiada para evidenciar mejores resultados, así mismo el análisis convergente para determinar la relación con el constructo.
3. Se recomienda realizar estudios con diferentes poblaciones con problemas médicos (cáncer) y psicológicos (depresión) en diferentes partes del Perú, para ampliar la identificación de personas que presenten Evitación Experiencial en su vida y así obtener una muestra de la población peruana en general.
4. Se sugiere ejecutar estudios correlacionales con otras variables (depresión, desesperanza, ansiedad, entre otros) para comprobar si el constructo (evitación experiencial) mantiene su consistencia.

## REFERENCIAS

- Alarco, J., & Álvarez, E. (2012). Google Docs: una alternativa de encuestas online. *Educ Med*, 15(1), 9-10.
- Albarracín, M., & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit*, 14(14), 49-61.
- Aldás, J., & Uriel, E. (2005). *Análisis Multivariante Aplicado: Aplicaciones al marketing, investigación de mercados, economía, dirección de empresas y turismo*. España: Thomson-Paraninfo.
- Alva, C., & Tirado, C. (2016). Satisfacción del paciente postoperado inmediato sobre el cuidado de enfermería del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo 2016. *Universidad Privada Antenor Orrego*. Obtenido de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2001>
- Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with. *Journal of Psychopharmacology*, 1-6.
- Arévalo, V. (06 de 11 de 2017). Hablemos de Salud Mental en el Perú. (F. d. PUCP, Entrevistador) Lima.
- Argumedo, D., Nóbrega, M., Bárrig, P., & Otiniano, F. (2016). *Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones instrumentales Versión 1.0*. Lima: PUCP.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (Octubre de 2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, XXIX(3), 1038-1059.
- Aubone, A., & Wöhler, O. (2000). Application of the maximum likelihood method to parameter estimation and comparison of von Bertalanffy growth curves. *INIDEP informe técnico*, 37, 1-21.
- Baca, D. (2016). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo. *REVISTA IIPSI*, 16(1-2016), 177-190.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Blandino, P. (2004). *The factors that influence pre and post-operative stress and emotions*. Santo Domingo: University of the Third Age.
- Bolaños, S. (2003). Genética de la Esperanza. *Actualidades en Psicología*, 19(106), 146-155.

- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., . . . Zettle, R. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 676-688.
- Byrne, B. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Mahwah: NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cánovas, J., Kessler, M., López, F., Montero, T., Ruiz, M., & Sanmartín, P. (2014). Experiencias Docentes en Estadística. *Universidad Politécnica de Cartagena, Servicio de Documentación*, 69-79.
- Carrasco, S. (2005). *Metodología de la Investigación Científica*. Lima: San Marcos.
- Castilla, H., Urrutia, C., Shimabukuro, M., & Caycho, T. (2014). Análisis psicométrico del índice de esperanza de herth en una muestra no clínica peruana. *psicología desde el caribe*, 31(2), 189-206.
- Castro, P., Segura, R., Tordoya, G., Arévalo, M., & Vega, J. (2013). Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del "Hospital Nacional Cayetano Heredia". *Acta Médica Peruana*, 30(2), 63-69.
- Chang, W., Chi, L., Lin, S.-H., & Ye, Y.-C. (2015). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II for Taiwanese College Students and Elite Athletes. *Springer Science+Business Media New York*, 1-10.
- Cooper, M., Russell, M., Skinner, J., Frone, M., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 139-152.
- Costello, A., & Osborne, J. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, X(7).
- Csendes, A., & González, G. (April de 2005). High complexity surgeries, definition, experience. *Chilean Journal of Surgery*, 57(2), 178-183.
- Durán, Y., Guerrero, K., & Cárdenas, S. (2015). *Validación del Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II) en una muestra universitaria de Bogotá, Colombia*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide*. California: Impact Publishers.
- Escobar, J., & Cuervo, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 27-36.

