



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Operacionalización del constructo Aceptabilidad  
para su evaluación en Intervenciones de Salud.

TESIS

para obtener el título de  
licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Daniela Peralta Chavolla

Directora: Dra. Claudia Rafful Loera

Revisor: Dr. Ramsés Vázquez-Lira

Sínodo:

Dra. María Santos Becerril Pérez

Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Dr. Ricardo Orozco Zavala

PROYECTO PAPIIT IA301422

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, octubre de 2023





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIAS**

A mi mamá, no hay palabras para describir lo mucho que agradezco todas las enseñanzas, el amor y la paciencia que me has dado a manos llenas, que seas la persona con quien puedo ser yo, en las malas y en las buenas.

A mi papá, gracias por transmitirme el interés por el conocimiento, por enseñarme lo que es la constancia y la responsabilidad, por el gran esfuerzo que hiciste y haces por cuidar mi camino.

A mi hermana, gracias por ser mi compañera de vida, por enseñarme tantas cosas sobre mí, por acompañarme durante todo el camino, por cuidarme y escucharme siempre.

A Ámbar, ya no estás conmigo, pero siempre recuerdo la emoción que sentía al volver a casa.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi directora de tesis, la Dra. Claudia Rafful, agradezco enormemente todas las oportunidades de aprendizaje que me has brindado, la confianza que has depositado en mí, que genuinamente te preocupes por nosotros no solo en calidad de alumnos, sino como personas y por su puesto por la amabilidad y apoyo durante esta tesis.

A mi supervisor de tesis, el Dr. Ramsés Vázquez-Lira, gracias por transmitir la pasión que le tienes a tu trabajo y por la motivación que brindaste a lo largo de este proyecto, siempre agradecida por las grandes oportunidades que me has dado y que me conforman el día de hoy en lo académico y en lo personal.

A mi sínodo, el Dr. Ricardo Orozco, el Dr. José Alfredo Contreras y la Dra. María Becerril, por sus valiosas aportaciones, sugerencias y comentarios que me brindaron para el desarrollo de esta tesis.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al proyecto PAPIIT IA301422 por las becas recibidas.

A las personas expertas que participaron en el proceso de jueceo y a los docentes del Colegio Agustín García Conte, sin su valiosa contribución este trabajo no hubiera sido posible.

Al Laboratorio de salud mental, uso de sustancias y políticas públicas, por acompañarme durante el todo el desarrollo de este trabajo, por brindarme comentarios y perspectivas nuevas, a Leo, Nely, Alan, Missael, Andrés, Majo y Susan, quienes no solo son mis compañeros, también me han brindado momentos de diversión y alegría, admiro cada uno de sus diferentes talentos y formas de pensar.

A mis amigas, Anita, Gaby, Karen, Mariana y Sharon, son el tesoro de mi vida, quiero que sepan que con cada una de ustedes tengo un lenguaje y una complicidad única, gracias por acompañarme y escucharme siempre en los momentos más difíciles, pero sobre todo por compartir alegrías conmigo.

A mis amigos, Fer, Luis y Gustavo, gracias por compartir tantos momentos conmigo, reír y emocionarse conmigo, por recordarme lo bueno que hay en mí y por tanto apoyo que siempre he recibido de ustedes, Ítaca sí me brindo un hermoso viaje, gracias por ser parte de él.

A todas las personas que me han acompañado de manera directa o indirecta, que me brindaron consejo, apoyo y diversión, que me escucharon cuando lo necesite, llevo conmigo cada experiencia, enseñanza y gusto compartido.

## Contenido

Resumen .....	1
Abstract.....	1
Capítulo 1. Consumo de ETA .....	2
Capítulo 2. Intervenciones psicosociales para tratar el uso de ETA.....	5
Capítulo 3. Aceptabilidad.....	10
3.1. Definiciones del constructo.....	10
3.2. Propiedades del constructo.....	11
3.3. Diferencias con otros constructos.....	13
3.4. Subdominios del constructo aceptabilidad.....	14
4. Evidencias de confiabilidad y validez.....	16
4.1. Confiabilidad.....	16
4.2. Evidencias de validez.....	17
4.2.1. Evidencia de contenido .....	17
4.2.2. Evidencia de procesos de respuesta .....	18
4.2.3. Evidencia de estructura interna .....	20
4.2.4. Evidencias de relaciones de los puntajes del instrumento con otras variables.....	21
4.2.5. Evidencias de consecuencias vinculadas a la evaluación .....	22
Capítulo 5. Método .....	24
5.1. Justificación y Planteamiento.....	24
5.1.1. Pregunta de investigación .....	24
5.1.2. Objetivos Generales.....	24
5.1.3. Objetivos Específicos.....	24
5.1.4. Hipótesis.....	24
5.1.5. Participantes .....	24
5.1.6. Criterios de selección.....	25
5.1.7. Criterios de eliminación .....	25
5.2. Construcción del instrumento.....	25
5.3. Recopilación de evidencias de validez y confiabilidad .....	26
5.3.1. Evidencias de confiabilidad .....	26
5.3.2. Evidencias de validez de contenido .....	27
5.3.3. Evidencias de estructura interna.....	27

5.3.4. Evidencias de relaciones de los puntajes del instrumento con otras variables.....	28
5.3.5. Evidencias de consecuencias vinculadas a la evaluación. ....	28
5.4. Piloteo .....	28
Capítulo 6. Resultados .....	30
6.1. Definición conceptual del constructo .....	30
6.2. Evidencias de Consecuencias vinculadas a la evaluación .....	31
6.3. Evidencias de contenido .....	33
6.4. Análisis psicométricos .....	34
Capítulo 7. Discusión.....	37
7.1. Discusión.....	37
7.2. Limitaciones y propuestas para investigaciones futuras.....	39
7.3. Conclusiones .....	40
Referencias .....	41
ANEXOS.....	47
Anexo 1. Plan general de elaboración de la escala .....	47
Anexo 2. Consentimiento informado para personas expertas.....	48
Anexo 3. Protocolo de validación .....	49
Anexo 4. Cuestionario Google Forms para jueceo. ....	50
Anexo 5. Ítems con cambios después del jueceo. ....	55
Anexo 6. Cuestionario para evaluar otras variables.....	65
Anexo 7. Consentimiento informado para participantes. ....	66
Anexo 8. Instrucciones y escala de aceptabilidad.....	67
Anexo 9. Tabla de especificaciones final. ....	71

## **Resumen**

La aceptabilidad es un constructo usado dentro del área de las intervenciones de salud que, a pesar de haber aparecido en diversas fuentes bibliográficas, es confundido con otros constructos dentro del área. La siguiente tesis tiene como objetivo elaborar una escala de aceptabilidad en el contexto mexicano para una población adulta que permita evaluar intervenciones de salud; en un inicio fue planteada para evaluar una intervención dirigida a personas consumidoras de estimulantes de tipo anfetamínico. Como primer paso se desarrolló una definición precisa que incorporó todos los aspectos que componen a la aceptabilidad, se plantearon 8 subdominios para el constructo, posteriormente se realizó el piloteo de la escala con una muestra de 28 participantes y a partir de los análisis psicométricos se encontró que 7 de los 8 subdominios contaban con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach aceptable. Para continuar con el desarrollo de la escala se recomienda realizar una recolección de datos con una muestra suficientemente grande que contribuya a fortalecer sus evidencias de validez.

**Palabras clave:** Aceptabilidad, medición, intervención, escala, evidencias de validez.

## **Abstract**

Acceptability is a construct used within health interventions, although it has appeared in numerous bibliographic references, it has been confused with other constructs within this area. This thesis aims to develop an acceptability scale in the Mexican context for an adult population that allows to evaluate health interventions, which in first stance was designed to evaluate an intervention for people that consume amphetamine type stimulants. As a first step, a precise definition was developed, this definition took into account all the aspects that compose acceptability, it's proposed that the construct possess 8 subdomains. Afterwards, a sampling was conducted with 28 participants, from the psychometric analysis it was found that 7 of the 8 subdomains had an acceptable Cronbach's  $\alpha$  coefficient. To continue with the development of the scale it's recommended to collect more data with a sufficient sample size, that will contribute to strengthen the validity evidences.

**Key words:** Acceptability, measurement, intervention, scale, validity evidences.

## **Capítulo 1. Consumo de ETA**

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) pertenecen a la clase de drogas estimulantes, las cuales excitan el sistema nervioso, dentro de esta clasificación se encuentran la metanfetamina, anfetamina y MDMA (Tran et al., 2021; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2021). Su mecanismo de acción es incrementar los niveles sinápticos de dopamina, norepinefrina y serotonina, causando diversos síntomas, como decremento del apetito, hiperactividad, intranquilidad e insomnio, taquicardia e incremento en presión sanguínea y constipación (Johnson, 2011). Adicionalmente, Farrell et al. (2019) señala que el uso de estimulantes está asociado con una elevada tasa de mortalidad, una alta incidencia de infección por VIH y hepatitis C, mayor riesgo de eventos cardiovasculares, así como conducta suicida, psicosis, depresión, violencia y decremento en el estado de salud mental general.

Respecto a los efectos de las metanfetaminas, Maxwell (2014) realizó una encuesta en donde participaron 222 personas que consumían metanfetamina pertenecientes a un programa residencial que podía ser costeadado de manera privada o pública. En el estudio, los participantes reportaron haber padecido experiencias de negligencia o abuso, además de poseer altos niveles de desempleo y arrestos por robo, así como bajos niveles educativos. Adicionalmente, se reportó que los participantes suelen ser policonsumidores de otras sustancias, tener prácticas relacionadas con el intercambio sexual o el trabajo sexual y algunos de ellos comparten vivienda con otras personas consumidoras.

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estima que en el año 2021, aproximadamente 36 millones de personas en el mundo han usado anfetaminas (UNODC, 2023). En México, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), reporta que los ETA son los que causan mayor demanda de tratamiento por consumo. Sumado a esto, desde 2013 al 2020 la demanda de tratamiento por ETA ha incrementado en un 218% aunado a que ocupa el segundo lugar de muertes asociadas a su consumo, teniendo mayor presencia en hombres (CONADIC, 2021).