- García, J., & Pérez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 379-393.
- García, T. (2003). Etapas del proceso del investigador: Instrumentación. *Universidad Santana*, 1-29.
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J., & de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000600006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006)
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*, 1-29.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999a). Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change. *Guilford Press*.
- Herink, R. (1980). The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies use today. *New American Library*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Babiata, P. (2014). Investigation methodology. *McGRAW-HILL / IINTER-AMERICAN EDITORS, sixth edition*, 290-294.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10705519909540118?needAccess=true>

- Karekla, M., & Michaelides, M. (2016). Validation and invariance testing of the Greek adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire -II across clinical vs. nonclinical samples and sexes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1-6.
- Lozano, L., Turbany, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Meneses, J., & Valero, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona: Magisterio UOC.
- Luciano, C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Luciano, C., & Hayes, S. (2001). Experiential Avoidance Disorder. *International Journal of Psychology and Health*(1), 109-157.
- Mañas, I. (2012). Nuevas Terapias Psicológicas: La Tercera Ola De Terapias De Conducta O Terapias De Tercera Generación. *Gaceta de Psicología*(40), 26-34.
- Martínez, R. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Martínez, R., Hernández, J., & Hernández, V. (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Medrano, L., & Muñoz, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), xx-xx. doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.11.486>
- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de Política de Sectorial en Salud Mental. Perú 2018*. Lima: BNP. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18.
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los test: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 57-66.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. (2013). Guidelines for Test Translation and Adaptation: Second Edition. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- OMS. (December de 2013). *World Health Organization*. Obtenido de [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- OMS. (April de 2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *World Health Organization*, 1-13.

- Ortiz, F. (2004). *Diccionario de Metodología de la Investigación Científica*. México: Limusa.
- Palacios, J. (2020). Frecuencia de la obtención ideal del alineamiento protésico mediante parámetros radiológicos en pacientes post-operados de artroplastia total de rodilla en el Hospital Cayetano Heredia. Periodo 2014- 2018, Lima-Perú. *Universidad Cayetano Heredia*. Obtenido de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/7758>
- Paredes, E., León, M., Zuñe, C., Falcón, C., Portal, R., Cáceres, R., . . . Valencia, P. (Enero-Abril de 2017). Evitación experiencial, afrontamiento y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana. *Interacciones*, 3(1), 45-58.
- Pere, F., & Anguiano-Carrasco, C. (enero-abril de 2010). El Análisis Factorial como técnica de Investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Pérez, E., & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/39220\_7000810968\_09-24-2019\_143928\_pm\_AnalisisFactorialExploratorio\_P%C3%A9rez\_y\_Medrano.pdf
- Pérez, M. (2006). Third-Generation Behavior Therapy. *EduPsykhé: Revista De Psicología Y Psicopedagogía*.
- Porcel, E., Dapozo, G., & Lopez, M. (2010). Predicción del rendimiento académico de alumnos de primer año de la FACENA (UNNE) en función de su caracterización socioeducativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 12(2).
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf>
- Raffo, P. (2007). Acompañamiento Psicológico y Terapia psicológica. *Instituto Interamericano de Derechos Humanos*, 47-88.
- Rondón, M. (2006). Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental*, 23(4), 237-238.
- Rosario, E., & Rovira, L. (2016). Revisión de las Propiedades Psicométricas y Estructura Interna de la Escala de Compromiso Organizacional usando el Modelo de Ecuaciones Estructurales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 166-182.