Las cifras anteriores suenan poco alentadoras, sin embargo, Brecht et al. (2013) proponen que al entender los patrones de uso y tratamiento de metanfetaminas para poder optimizar las intervenciones y que se logre minimizar la mortalidad aunado a las consecuencias

sociales que derivan del uso de metanfetaminas. Es por ello que se revisaron las 4 fases de la trayectoria que propone O'Donnell et al., (2019): iniciación, continuación, incremento o recaída y decremento o abstinencia.

O'Donnell et al. (2019) hicieron una revisión de estudios cualitativos revisados entre pares, pertenecientes al rango de enero de 2000 a marzo del 2018, en los que se exploraron las experiencias de personas consumidoras de ETA mayores de 13 años. A partir de la revisión identificaron 4 fases de trayectorias de uso. Respecto a la iniciación del consumo, diversos factores son desencadenantes, por ejemplo, se reportan condiciones de vida adversas, estresores recurrentes y problemas de salud mental. Debido a ello recurren al consumo, gracias al cual reportan un incremento de energía y por ello pueden responder mejor a las demandas de su día a día (Spencer et al., 2021).

Dentro del contexto social, se reporta que relacionarse con personas consumidoras contribuye a la iniciación del consumo, debido a que ayuda a establecer relaciones de cercanía, brinda sensaciones de pertenencia y seguridad, aunado a esto, también influye la exposición repetida a las sustancias y la disponibilidad dentro de una localización específica e incluso la normalización del consumo dentro de ese contexto (Addison et al., 2021). Otro factor social indica que el consumo repercute en la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, incrementando su autoestima y seguridad, así como una mayor capacidad para manejar situaciones sociales (Spencer et al., 2021).

Adicionalmente, las personas consumidoras refieren que recurren al consumo para aliviar o disminuir el impacto emocional que les causan vivencias actuales como lo son: el fallecimiento de un familiar o pareja, el término de una relación sentimental, problemas de la vida diaria a los que no encuentran una solución, pero también puede ser debido a eventos del pasado, como eventos traumáticos de la infancia o abuso sexual (Spencer et al., 2021).

Sobre el uso continuado de ETA, las personas que consumen reportan seguir notando ciertos cambios que son de ayuda para afrontar los conflictos del día a día y continúan con la mayoría de los beneficios percibidos (Addison et al., 2021). Por otra parte, el uso continuado de ETA también está asociado al desempeño sexual, incrementando el deseo sexual, el placer sexual, la energía y la duración del encuentro, causando sensación de

seguridad tanto en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (Ho et al., 2013; Vu et al., 2012). Cabe resaltar que, en dicho estudio, las personas consumidoras eran residentes del noroeste de Inglaterra y fueron clasificadas dentro de estas fases de consumo con ayuda del instrumento *Severity of Dependence Scale*. En éste, reportaron que experimentaron síntomas psicológicos adversos como ánimo bajo, ansiedad, paranoia, así como involucrarse en conductas de riesgo e ideación suicida, esas situaciones llevaron a continuar su uso o incrementarlo para tratar los síntomas, estableciendo un ciclo desadaptativo de consumo de ETA (Spencer et al., 2021).

La última etapa suele estar caracterizada por una mayor conciencia sobre los efectos adversos que tiene el consumo de ETA. Estos efectos suelen ser los principales motivadores para que el sujeto busque reducir o desistir en su consumo, o que incluso busquen servicios de salud. El cambio es un proceso incremental y, durante esta etapa, también suele haber recaídas (Spencer et al., 2021). Por su parte, el proceso de decremento en consumo e incluso las recaídas suelen estar mediadas por diversos factores ambientales y sociales. Dentro de estos factores se puede encontrar la fuerza de voluntad, la autoconciencia, el cambio de círculos sociales, el riesgo de perder relaciones significativas, las experiencias relacionadas al fallecimiento por consumo aunado a consecuencias laborales y económicas. Adicionalmente, las personas que consumen y que logran reducir su consumo reportan mejorías en su salud general (Addison et al., 2021; O'Donnell et al., 2019).

## **Capítulo 2. Intervenciones psicosociales para tratar el uso de ETA**

A partir de la información anterior se puede concluir que los motivos que llevan a cualquiera de las cuatro etapas de consumo de ETA son muy diversos y el curso se ve mediado por múltiples factores. Según England et al. (2015) las intervenciones psicosociales, entendidas como actividades informativas o interpersonales, técnicas o estrategias que impactan sobre factores biológicos, de comportamiento, cognitivos, emocionales, interpersonales, sociales o ambientales cuyo objetivo es el de mejorar el funcionamiento y el bienestar, pueden ser usadas para el tratamiento del uso de sustancias. Tomando en cuenta una definición tan amplia como la anterior, Tran et al. (2021) identificaron diversas corrientes para brindar servicios de atención que logran reducir la frecuencia y la dosis de consumo, así como para evitar el consumo por vías riesgosas de administración, pero que desafortunadamente no logran la abstinencia completa, mostrando que no hay evidencias de sus efectos a largo plazo, dentro de las cuales se puede identificar:

- Terapia cognitivo conductual
- Terapia de intervención breve
- Manejo de contingencias
- Mindfulness (atención o conciencia plena)
- Terapia de entrevista motivacional
- Terapia de los 12 pasos
- Manejo de casos
- Terapia de reforzamiento comunitario.
- Modificaciones de terapia familiar

Por otra parte, Liebrechts et al. (2022) señalan que es muy importante gestionar intervenciones efectivas que están hechas para la fase y el patrón de consumo, adaptándose a las necesidades y características de las personas que consumen. Dentro de los tipos de intervenciones que se han planteado se encuentran las siguientes (Tabla 1):

**Tabla 1**

Tipos de intervenciones para tratar el uso de Estimulantes tipo anfetamínico.

Tipo de intervención	Descripción
Información basada en evidencia	Se brinda información sustentada en las distintas motivaciones del consumo de ETA (Rigoni et al., 2021).
Programas entre pares	Son programas que se desarrollan basados en la experiencia de las personas que consumen, por lo tanto, también suelen involucrarse en su diseño y debido a esto fortalecen su credibilidad (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1999).
Atención de salud primaria	Son puntos de atención que suelen estar localizados cerca de comunidades, suelen no pedir a las personas que consumen muchos requisitos para acceder a estos servicios y tienen como objetivo responder a las consecuencias directas o indirectas del uso regular de ETA (Liebregts et al., 2022).
Autoadministración de sustancias	Son estrategias para que las personas que consumen puedan ganar o mantener el control sobre su uso de sustancias, logrando así que la persona que consume, regule su uso de sustancias y gane confianza (Forum Droghe and Transnational Institute, 2014 citado en Rigoni et al., 2018).
Apoyo a la salud mental	Enfoque integral que incluye un tratamiento simultaneo de salud mental y uso de sustancias por el mismo proveedor de servicios (Scott et al., 2013).
Chequeo de drogas y servicios de vida nocturna	Estos servicios ayudan a la detección de adulterantes que puedan existir en las sustancias, lo cual puede reducir el riesgo de que la persona que consume ingiera una sustancia potencialmente peligrosa, además de brindar información sobre reducción de daños (Liebregts et al., 2022).

Contextos sociales más seguros	Son intervenciones que están adaptadas a los contextos de fiesta para lograr que las personas que consumen puedan adherirse a conductas de reducción de daños (Rigoni et al., 2021).
Terapia de sustitución	La sustitución es la decisión consciente que hace la persona que consume de usar una sustancia en vez de otra o en conjunto con otra, esta decisión está basada en la percepción de seguridad, el potencial de generar trastorno por consumo de sustancias, efectividad para aliviar síntomas, el acceso a ella y el nivel de aceptación (Lau et al., 2015).  Es usada para sustancias como el alcohol, tabaco u opioides, mientras que para ETA se siguen realizando estudios (Liebregts et al., 2022).
Tratamientos y consejería basados en la abstinencia	El tratamiento basado en la abstinencia y la consejería están recomendados para personas que consumen que están dispuestas a dejar de consumir (Rigoni et al., 2021).

México cuenta con programas de Atención Primaria a la Salud Integral. El primero de ellos es el Programa de Acción específico de Salud Mental y Adicciones (Secretaría de Salud, 2022) que tiene como objetivos principales:

- Ofrecer servicios de salud para toda la población, mediante una amplia red de atención integrada por: 320 Unidades Médicas Especializadas Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) y 119 unidades operativas de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARAS) del Programa IMSS-Bienestar.
- Garantizar que todas y todos los habitantes del país que no cuenten con servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, SEMAR, SEDENA) puedan acceder a los servicios para la prevención y la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, con apego a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

La población mexicana también puede acceder al Programa para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2021-202. Éste tiene como objetivos: promover la salud mental de la población y prevenir y atender el consumo de sustancias psicoactivas, disminuir el impacto de las consecuencias adversas a su uso, ofertando alternativas de atención accesibles, oportunas e integrales (CONADIC, 2021).

Sumado a lo anterior, México cuenta con la Red Nacional de Atención a las Adicciones (CONADIC, 2021), la cual está conformada por las instancias que aparecen en la Tabla 2.

**Tabla 2**

Instancias dentro de la Red Nacional de Atención a las Adicciones.

Instancia	Descripción de la atención
Unidades Médicas Especializadas, Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)	Brindan tratamiento ambulatorio y multidisciplinario para la atención del uso, abuso y dependencia leve o moderada a sustancias psicoactivas (de acuerdo con versiones anteriores de categorías diagnósticas de trastornos por consumo de sustancias), siendo su estrategia terapéutica la terapia cognitivo-conductual. También brindan atención a familiares y realizan sesiones informativas, talleres psicoeducativos, coaliciones comunitarias y acciones para la detección temprana de factores de riesgo de consumo en adolescentes.
Centros de Integración Juvenil (CIJ)	Ofrecen servicios de prevención, así como tratamiento ambulatorio y residencial los cuales son implementados por personal médico, trabajo social, psicología y enfermería.
Servicios de Atención Residencial para el consumo de sustancias psicoactivas	Están dirigidos a personas que presentan trastorno por consumo de sustancias, ofrecen atención estructurada e intensiva las 24 horas en donde brindan alojamiento protegido y atención médica.

---

Ofrecen 3 modelos de atención: el modelo de atención profesional que es brindado por profesionales de la salud, el modelo de ayuda mutua que se ofertado por agrupaciones de personas que padecieron trastorno por consumo de sustancias y se encuentran en recuperación y el modelo mixto que combina el modelo de ayuda mutua y el profesional. Algunas de las estrategias que implementan son la terapia cognitivo-conductual, el modelo de comunidades terapéuticas, el modelo Minnesota o el programa de 12 pasos.

---

Dentro de estas instancias existen dos modalidades de tratamiento, la primera es ambulatoria y se ofrece a través de las 334 UNEME-CAPA y las 106 unidades de consulta externa de los CIJ, mientras que la modalidad residencial brinda servicios a través de 11 unidades de hospitalización CIJ y 40 unidades residenciales públicas. También se ha reportado que existen alrededor de 2129 establecimientos residenciales (CONADIC, 2021).

### Capítulo 3. Aceptabilidad

Como se observó en el capítulo anterior, las estrategias y procedimientos que componen una intervención pueden ser variados, pero ¿cómo poder comprender por qué fallan o tienen éxito las intervenciones? Dentro del proceso de evaluación de intervenciones hay un constructo que suele ser mencionado pero rara vez definido con puntualidad, que lleva por nombre aceptabilidad (Sekhon et al., 2017). En este capítulo se hace una revisión de diferentes investigaciones que fundamentan una definición operacional que englobe las principales características de este constructo. Para llegar a una definición operacional propia, se ha llevado un proceso descrito por Hox (1997) en donde primero se debe establecer cuál es el constructo a medir, definir el concepto, sus propiedades, cómo difiere con otros conceptos, cuáles son sus indicadores empíricos y, por último, sus componentes o subdominios. Aunado a esto, también se contempló la perspectiva de Fiske (1971) citado en (Hox, 1997) en la cual se apoya la construcción de un concepto retomando el trabajo conceptual realizado anteriormente por otros autores, en donde el trabajo del investigador consiste en ampliar el concepto de tal manera que sea adecuado para el problema de investigación establecido. Teniendo eso en cuenta, en este capítulo se realizó el siguiente proceso para la construcción del constructo aceptabilidad.

#### 3.1. Definiciones del constructo

En la Tabla 3. se condensan las principales definiciones que se encontraron.

**Tabla 3**

Definiciones del constructo aceptabilidad.

Autor(es)	Definición
Dillip et al. (2012)	Define la aceptabilidad tomando en cuenta la perspectiva del cliente y el proveedor. Desde el punto de vista del cliente, como la reacción o actitud que tiene hacia las características de los proveedores de salud, como lo son el sexo, la etnicidad, el tipo de institución, la afiliación religiosa que tiene la institución o el proveedor o la localización donde se encuentra la institución. Desde el punto de vista del proveedor, como la reacción o actitud que tiene hacia las características de cliente, los mecanismos de financiamiento, como nota, muestra renuencia a tratar pacientes difíciles

Sidani y Braden (2011)	Hacen referencia a la perspectiva que tiene el cliente o el clínico sobre el tratamiento, la influencia de su toma, la implementación, la adherencia y el subsecuentemente el efecto en los resultados. Se debe determinar en qué medida el cliente ve la intervención como favorable y le agrada. Se operacionaliza como los juicios de qué tan apropiados son los procedimientos de la intervención
Lebow (1987)	Se refiere a la visión general o la actitud hacia el tratamiento
Kazdin (1980)	El juicio que emiten los no profesionales, personas laicas, clientes u otras posibles personas consumidoras del tratamiento hacia los procedimientos de los tratamientos. El juicio de aceptabilidad suele adoptar la evaluación de si el tratamiento es apropiado para el problema, si es justo, razonable o si el tratamiento satisface las nociones convencionales sobre lo que debería ser
Proctor et al. (2011)	Es la percepción que tienen las partes interesadas en la intervención sobre si el tratamiento, servicio, práctica o innovación sean agradables, satisfactorios o convenientes. Además, plantea que la aceptabilidad debe ser específica para cada intervención, práctica, tecnología o servicio dentro de un contexto particular de salud
Sekhon et al. (2017)	Es un constructo multifacético que refleja el grado en el que las personas brindando o recibiendo una intervención de cuidado de la salud consideran que es apropiada, basada en respuestas cognitivas y emocionales a la intervención ya sea anticipada o a lo largo de la intervención

### 3.2. Propiedades del constructo

Como un segundo paso, se precisó sobre las características teóricas, que se refieren a la teoría sustantiva y permiten iniciar con la definición de los factores que aumentan la aceptabilidad. Dillip et al. (2012) argumentan que para aumentar la aceptabilidad social es necesario tomar en cuenta el lenguaje de la localidad, los tratamientos y las prácticas existentes, así como involucrar a la comunidad en todos los niveles de la intervención. Por su parte, Carter (2007) señala que los clientes percibirán una intervención como aceptable si es valorada como apropiada, conveniente, efectiva, sin riesgo o con poco riesgo y fácil de

adherirse al tratamiento. Además de esto, también se ha descrito que la factibilidad suele impactar en la aceptabilidad debido a que si no hay recursos económicos para participar o es más costosa disminuye la aceptabilidad (Dillip et al., 2012).

En este sentido, la aceptabilidad impacta otros factores de la intervención. Por ejemplo, Diepeveen et al. (2013) plantean que los niveles de aceptabilidad afectan de manera crítica la efectividad de la intervención. Por su parte, Eckert y Hintze (2000) concluyen que los clientes que perciben como inaceptable la intervención no la adoptarán y análogamente, los proveedores que no consideran aceptable la intervención para los clientes probablemente la eviten.

Otro aspecto importante, es establecer en qué momentos se ha medido la aceptabilidad. Sidani y Braden (2011) plantean que la aceptabilidad puede medirse cuando recién se ha diseñado una intervención, cuando son reconceptualizadas o redefinidas en términos de contenido, modo de implementación, cambios de dosis o se aplicarán en un nuevo contexto. Por su parte, Sekhon et al. (2017) señalan que la aceptabilidad de una intervención se puede medir en tres momentos:

- Aceptabilidad prospectiva: antes de participar en la intervención
- Aceptabilidad concurrente: durante la intervención
- Aceptabilidad retrospectiva: después de participar en la intervención

No sólo es fundamental saber en qué momentos es posible medir la aceptabilidad, también se debe puntualizar sobre qué tipo de indicadores o métodos de recolección suelen utilizarse para medirla. Entre ellos se encuentran: la tasa de inscripción, la tasa de desgaste o retención, la tasa de consumo, la tasa de abandono, las recaídas, la satisfacción, la adherencia al tratamiento, el uso continuado de la intervención, los cuestionarios de auto-reporte y las entrevistas (Sekhon et al., 2017; Sidani y Braden, 2011).

Por otro lado, Proctor et al. (2011) refieren que la aceptabilidad se debe evaluar con base en la experiencia directa de las personas interesadas, tomando en cuenta el contenido, la complejidad y la comodidad. Además, debe ser específica para cada práctica, intervención o servicio dentro del contexto particular. Se ha puntualizado que se puede medir la aceptabilidad mediante métodos cualitativos, cuantitativos o mixtos y, por último, es viable

obtener la ventaja al medir posterior a una intervención debido a que se obtienen juicios basados en experiencia, aunque, podrían quedarse sólo con las opiniones de un grupo pequeño de proveedores o clientes (Sidani y Braden, 2011).

### **3.3. Diferencias con otros constructos**

Como se planteó, el constructo aceptabilidad ha sido medido de distintas formas, desde las consecuencias conductuales de un tratamiento, como las tasas o incluso por medio de escalas de otros constructos, como la satisfacción o la adherencia. Debido a lo anterior, es importante establecer cuáles son las diferencias y posibles similitudes de la aceptabilidad con otros constructos.

Proctor et al. (2011) ofrecen un contraste de varios conceptos usados en el campo de la implementación, ya que logran una distinción clara entre distintos constructos con los cuales es confundida la aceptabilidad:

- Factibilidad: difiere de la aceptabilidad debido a que la primera habla sobre los recursos que se tienen para realizar la intervención, por ejemplo: la disponibilidad de medicamentos o la cantidad de personal disponible
- Satisfacción: habla de una experiencia más general de servicio, es evaluada solo al final del servicio o intervención y solo puede ser realizada por el usuario
- Idoneidad: habla más sobre la compatibilidad de la solución con el contexto

También es importante hacer una diferencia con el uso continuado de un tratamiento. A pesar de estar interrelacionados, el uso continuado se considera como la consecuencia conductual de la satisfacción, los clientes que tienen mayor probabilidad de continuar con un tratamiento de manera correcta y aplicarlo a su vida diaria son aquellos que están satisfechos con la intervención (Sidani y Braden, 2011).

Por último, también es importante tener en cuenta que el término aceptabilidad social es empleado en estudios que intentan examinar si medidas preventivas o tratamientos son percibidos como aceptables por la población general. Esto debido a que la aceptabilidad "individual" se ve mediada por las representaciones sociales y las interacciones que se tiene con la sociedad (Dillip et al., 2012).

### 3.4. Subdominios del constructo aceptabilidad

Durante la búsqueda documental, se encontró que tres autores anteriormente citados, señalaron que la aceptabilidad tiene subdominios, los cuales se agrupan de acuerdo con sus similitudes (Tabla 4).

**Tabla 4**

Dimensiones y subdominios de la aceptabilidad.