- Ruiz, F., & Luciano, C. (2009). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, XXI(3), 347-352.
- Ruiz, F., Langer, Á., Luciano, C., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). Measuring Experiential avoidance and psychological inflexibility: The spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Ruiz, F., Suarez, J., Cárdenas, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño, D. (2016). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *Psychol Rec*, 1-9.
- Saenz, G., Chavez, R., Silva, J., Simón, S., & Tejada, P. (2018). Nivel de satisfacción de los pacientes postoperados de traumatismo facial, un estudio de cohorte de un Hospital nacional de Perú. *Rev Chil Cir*, 70(1).
- Santiago, R. (3 de Diciembre de 2013). *Business Revista Digital*. Obtenido de Marketing Digital, Investigación de Mercado en Redes Sociales: <https://br.escueladenegociosydireccion.com/business/marketing-digital/investigacion-de-mercado-en-redes-sociales-1/>
- Sartore, A., & Grossi, S. (2007). Escala de Esperança de Herth Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*, 1-6.
- Serpa, A. (2019). *Adaptación de la Escala de Agresión Impulsiva y Premeditada (IPAS) en adolescentes de instituciones educativas, San Juan de Lurigancho, 2018*. Lima.
- Shari, N., Zainal, N., Guan, N., Ahmad, Z., & Yahaya, N. (2019). Psychometric properties of the acceptance and action questionnaire (AAQ II) Malay version in cancer patients. *Plos One*, 14(2), 1-12.
- Sobarzo, A. (2012). *Formulación de Presupuesto y cronograma en un Proyecto de investigación*. Lima: Direccion Universitaria de Investigación.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (2007). An overview of research desings relevant to nursing. Part 1: quantitative research desings. *Rev Latino-am Enfermagem*.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2019). *Using Multivariate Statistics*, seventh edition. . *Library of Congress Cataloging-in-Publication Data*.
- Trivelli, C. (2016). El desafío de seguir bajando la pobreza. *Revista Argumentos*, 3(10). Obtenido de <https://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/desafio-seguir-bajando-la-pobreza/>
- Ventrura-Léon, J. (2017). ¿Existen los instrumentos validos? Un debate necesario. *Gaceta Sanitaria*, 31, 71.

- Ventura, C. (2015). Terapias de Tercera Generación: El Modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Psicología Bilbao*. Obtenido de [https://www.psicoterapiabilbao.es/wpcontent/uploads/2015/12/Expoterapia\\_de\\_tercera\\_generacion\\_carlos\\_ventura.pdf](https://www.psicoterapiabilbao.es/wpcontent/uploads/2015/12/Expoterapia_de_tercera_generacion_carlos_ventura.pdf)
- Ventura, J. (Marzo de 2019). De regreso a la validez basada en el contenido. *Adicciones*. doi:10.20882/adicciones.1213
- Weston, R., & Gore, P. (2006). A Brief Guide to Structural Equation Modeling. *The Counseling Psychologist*, 34, 719-751.
- Yavuz, F., Ulusoy, S., Iskin, M., Esen, F.-B., Burhan, H., Karadere, M., & Yavuz, N. (2016). Turkish Version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and Validity Analysis in Clinical and Non-Clinical Samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(4), 397-408. doi:10.5455/bcp.20160223124107

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

Tabla 2. *Matriz de operacionalización*

Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Respuestas
La evitación experiencial se da cuando una persona no desea estar en contacto con sus experiencias privadas, sensaciones corporales, recuerdos, pensamientos, emociones, entre otros, por lo que intenta alterar la frecuencia de los eventos o las circunstancias en las que se dan <b>(Hayes, Wilson, Gifford, Follete, &amp; Strosahl, 1996)</b> .	La evitación experiencial será medida con el Cuestionario de Aceptación y Acción II versión Colombiana adaptada (Durán, Guerrero, & Cárdenas, 2015) del Acceptance and Action Questionnaire–II de Hayes (1996)	El autor no indica si el instrumento presenta dimensiones. (unidimensional)	El instrumento no presenta indicadores.	1 – 7	El cuestionario está compuesto por 5 ítems de opción múltiple:  1: Nunca es verdad  2: Raramente es verdad  3: A veces es verdad  4: Casi siempre es verdad  5: Siempre es verdad.  El resultado total del test se da al sumar las puntuaciones de cada ítem.  Ítems (Nivel de medición ordinal).