Sidani y Braden (2011)	Kazdin (1980)	Sekhon et al. (2017)
Qué tan apropiada es: percepción que tiene el sujeto sobre qué tan lógica es la intervención para el manejo del problema.	Qué tan apropiada es: grado en que al cliente le agradan los procedimientos de la intervención.	Coherencia de la intervención: el grado en el que el participante entiende la intervención y cómo funciona.
Efectividad: percepción del cliente sobre el grado en que la intervención ayuda a manejar el problema en corto y largo plazo.	Efectividad percibida: grado en que los clientes esperan mejorar la condición o el problema a tratar como resultado de la intervención.	Efectividad percibida: el grado en el que la intervención es percibida como altamente probable que logre su propósito.
Riesgos: percepción sobre el grado de severidad que podrían tener los efectos secundarios o adversos de la intervención.	Potenciales efectos secundarios: desventajas que perciben las clientes derivadas del tratamiento.	Costos de oportunidad: el grado en el que se renuncia a beneficios, ganancias o valores para seguir participando en la intervención.
Conveniencia: juicio del sujeto sobre qué tan intrusiva es la intervención y qué tan viable es llevar a cabo la intervención en un contexto cotidiano. Toma en cuenta qué tanto interfiere con sus actividades diarias y	Idoneidad: el tiempo que toma aplicar o tomar el tratamiento y cuánto interrumpe de las actividades diarias.	Carga: la cantidad percibida de esfuerzo requerido para participar en la intervención.

qué tan adecuado es para su estilo de vida.		
Adherencia: hace referencia a la evaluación que hace el cliente sobre qué tan dispuesto está a seguir el tratamiento.	Voluntad: el grado en el que los clientes están dispuestos a implementar el tratamiento.	Autoeficacia: la seguridad que tiene el participante de que puede desempeñar las conductas requeridas para participar en la intervención.
	Costo/Asequibilidad del tratamiento: la percepción sobre qué tan costoso es el tratamiento.	Actitud afectiva: como un individuo se siente al respecto de la intervención.
		Ética: el grado en el que la intervención se alinea al sistema de valores del individuo.

Con base en la descripción de los subdominios revisados podemos encontrar similitudes entre ellos, en particular entre los subdominios de:

- que tan apropiada es y la coherencia
- la efectividad y la efectividad percibida
- riesgos, potenciales efectos secundarios y costos de oportunidad
- conveniencia, idoneidad y carga
- adherencia, voluntad y autoeficacia

En función de estas similitudes y los otros subdominios mencionados se construyeron los subdominios para la elaboración de la escala de aceptabilidad.

## 4. Evidencias de confiabilidad y validez

Dentro de este capítulo se desarrollarán las características técnicas que se sugiere deben cumplirse durante la construcción de instrumentos para tener un panorama claro y completo acerca de este proceso (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & National Council on Measurement in Education [NCME], 2014).

### 4.1. Confiabilidad

El término confiabilidad indica una noción global sobre la consistencia en las puntuaciones a lo largo de diferentes instancias del procedimiento de aplicación de una prueba, aunado a eso, siempre deberá ser tomada en cuenta y tendrá que ser mayor cuando el grado de impacto de las decisiones que se tomen a partir de los puntajes sea mayor (AERA, APA, NCME, 2014).

Deng y Chang (2017) hicieron una revisión en donde comentan que históricamente se ha utilizado ampliamente el coeficiente de alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), pero recientemente se ha sugerido emplear el coeficiente omega de McDonald ( $\omega$ ), también se ha hecho uso de otros métodos como el Greatest Lower Bound (GLB). Por su parte Doval (2023) describe un proceso de tres fases para elegir entre el uso del  $\alpha$  y el  $\omega$ , en donde primero se debe:

- a) Conocer cómo es la distribución de las respuestas, notar si existen datos faltantes y observar si hay posibles patrones de respuesta y el tipo de población a la que se aplicó el test
- b) Determinar cuál es la dimensionalidad del test
- c) Proceder a calcular el índice de consistencia interna, recordando que si el modelo es multidimensional  $\alpha$  u  $\omega$  pueden ser calculadas para cada factor de manera independiente y ambas arrojaran valores similares

Al respecto de esta última fase, Pfadt et al. (2022) plantean que hay beneficios de conducir un análisis de confiabilidad dentro del marco bayesiano, remarcando que los coeficientes tienen un desempeño igual de bueno que los coeficientes de  $\alpha$  y  $\omega$ , además de proveer una interpretación intuitiva de incertidumbre logrando que los investigadores resuelvan preguntas más allá del marco frecuentista.

## **4.2. Evidencias de validez**

Como lo marcan los Estándares AERA, APA, NCME (2014) el concepto de validez hace referencia al grado en que la evidencia y la teoría respaldan las interpretaciones de las puntuaciones para los usos propuestos de las pruebas. Además, se describen 5 evidencias de validez sobre las cuales se detalla el proceso de obtención a continuación.

### **4.2.1. Evidencia de contenido**

Para la evaluación del contenido del test Sireci (1998b) propone cuatro elementos para ayudar a estandarizar cuáles son los aspectos se deben tener en cuenta:

- Definición del dominio: se refiere a cómo se operacionaliza el constructo a medir y se evalúa adquiriendo consenso externo sobre la definición operacional subyacente a los propósitos del test (Sireci y Faulkner-Bond, 2014).
- Representación del dominio: se refiere al grado en que el test corresponde con las especificaciones cognitivas y de contenido; para su evaluación se requiere reclutar a expertos en el tema para revisar, calificar o puntuar los ítems del test (Sireci, 1998a).
- Relevancia del dominio: grado en el que cada ítem del test es relevante para el dominio objetivo y para su evaluación se requiere que los expertos califiquen el grado en el que cada ítem que compone al test es relevante para el subdominio, y después realizar el análisis de las puntuaciones (Sireci, 1998a).
- Pertinencia del proceso de desarrollo de la prueba: se refiere a todos los procesos que se realizan durante la construcción del test para asegurarse que el contenido sea fiel y represente completamente al constructo que se quiere medir. Este elemento que abona a la evidencia de contenido se puede obtener si hay controles de calidad estrictos durante la construcción del test, así como una fuerte base lógica que especifique el formato que se usó para los ítems (Sireci y Faulkner-Bond, 2014).

Dentro de estos controles de calidad se encuentran:

- a) Revisiones de los ítems por expertos de contenido
- b) Revisiones por parte de los expertos en medición, para observar que los ítems estén redactados de acuerdo con los estándares de calidad
- c) Revisiones sensibles para evitar contenido irrelevante que pueda ser ofensivo, causar ventajas o desventajas para ciertos grupos de sustentantes

- d) Hacer un piloteo del test seguido de un análisis estadístico para seleccionar los ítems más apropiados
- e) Realizar un análisis de funcionamiento diferencial de ítems

Un método también usado para reportar la evidencia de validez de contenido es el índice Aiken, que toma valores de 0 a 1 e indica cuál es la proporción de expertos de contenido que calificaron al ítem por encima del punto medio. Para reportarlo se incluye el promedio, la media y el índice de Aiken (Sireci y Faulkner-Bond, 2014).

#### **4.2.2. Evidencia de procesos de respuesta**

Los Estándares AERA, APA, NCME (2014) plantean que los análisis que se realicen sobre los procesos de respuesta de los sustentantes, proveen evidencia sobre la congruencia que existe entre el constructo y el desempeño necesario para responder. Esta evidencia proviene de los análisis de respuestas individuales, que es obtenido mediante un registro para monitorear el desarrollo de las respuestas, aspectos del desempeño, como tiempos de respuesta o movimientos oculares.

Para obtener información sobre cómo los participantes leen o escuchan la pregunta, además de cómo responden a ella e incluso extraer información sobre la validez de nuevos ítems durante el desarrollo de escalas, así como datos para mejorar su relevancia y contexto se recurre a las entrevistas cognitivas (Dumas et al., 2008). Es importante recopilar las respuestas provenientes de los participantes, si los jueces realizan el procedimiento están sesgados desde su visión de persona experta, mientras que el sustentante puede tener una visión distinta sobre la forma en la que está escrita la pregunta y su verdadera intención (Ryan et al., 2012).

Peterson et al. (2017) describen un proceso de 4 fases para llevar a cabo la recopilación de evidencias de procesos de respuesta que se encuentran en la Tabla 5.

**Tabla 5**

Fases para recopilar evidencias de procesos cognitivos.

Fase	Descripción
Propósito/Intención del ítem	El propósito o la intención del ítem hace referencia al aspecto del constructo para el cual fue construido el ítem, en este paso

---

el desarrollador de la escala debe documentar el propósito de cada ítem antes de la entrevista cognitiva. La descripción del propósito y su asociación con la dimensión del constructo sirven como una base para juzgar si hay discrepancias entre como el participante interpreta el ítem y lo que el ítem intenta medir.

---

Recolección de datos

Se debe escribir un protocolo de entrevista para recolectar la información sobre los procesos de respuesta. Los procedimientos para detectar errores de cognición suelen ser:

- Pensar en voz alta: se les pide a los participantes describir su proceso de respuesta mientras contestan la pregunta
- Pruebas verbales: se escriben preguntas de exploración antes de la entrevista, las cuales se enfocan en áreas de confusión potenciales

Cuando se ha terminado la entrevista a nivel de ítems, el entrevistador concluye preguntándole al participante sobre el constructo general y le pide que brinde retroalimentación sobre los elementos que a su criterio podrían faltar.

Para esta parte del procedimiento se recomienda una muestra de 10 a 15 participantes.

---

Análisis de datos

Se propone un método basado en el consenso prestando atención a la entonación; el proceso de análisis debe ser llevado a cabo por dos investigadores para evitar sesgos. Los investigadores empiezan por ver las transcripciones de las entrevistas de manera independiente y extrayendo frases claves o declaraciones relevantes para la interpretación del ítem, cada investigador codifica las declaraciones dentro de un dominio, los dominios son descritos con anticipación como los propósitos del ítem. Por último, se llega a un consenso sobre los dominios, si hay discrepancias regresan a las

---

	transcripciones para evaluar la evidencia sobre el dominio hasta que se alcance el consenso.
Comparación entre la interpretación del ítem y su propósito	En este último apartado se conduce un análisis cruzado en donde se examinan todos los dominios que son inconsistentes con los propósitos propuestos por el desarrollador, después de ser identificados se agrupan en categorías de interpretación errónea.

#### 4.2.3. Evidencia de estructura interna

El grado en que las relaciones de los ítems y los componentes del test se ajustan al constructo en el que se basan las interpretaciones propuestas del test es indicado por los análisis de estructura interna (AERA, APA, NCME, 2014). Durante el proceso de construcción de una escala y su evaluación se usa el modelamiento estadístico para evaluar el grado en que un grupo de ítems pueden considerarse aptos para medir una variable latente de interés, para realizar el análisis de la escala se utiliza el Análisis Factorial (AF) o la Teoría de respuesta al ítem (IRT) (ten Holt et al., 2010).

Dentro del AF existen dos opciones para conducirlo: análisis factorial exploratorio (AFE) o análisis factorial confirmatorio (AFC), ambos son opciones viables para el desarrollo de una escala (Gunawan et al., 2021). A pesar de lo anterior es importante tener en cuenta que el AFE es usado para escalas que nunca han sido probadas, esto con la finalidad de explorar la estructura de sus factores, mientras que el AFC es utilizado en escalas que ya han sido probadas para confirmar la estructura de sus factores (Knekta et al., 2019).

Kline (2016) hace una descripción sobre ciertos aspectos que se toman en cuenta antes de conducir un AFE:

- No requiere que se especifique el número de factores que componen a la escala de antemano, aun así, puede generar todas las posibles soluciones desde un modelo de un solo factor hasta un modelo con múltiples factores.
- El objetivo del resultado de un AFE es mostrar una solución de estructura simple en donde cada factor explique tanta varianza como sea posible sin que haya traslapes.
- Podemos rotar la solución de dos formas:

- Ortogonalmente: al elegir esta solución todos los factores no se correlacionan, esto se especifica con un método varimax, que suele ser el default en procedimientos computarizados.
- Oblicuamente: al elegir esta solución permite que exista correlación entre los factores, el método promax es el más utilizado, pero hay otros, como oblimín.

#### **4.2.4. Evidencias de relaciones de los puntajes del instrumento con otras variables**

La evidencia basada en las relaciones con otras variables se refiere a la forma tradicional de evidencia de criterio, como lo son las correlaciones con un criterio externo que sea relevante para el constructo a medir (Sireci y Parker, 2006).

McCoach et al., (2013) plantean que es primordial que las mediciones de un instrumento recién elaborado puedan demostrar un patrón de relaciones externas con variables específicas, estas pueden ser otras escalas de instrumentos conocidos u otros criterios externos que sean consistentes con las expectativas teóricas. Es importante notar que las hipótesis sobre las relaciones con otras variables deben ser especificadas antes de recolectar los datos (Cronbach y Meehl, 1955).

Dentro de los Estándares para Pruebas Educativas y Psicológicas (AERA, APA, NCME, 2014) se plantea hallar cuatro tipos de evidencia para recopilar relaciones de los puntajes del instrumento con otras variables, como se observan en la Tabla 6.

**Tabla 6**

Tipos de relaciones con otras variables.

Tipo de evidencia	Descripción
Evidencia convergente	Relaciones entre los puntajes y otras mediciones propuestas para evaluar un constructo igual o similar.
Evidencia discriminante	Relaciones entre los puntajes y otras mediciones de diferentes constructos.
Evidencia predictiva	Indica la fuerza de la relación entre las puntuaciones y las puntuaciones de un criterio obtenidas al paso del tiempo.

---

Evidencia concurrente	Obtiene información sobre las puntuaciones del test y las puntuaciones de un criterio observado al mismo tiempo.
-----------------------	--

---

Es importante describir qué tipo de correlaciones se obtienen al momento de reportarlas (McCoach et al., 2013).

#### **4.2.5. Evidencias de consecuencias vinculadas a la evaluación**

Los Estándares para Pruebas Educativas y Psicológicas explican que esta evidencia de validez se construye estableciendo cuáles son interpretaciones sobre los puntajes, así como los usos y consecuencias de usar la prueba (AERA, APA, NCME, 2014).

Hubley y Zumbo (2011) explican que el proceso de validación requiere presentar evidencia y argumentos convincentes para apoyar las inferencias propuestas y mostrar que otras alternativas o inferencias no son más viables.

Diversos autores han propuesto modelos sobre como recopilar de manera correcta las evidencias de validez y consecuencias de la prueba (Borsboom, et al., 2004; Markus, et al., 2013), entre ellos Messick con su matriz progresiva de validez (Messick, 1994), o autores como Borsboom y Markus, quienes proponen un enfoque más filosófico, en donde buscan la relación entre la verdad y la validez (Kane, 2013b).

Dentro de esta tesis se decidió optar por el enfoque propuesto por Kane (2013a) quien resalta las siguientes ideas para guiar el proceso de validación:

- Hacer uso de Argumentos de Interpretación y Uso (AIU), los cuales deben incluir todas las inferencias y supuestos inherentes a los usos e interpretaciones propuestos
- Los tipos de evidencia requeridos serán determinados por las afirmaciones que se realizan, afirmaciones ambiciosas o de alto impacto deberán ser respaldadas por evidencias más fuertes
- Si los puntajes serán usados para predecir resultados a futuro se requiere evidencia que indique que las predicciones son precisas
- Si las afirmaciones dentro de los AIU no son adecuadamente respaldadas por la evidencia o incluso contradichas por la misma la interpretación o el uso propuesto será inválido

- Los AIU no deben seguir un patrón o modelo exacto

Cook et al. (2015) condensan el marco teórico de Kane y brindan algunas nociones para desarrollar inferencias, dentro de la Tabla 7 se encuentra la descripción de cada inferencia.

**Tabla 7**

Tipos de inferencias.

Inferencias	Descripción
Puntuación	Se obtiene a través del desempeño reflejado por el puntaje obtenido por el sujeto.
Generalización	Conecta el puntaje obtenido por un sujeto a una muestra más grande de los posibles resultados del test en una muestra más amplia.
Extrapolación	Conecta los resultados obtenidos en el test a un futuro desempeño del sujeto en el dominio o constructo seleccionado.
Decisión	Conecta los resultados de un individuo a una decisión tomada.

Por último, es importante resaltar que Kane ofrece estas cuatro inferencias para desarrollarse, estableciendo que es probable que ocurran en la mayoría de los AIU pero que no ocurren en todos e incluso podemos agregar algunas otras inferencias (Kane, 2013a).

## **Capítulo 5. Método**

### **5.1. Justificación y Planteamiento**

#### **5.1.1. Pregunta de investigación**

Como se revisó dentro del Capítulo 3, el constructo aceptabilidad ha sido medido de diversas maneras, las cuales no reflejan de manera precisa su multidimensionalidad, por lo tanto, la pregunta de investigación es: ¿Cómo instrumentalizar el constructo aceptabilidad? Por lo que, la elaboración de instrumento es la formal ideal para responder a la problemática.

#### **5.1.2. Objetivos Generales**

Elaborar una escala de aceptabilidad en el contexto mexicano para una población adulta que permita evaluar intervenciones de salud.

#### **5.1.3. Objetivos Específicos**

1. Generar una definición conceptual contextualizada a población mexicana participe en una intervención de tipo psicológica homogénea partir de la revisión de literatura sobre el constructo aceptabilidad.
2. Identificar los componentes que conforman al constructo aceptabilidad.
3. Diseñar, desarrollar, validar y aplicar una escala de aceptabilidad.

#### **5.1.4. Hipótesis**

Debido al tipo trabajo que se desarrolla para este proyecto de tesis no se cuenta con una hipótesis, pero se trabajó con los siguientes supuestos:

- La construcción de una definición clara para el constructo aceptabilidad se debe adaptar al contexto de una intervención particular.
- No hay una definición unificada sobre el constructo aceptabilidad.
- La aceptabilidad suele ser confundida con la satisfacción, la viabilidad o la idoneidad.
- No hay una escala que satisfaga la evaluación de la aceptabilidad para intervenciones de salud en población mexicana.

#### **5.1.5. Participantes**

Se llevó a cabo la recolección de datos para la construcción del instrumento pensando en una población compuesta por hombres y mujeres mayores de edad que participaron en una intervención de tipo psicológica que tenía por tema “Regulación emocional docente”, el

grupo de docentes estuvo conformado por 28 maestras y maestros de primaria y secundaria pertenecientes al Colegio Agustín García Conte.

#### **5.1.6. Criterios de selección**

Las personas deben ser mujeres y hombres, mayores de edad, participantes en una intervención de tipo psicológica homogénea, este último requisito hace referencia a que todos los participantes deben haber sido expuestos al mismo tipo de actividades y contenidos de la intervención. Por último, deberán haber entregado o firmado el consentimiento informado.

#### **5.1.7. Criterios de eliminación**

No haber completado el cuestionario.

### **5.2. Construcción del instrumento**

Para construir el instrumento se siguieron 11 de los 12 pasos que propone Lane (2015) para el proceso de diseño, desarrollo y validación de un instrumento de medición, el único paso que se omitió fue el 9, a continuación, se describen los pasos:

1. Plan general: consiste en la elaboración de un plan detallado sobre el desarrollo del instrumento (Anexo 1).
2. Definición del dominio: nombrar y definir el dominio a ser medido, se debe proveer las declaraciones sobre por qué se medirán de esa forma, basado en el conocimiento, habilidades y aptitudes que debe poseer el examinado. Además, se ha usado el método descrito anteriormente por Hox (1997).
3. Especificaciones del contenido: desarrollar las especificaciones del contenido para guiar la elaboración de ítems.
4. Elaboración de ítems: identificar formatos viables y materiales; elaborar los ítems y obtener evidencias de validez para argumentar sobre el uso de los ítems.

Para la elaboración de ítems se siguieron las especificaciones que plantea DeVellis (2012):

- a. Tener en cuenta el propósito de la escala.
- b. Crear una cantidad mayor a la requerida, se empleó la regla que mencionan Haladyna y Rodriguez (2013), la cual consiste en multiplicar el número deseado de ítems por un factor de 2.5.

- c. La pregunta debe ser redundante para que logre captar el constructo, pero no repetitiva.
  - d. No elaborar ítems demasiado largos.
  - e. Escribir los ítems en negativo puede causar confusión en los participantes.
  - f. El formato se debe determinar dependiendo del fenómeno y las metas.
  - g. Elección de número de respuestas.
  - h. Es mejor que las declaraciones sean fuertes, pero no extremas, ya que las declaraciones débiles pueden causar que los sujetos siempre estén de acuerdo.
5. Prueba de diseño y ensamble: diseñar y crear formas del instrumento basado en las especificaciones del mismo.
  6. Producción del instrumento: producir el instrumento de manera clara, precisa y accesible.
  7. Administración del instrumento: administrar el instrumento de manera estandarizada.
  8. Puntuaciones: establecer una política de control de calidad y los procedimientos para puntuar y tabular las respuestas al ítem.
  9. Puntos de corte: establecer puntos de corte consistentes con los objetivos del instrumento.
  10. Reporte de puntuaciones del test: desarrollo de reportes de la puntuación, los cuales deben ser accesibles y entendibles.
  11. Seguridad del instrumento: establecer políticas y procedimientos para asegurar seguridad durante la etapa de desarrollo y administración.
  12. Documentación del instrumento: realizar reportes técnicos del instrumento.