## Anexo 2: Baremos de la escala EE

Tabla 12. *Baremos de EE*

N	Válido	231
	Perdidos	0
Mínimo		7
Máximo		34
Percentiles	30	15.00
	70	26.00

Tabla 13. *Intervalos*

Bajo	7-15
Medio	16-26
Alto	27-34

Tabla 14. *Resultado de la muestra*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	79	34.2	34.2	34.2
	MEDIO	88	38.1	38.1	72.3
	ALTO	64	27.7	27.7	100.0
	Total	231	100.0	100.0	

### Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

#### CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN Y ACCIÓN II (A.A.Q. II)

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** Masculino (        ) Femenino (        ) **Grado de**

**Instrucción:** \_\_\_\_\_

**Fecha de evaluación:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Debajo encontrará una serie de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED marcando con un aspa ( X ) en la casilla del número indicado. Emplee la siguiente escala para realizar su elección.

1	2	3	4	5
Nunca es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

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

## ESCALA DE ESPERANZA DE HERTH (EEH)

**Fecha de evaluación:** ..... **EDAD:** ..... **SEXO:** ..... **Centro de estudios:** .....

**Grado:** ..... **Ciudad:** ..... **Estado Civil:** .....

**Instrucciones:** En este cuadernillo te vamos a presentar unas frases que te permitirás pensar acerca de tu forma de ser. Deseamos que contestes a cada una de las siguientes preguntas con una "X" en la

	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1. Soy optimista sobre la vida.					
2. Tengo planes a corto y largo plazo.					
3. Puedo ver las posibilidades en medio de las dificultades-					
4. Tengo una fe que me conforta.					
5. Puedo recordar los momentos felices y placenteros.					
6. Me siento muy fuerte.					
7. Me siento capaz de dar y recibir afecto/amor.					
8. Yo sé a dónde quiero ir.					
9. Creo en el valor de cada día.					
10. Siento que mi vida tiene valor y utilidad.					

casilla que mejor represente la frecuencia en la que actúas, de acuerdo con la siguiente escala:

## Anexo 4: Otros anexos



**Francisco Jose Ruiz Jimenez** <franciscoj.ruizj@konradlorenz.edu.co>

5 sep. 2019 18:34



para Medalith, mí, nrodas@ucv.edu.pe ▾

Estimadas Lucero y Medalith,

Por supuesto tienen el consentimiento para utilizar la escala. Pueden encontrarla en: <https://clinklab.konradlorenz.edu.co/recursos/>

Saludos cordiales,

**Dr. Francisco Ruiz Jiménez**

Docente de Planta

Escuela de Posgrados

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

(+57-1) 347 2311, ext 185

[Encuéntrenos](#)



**Confidencialidad:** Este mensaje y los documentos que tuviera anexos, pueden contener información confidencial. Por ello se informa a quien lo reciba por error, que la información del mismo es reservada y su uso no está autorizado. En tal caso, le agradecemos nos lo comunique por la misma vía, se abstenga de realizar copias del mensaje o reenviarlo a otra persona y proceda a borrarlo de inmediato.

---

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ESCALA > Recibidos x



**Lucero Cárdenas Reyes**

10:24 (hace 1 hora) ☆

Buenos días, A Través de la presente, nos presentamos las alumnas CARDENAS REYES LUCERO y PRECIADO SAL Y ROSAS MEDALITH, para solicitar la autorización de la es



**Tomas Pedro Pablo Caycho Rodriguez**

11:07 (hace 21 minutos) ☆ ↩ ⋮

para mí ▾

Tiene usted el permiso

Atte.

**Mg. Tomás Caycho Rodríguez**

Docente Investigador

Telf.: (01)6044700 anexo:3462

Av. Tingo María 1122, Breña

Lima-Perú

[www.upnorte.edu.pe](http://www.upnorte.edu.pe)

Scopus Author ID: 55768989500

<http://orcid.org/0000-0002-5349-7570>



---

De: Lucero Cárdenas Reyes <[luceroalecr@gmail.com](mailto:luceroalecr@gmail.com)>

Enviado: miércoles, 16 de septiembre de 2020 10:24

Para: Tomas Pedro Pablo Caycho Rodriguez <[tomas.caycho@upn.pe](mailto:tomas.caycho@upn.pe)>

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ESCALA