### **5.3. Recopilación de evidencias de validez y confiabilidad**

#### **5.3.1. Evidencias de confiabilidad**

Para realizar los análisis de confiabilidad se usó el programa estadístico JASP (JASP Team, 2023), en donde se realizó un análisis de confiabilidad bayesiano para cada subdimensión, para las configuraciones del análisis se solicitó que el programa mostrara la media de la distribución posterior para los índices de  $\omega$  y  $\alpha$ , además de la información sobre cómo

cambiarían los índices al remover ciertos ítems. A partir de esos análisis se removieron ítems que no contribuían a la obtención de buenos índices.

### **5.3.2. Evidencias de validez de contenido**

Para la recopilación de esta evidencia de validez que se realizó a lo largo de un mes, se formó un comité de validación integrado por 5 personas expertas de contenido, para formar parte del jueceo las personas expertas debían contar con un Posgrado de Psicología o áreas afines y tener experiencia en el diseño de intervenciones psicológicas, además de cumplir con esos criterios, eran pertenecientes al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” o la Facultad de Psicología UNAM.

A las personas expertas se les entregó un consentimiento informado (Anexo 2) y un protocolo (Anexo 3) en el cual se les proveía de información relevante para que posteriormente pudieran contestar un Google forms (Anexo 4) en donde asignaron una puntuación en tres aspectos:

- a. El ítem se comprende fácilmente, su sintáctica y semántica son adecuadas
- b. El ítem tiene una relación lógica con la dimensión a medir
- c. La relevancia: el ítem es esencial y debe ser incluido en la escala

Y de manera general para cada dimensión:

- a. Suficiencia: los ítems son suficientes para medir la dimensión planteada

Las personas expertas de contenido puntuaron cada ítem en las categorías correspondientes asignando una puntuación entre 1 y 5, siendo la puntuación más baja y alta respectivamente; además si existieron comentarios adicionales, ofrecieron sus observaciones sobre los ítems de cada dimensión en un apartado específico.

### **5.3.3. Evidencias de estructura interna**

Como lo especifican Hill et al. (2022) los análisis factoriales y los análisis de confiabilidad pueden fungir como evidencia de estructura interna, sobre todo porque el  $\alpha$  de Cronbach está basado en la covarianza entre los ítems de la escala. Cuando esta es unidimensional y cada ítem captura el puntaje verdadero igualmente bien, entonces el  $\alpha$  de Cronbach es igual a la confiabilidad (Lord et al., 1968). Por lo anterior se utilizaron los índices obtenidos para

cada subdominio para abonar a la parte de las evidencias de estructura interna (Rios y Wells, 2014).

#### **5.3.4. Evidencias de relaciones de los puntajes del instrumento con otras variables**

Se realizó una búsqueda para elegir un instrumento que cumpliera con características del constructo propuesto, se encontró un instrumento llamado “*TFA acceptability questionnaire*” (Sehkon et al., 2022) (Anexo 6) el cual cumple con características para medir aceptabilidad. Se realizó la traducción del instrumento, se contó con 2 investigadores (CR y RV) que revisaron la primera traducción que se realizó de inglés a español, posterior a ello se sometió la traducción a la opinión de 5 personas expertas en contenido, las cuales contaban con un posgrado en Psicología o áreas afines y cuentan con experiencia en diseño de intervenciones, se aplicó el instrumento en conjunto con la escala de aceptabilidad elaborada como parte de esta tesis para observar la correlación que presentan.

#### **5.3.5. Evidencias de consecuencias vinculadas a la evaluación**

Se realizó una serie de AIU basados en el marco de Kane (2013), en donde se argumentó cada uno de ellos.

#### **5.4. Piloteo**

El piloteo se realizó tomando en cuenta que los ítems deben ser probados en una muestra heterogénea que represente el rango completo de la población objetivo (Clark y Watson, 1995), además (Johanson y Brooks, 2010) sugieren que un total de 30 participantes de la población de interés es un mínimo razonable para un estudio piloto cuyo objetivo es el desarrollo de una escala, mientras que (Hertzog, 2008) sugiere que un grupo de entre 30 y 40 participantes si deseamos estimar la discriminación de los ítems.

Debido a lo anterior y aunado a que los análisis bayesianos (para una revisión detallada de este método de estimación se sugiere revisar a Wetzels et al., (2015)), como los que se condujeron, no requieren muestras grandes (Van De Schoot et al., 2015) el piloteo se realizó con una muestra objetivo que cumpliera con los criterios de inclusión, conformada por 28 participantes que se encontraban en un taller de Regulación emocional docente, dicho taller tomó lugar en un recinto dentro del Colegio Agustín García Conte, tuvo una duración de dos horas, dentro de los temas se revisaron diferentes elementos que componen a la regulación emocional, así como la identificación de situaciones en dónde se ha llevado a cabo dentro del aula y en eventos relacionados con la academia.

Dentro de esta muestra se contó con docentes de primaria y secundaria, durante la aplicación se entregó a los participantes un consentimiento informado (Anexo 7), la escala de aceptabilidad elaborada como producto de esta tesis (Anexo 8) junto con las instrucciones para responder la escala y, por último, el TFA acceptability questionnaire que se tradujo anteriormente.

Se debe puntualizar que la escala preliminar se construyó pensando en el consumo de ETA, pero teniendo los hallazgos de Maxwell (2014), en los cuales describe que un porcentaje de las personas consumidoras que participaron reportaban experiencias de negligencia o abuso, eran policonsumidores de otras sustancias, tenían prácticas relacionadas con el intercambio o trabajo sexual, además de poseer altos niveles de desempleo y arrestos por robo, así como bajos niveles educativos, lo cual de acuerdo con Ortíz et al. (2003), hace a las personas consumidoras de ETA una población de difícil acceso.

Sin embargo, se identificó que la escala preliminar no contenía aspectos que fueran específicos sobre el consumo de ETA, lo que permitió realizar el piloteo con una muestra que cumpliera con características adecuadas, para llegar a una versión depurada de un instrumento que, a diferencia del planteamiento inicial, permite la medición de la aceptabilidad de intervenciones que estén relacionadas a la salud.

## Capítulo 6. Resultados

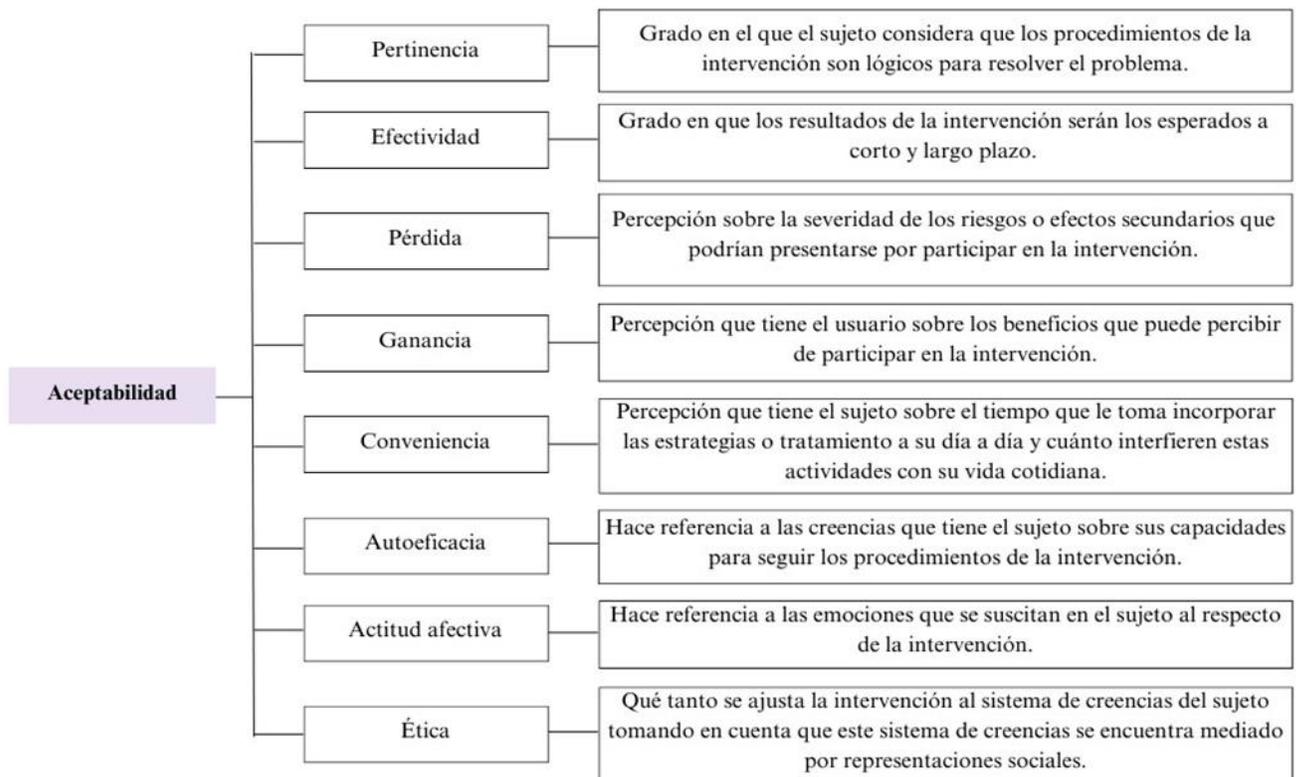
Dentro de este capítulo se presentan los resultados, el orden de estos se presenta conforme se fueron obteniendo y en concordancia con los pasos antes descritos para la elaboración de la escala.

### 6.1. Definición conceptual del constructo

A partir de lo anterior, así como de las menciones que hacen los autores sobre lo que está contenido en el constructo de aceptabilidad se obtiene una definición unificada:

*“Juicio que hace el sujeto sobre la efectividad y coherencia de la intervención tomando en cuenta creencias individuales y colectivas, así como actitudes o experiencias previas.”*

Además de esto, se elaboraron las nuevas subdimensiones que estarán contenidas en el instrumento (Figura 1).



Nota: Figura de elaboración propia, con base en Kazdin (1980), Sidani y Braden (2011), Sehkou et al. (2017).

## 6.2. Evidencias de Consecuencias vinculadas a la evaluación

Puntuaciones de la escala.

Para obtener los puntajes sobre la aceptabilidad de la intervención de cada participante se debe hacer una suma de la puntuación que estableció el participante para cada ítem. Para los ítems AL11, AL14, AL16, AC22, AC26, AC27, AF36 y AF38 se deben recategorizar los puntajes, debido a que los ítems se encuentran redactados en forma negativa.

Para los ítems que se deben recategorizar, se deben cambiar los números de la siguiente manera:

- 1 a 5
- 2 a 4
- 4 a 2
- 5 a 1

El puntaje máximo para el total de los 28 ítems corresponde a 140 puntos.

Interpretación de los puntajes.

Un puntaje alto en esta escala indica que el participante en una intervención de salud considera que la intervención es aceptable, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Es pertinente
- b) Es efectiva
- c) No conlleva riesgos o efectos secundarios
- d) Produce beneficios
- e) Es conveniente
- f) Se considera capaz de llevarla a cabo
- g) Le genera emociones positivas
- h) Considera que se ajusta a su sistema de creencias

*Argumento:* debido a la revisión documental sobre el constructo de aceptabilidad, se proponen un total de 8 subdimensiones que la componen. Por lo tanto, al obtener un puntaje alto general se puede asumir que la intervención es aceptable para los participantes y de manera puntual, se puede observar en qué subdimensiones los participantes puntúan alto o bajo a la intervención.

Usos de la escala

La escala de aceptabilidad debe ser usada bajo las siguientes circunstancias:

- a) Es aplicada para una intervención que se llevó a cabo de manera homogénea para todos los participantes, es decir, ninguno de ellos recibió información/tratamiento diferente a alguno de los otros participantes.

*Argumento:* si los participantes no recibieron una intervención que tuviera los mismos procedimientos, puede haber cambios en las experiencias de los participantes, lo cual puede modificar de manera favorable o desfavorable la opinión sobre la intervención.

- b) La intervención cumplió con lineamientos éticos.

*Argumento:* esto en congruencia con el Código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007):

“Art 8. El psicólogo es responsable de la conducción ética de la investigación que realiza o la de otras personas bajo su supervisión o control. El psicólogo permite a los investigadores y ayudantes a desempeñar sólo aquellas tareas para las cuales hayan recibido la capacitación y preparación apropiadas. Como parte del proceso de desarrollo e implementación de proyectos de investigación, el psicólogo consulta con expertos respecto a cualquier población especial, como personas pertenecientes a culturas distintas a la suya propia.” De ahí que se estipule que la escala sea usada para intervenciones que cumplan con lo anterior.

- c) La intervención cuenta con un desarrollo teórico y/o de investigación que avala los procedimientos que se llevaron a cabo dentro de la misma.

*Argumento:* esto en congruencia con el Código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007):

“Art. 1. Los servicios, la enseñanza, y la investigación que realiza el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación experiencia supervisada o profesional que haya recibido formalmente.” Debido a lo anterior se espera que la escala solo sea usada cuando cumpla con los criterios anteriores.

La escala de aceptabilidad puede ser usada para:

- a) Ayudar a evaluar la intervención y realizar cambios posteriores basados en los puntajes obtenidos en la misma.

*Argumento:* puntajes altos o bajos en cierta dimensión pueden proveer información sobre qué aspectos de la intervención son los que causan una alta o baja aceptabilidad de la intervención.

La escala de aceptabilidad no puede:

- a) Ser utilizada como única prueba sobre si una intervención debe seguir poniéndose en práctica.

*Argumento:* la intervención puede tener puntajes de aceptabilidad altos pero otros constructos como la factibilidad pueden arrojar información adicional. Recordemos que la aceptabilidad es sólo uno de los diversos factores que deben tomarse en cuenta al momento de evaluar una intervención de salud.

### **6.3. Evidencias de contenido**

Se contó con un total de 56 ítems (Anexo 4), siete de ellos para cada dimensión, a continuación, se observa en la Tabla 8 un resumen de los ítems que fueron eliminados después del jueceo.

#### **Tabla 8**

Resumen de ítems después del jueceo.

Condición del ítem	Número de ítems en esa condición
Puntajes perfectos	9
Sin cambios con puntajes aceptables	14
Con cambios	23
Eliminados	10

Nota: puntajes perfectos: puntuación de 5 en los aspectos evaluados (comprensión, lógica y relevancia), puntajes aceptables: puntuación de 4 a 5 en los aspectos evaluados o sólo una puntuación de 3 en uno de los aspectos.

Al finalizar con las modificaciones y sugerencias hechas por parte de las personas expertas en contenido se obtuvieron un total de 46 ítems que fueron utilizados en la escala que se aplicó durante el piloteo.

#### 6.4. Análisis psicométricos

El primer análisis estadístico que se realizó fue el análisis de confiabilidad bayesiano que, como se describió en el método, fue útil para determinar la confiabilidad de cada subdominio, así como para abonar a las evidencias de estructura interna. Los índices obtenidos para cada subdominio que se muestran en la Tabla 9 fueron obtenidos después de eliminar aquellos ítems que restaban a la confiabilidad, o que aún después de haber sido recategorizados como correspondía seguían disminuyendo el coeficiente de confiabilidad.

**Tabla 9**

Índices obtenidos en el Análisis de Confiabilidad bayesiano (n=28).

Subdominio	Números de ítems por dimensión	Media de la distribución posterior	
		$\omega$ de McDonald (IC 95%)	$\alpha$ de Cronbach (IC 95%)
Pertinencia	4	0.664 (0.457-0.843)	0.805 (0.685-0.907)
Efectividad	3	0.703 (0.484-0.863)	0.840 (0.744-0.925)
Pérdida	3	0.890 (0.808-0.959)	0.968 (0.947-0.986)
Ganancia	4	0.803 (0.696-0.906)	0.859 (0.784-0.934)
Conveniencia	3	0.854 (0.758-0.932)	0.926 (0.875-0.966)
Autoeficacia	5	0.743 (0.601-0.880)	0.823 (0.722-0.916)
Actitud afectiva	6	0.667 (0.463-0.845)	0.757 (0.604-0.885)
Ética	-	0.207 ( $2.824 \times 10^{-6}$ - 0.441)	-0.340 (-1.170-0.390)

Nota. Para la  $\omega$  de McDonald la media de la distribución posterior es igual a (n), análogamente para la  $\alpha$  de Cronbach. IC: intervalos de confianza.

Recordando que Pfadt et al. (2021) plantean que el intervalo bayesiano de confianza es análogo al intervalo de confianza frecuentista y en conjunto con lo que exponen Campo-Arias et al. (2008) el índice de  $\alpha$  de Cronbach u  $\omega$  de McDonald son aceptables si se encuentran entre .70 y .79, mientras que en condiciones más exigentes se prefieren valores de 0.80 y 0.90.

Como podemos observar en la tabla anterior se obtuvieron índices bastante aceptables para el  $\alpha$  de Cronbach en 7 de los 8 subdominios, siendo ética el único subdominio que no cumple con el criterio, mientras que para la  $\omega$  de McDonald solo se obtuvieron índices aceptables para 5 de los 7 subdominios, los subdominios que no cumplieron con el criterio fueron pertinencia, actitud afectiva y ética. El subdominio “Ética” aún sin depurar ítems presentó índices muy pobres, con una  $\omega$  de McDonald de .207 y una  $\alpha$  de Cronbach negativa, lo cual nos indica que los ítems pertenecen a más de una dimensión o que están relacionados de manera negativa (Krus y Helmstadter, 1993). Para los demás subdominios se realizó el proceso de eliminación de ítems con los cuales se tuviera una distribución posterior mayor a 0.60, mejorando los índices de confiabilidad. La Tabla 10 muestra un desglose de los ítems que fueron depurados para obtener un mejor ajuste en cada dimensión.

**Tabla 10**

Ítems que se eliminaron por subdimensión

Subdominio	Ítems eliminados
Pertinencia	AP4
Efectividad	AE8 y AE9
Pérdida	AL12, AL13 y AL15
Ganancia	No se eliminaron ítems para esta dimensión debido a los índices obtenidos en el análisis de confiabilidad.
Conveniencia	AC21, AC23, AC24 y AC25
Autoeficacia	AA33
Actitud afectiva	AF40
Ética	Se eliminó la dimensión debido a los índices inadecuados obtenidos en el análisis de confiabilidad

Con los índices que mostró el análisis anterior se tomó la decisión de eliminar el subdominio “Ética”, debido a que aún eliminando ítems el coeficiente de confiabilidad que obtenía era deficiente y se encontraba fuera de los rangos recomendados. Después de este análisis la escala depurada cuenta con 28 ítems (Anexo 9).

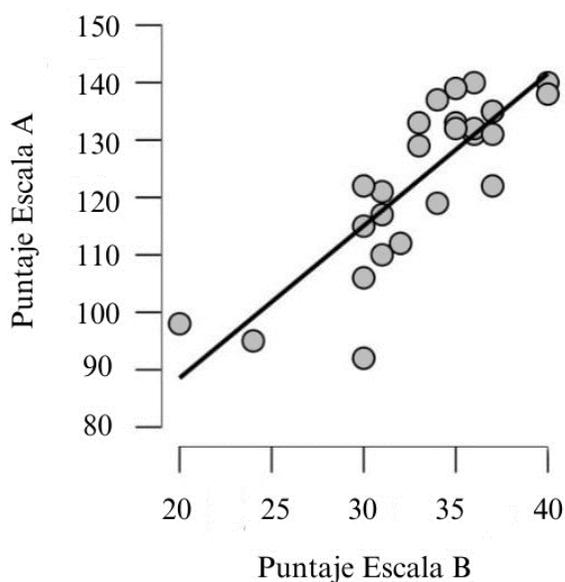
Para continuar con la parte de análisis estadísticos, se realizó una Correlación Bayesiana de Pearson entre los puntajes de la escala de aceptabilidad creada y los puntajes de la escala de aceptabilidad traducida de inglés a español, para obtener evidencias de relaciones de los

puntajes del instrumento con otras variables, en donde se obtuvo una correlación fuerte y positiva de 0.828, y se muestra en la Figura 2.

Con esta correlación obtenemos una evidencia de relación de los puntajes del instrumento con otra variable de tipo convergente, ya que, para ambos instrumentos, a mayor puntaje en uno, mayor puntaje en el otro y así concluyen los análisis estadísticos.

**Figura 2.**

Correlación entre las puntuaciones observadas en las escalas A y B.



Nota. El eje “Puntaje Escala A” corresponde a los puntajes obtenidos en la escala de aceptabilidad creada para esta tesis, mientras que el eje “Puntaje Escala B” corresponde a los obtenidos en la escala que se tradujo “*TFA acceptability questionnaire*” (Sehkon et al., 2022).

## **Capítulo 7. Discusión**

### **7.1. Discusión**

Se llevó a cabo una revisión sobre cómo debía elaborarse la escala de aceptabilidad, tomando en cuenta los puntos desarrollados en el capítulo tercero, en donde se plantea que la aceptabilidad ha sido confundida con otros constructos, dificultando así su medición (Sekhon et al., 2017; Proctor et al. 2011). Además, es un constructo que es de relevancia especial para el desarrollo de intervenciones, ya que las evaluaciones que se hacen a las intervenciones pueden verse afectadas por la aceptabilidad (Craig et al., 2008). Esta idea es reforzada por Sekhon et al. (2022) quienes plantean que la aceptabilidad impacta sobre la implementación, la adherencia, los resultados y la efectividad de la intervención sin importar si la perspectiva viene de parte del personal que provee la intervención o los usuarios.

La escala que se creó para cumplir con los objetivos de esta tesis se desarrolló pensando en el consumo de sustancias, en específico el consumo de ETA's, siguiendo los procedimientos señalados por Lane (2015), sin olvidarnos de lo que plantean Los Estándares para Pruebas Educativas y Psicológicas (AERA, APA, NCME, 2014), lo cual permitió construir una escala ceñida a las buenas prácticas, buscando que las evidencias que proporcionamos logren proporcionar validez a las inferencias y usos que planteamos para la misma.

A partir de los resultados obtenidos, en el análisis de confiabilidad bayesiano se confirmó que 7 de las 8 subdimensiones propuestas a partir de la revisión de la literatura tuvieron un buen desempeño, lo cual proporciona más información sobre la composición del constructo aceptabilidad, se nota la clara relación entre varios de los subdominios, como la pertinencia que habla sobre la lógica de los procedimientos dentro de la intervención y la efectividad que refiere a si el sujeto considera que logrará los resultados que espera, si el sujeto considera que hay lógica en los procedimientos hará el juicio sobre los posibles resultados que obtendrá. Por su parte, la pérdida, la ganancia y la conveniencia hablan del juicio que tiene que realizar el sujeto sobre lo que conlleva su participación en la intervención, mientras que la autoeficacia y la actitud efectiva hablan sobre un aspecto mucho más interno del sujeto, como es la emocionalidad que despierta en él su participación dentro de la intervención.

El subdominio “Ética” no tuvo un buen desempeño dentro de la escala, esto puede ser explicado retomando a Dilip et al. (2012) en donde hacen una diferencia entre la aceptabilidad y la aceptabilidad social en donde describen que la última es una serie de percepciones individuales influenciadas por las representaciones sociales y se ve modificada por las interacciones sociales. En esta tesis se aceptó al subdominio ética debido a la información encontrada en Sehkun et al. (2017), en donde describen el subdominio Ética como el “grado en el que la intervención se alinea al sistema de valores del individuo”.

Retomando la definición acuñada para el subdominio Ética de este trabajo: “qué tanto se ajusta la intervención al sistema de creencias del sujeto tomando en cuenta que este sistema de creencias se encuentra mediado”, se tomaron en cuenta para su elaboración las definiciones propuestas por los autores antes mencionados, se elaboraron los siguientes ítems para este subdominio:

- Considero que no debería hablar de otras personas sobre mi participación en la intervención
- Pienso que la intervención se ajusta con mis creencias e intereses
- Considero que participar en la intervención pone a prueba mis valores
- Considero que la intervención es ética
- Comparto los ideales de la intervención
- Me parecen justas las estrategias que se usan en la intervención

Como podemos observar, los ítems creados realmente dejan ver la relación entre las creencias del individuo y la mediación social, lo cual puede verse claramente reflejado en el jueceo (Anexo 5) que se realizó como parte de las evidencias de contenido, en donde solo uno de los siete ítems iniciales fue eliminado como parte de las sugerencias.

En cuanto a la Correlación Bayesiana de Pearson entre los puntajes de la escala de aceptabilidad creada y los puntajes de la escala de aceptabilidad traducida el índice de 0.828 nos indica una correlación alta y positiva, lo cual nos brinda una evidencia más para respaldar los usos de la escala.

## **7.2. Limitaciones y propuestas para investigaciones futuras**

A pesar de que se encontró una muestra que cumplía con las características estipuladas, el tamaño de la muestra fue limitado, de acuerdo con lo que plantean Gunawan et al. (2021) el tamaño de la muestra puede verse afectado por los recursos disponibles, por lo mismo, el número mínimo de participantes debe ser evaluado de manera individual. Esta limitación pudo ser superada gracias a que se trabajó dentro de un marco bayesiano, ya que el abordaje bayesiano es más sensible para probar hipótesis en condiciones desafiantes como lo son una muestra pequeña (Price, 2012). Pese a que la muestra fue limitada se recomienda utilizar la escala con los subdominios presentados para determinar a través de análisis estadísticos su estructura final. Sobre el subdominio Ética se propondría hacer una revisión más exhaustiva sobre como ocurre el proceso de mediación social para determinar si realmente este subdominio pertenece a este constructo o más bien se ve impactado por la mediación social, tomando al fenómeno de la ética como una covariable antes de descartarlo como un subdominio de la aceptabilidad.

En cuanto a la evidencia de procesos de respuesta que no se recopiló, habrá que recordar que la AERA, APA, NCME (2014) señala que la recopilación de evidencias es de gran importancia, pero no especifica que se deba de contar con todas y tampoco le asigna a alguna de ellas mayor valor. Es por ello que se propone poder recopilar esta evidencia. De igual manera, se sugiere realizar un piloteo que se desprenda de éste, en donde la muestra sea más numerosa para poder llevar a cabo un análisis factorial dentro del marco frecuentista, ya que se recomienda que el tamaño de la muestra responda a la proporción de 3 a 20 veces el número de variables (Mundfrom, et al., 2005), lo cual correspondería tener una muestra de al menos 138. Aunado a lo anterior, es recomendable que este piloteo más grande que se propone, no solo tome en cuenta el número de participantes para lograr su objetivo, sino que además de ello se aplique a una población que se encuentre más acorde a los objetivos de la escala, a pesar de que la regulación emocional es un aspecto que sí impacta sobre el bienestar de los individuos (Nyklíček, et al., 2011), el aplicarlo a una muestra que sea parte de otro tipo de intervención mucho más relacionada a la salud mental podría incrementar las evidencias de validez que presenta esta escala.

En cuanto a los resultados de la correlación, se recomienda realizar el mismo procedimiento tomando en cuenta una variable que teóricamente nos proporcione una evidencia de tipo

discriminante, esto con el fin de sumar a las evidencias de validez. Por último, a pesar de que se cumplieron los objetivos planteados en esta tesis, se propone que a futuro se pueda llevar a cabo un análisis más robusto, como podría ser trabajar desde la Teoría de Respuesta al Ítem o Teoría clásica de los test, incluso contemplando dicha teoría bajo una visión bayesiana, o marcos como el de ecuaciones estructurales (Bechger et al., 2003; Kaplan, D., 2001), e incluso añadiendo evidencias de validez como lo son el funcionamiento diferencial del ítem (Gómez-Benito et al., 2018), con la finalidad de seguir desarrollando el instrumento de aceptabilidad creado, no olvidando que es necesario el monitoreo a través del tiempo y seguir robusteciendo el proceso de recopilación de evidencias.

### **7.3. Conclusiones**

En conclusión, se logró adaptar una escala que permite medir la aceptabilidad para intervenciones de salud, se obtuvo una definición derivada a partir de una revisión del constructo aceptabilidad. Ésta identifica una serie de subdominios que componen al constructo, que en conjunto con las diferentes evidencias de validez y confiabilidad contribuyen a esclarecer la forma en la que se debe medir e incluso plantea nuevas interrogantes sobre su demarcación y relación con otras variables. Esto destaca que el principal propósito de esta escala es poder informar a los desarrolladores y responsables de tomar decisiones sobre el estado de una intervención.

## Referencias

- Addison, M., Kaner, E., Spencer, L., McGovern, W., McGovern, R., Gilvarry, E., y O'Donnell, A. (2021). Exploring pathways into and out of amphetamine type stimulant use at critical turning points: A qualitative interview study. *Health Sociology Review*, 30(2), 111–126. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1811747>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education (2014). Standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association.
- Bechger, T. M., Maris, G., Verstralen, H. H. F. M., y Béguin, A. A. (2003). Using Classical Test Theory in Combination with Item Response Theory. *Applied Psychological Measurement*, 27(5), 319–334. doi:10.1177/0146621603257518
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J., y van Heerden, J. (2004). The concept of validity. *Psychological review*, 111(4), 1061–1071. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.4.1061>
- Brecht, M.-L., Lovinger, K., Herbeck, D. M., y Urada, D. (2013). Patterns of treatment utilization and methamphetamine use during first 10 years after methamphetamine initiation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 548–556. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.12.006>
- Campo-Arias A y Oviedo, HC. (2008) Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev. Salud Pública*, 10(5), 831-839 <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000500015>
- Carter, S. L. (2007). Review of Recent Treatment Acceptability Research. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 42(3), 301-316.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1995). Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319.
- CONADIC. (2021). *Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas*.
- Cook, D. A., Brydges, R., Ginsburg, S., y Hatala, R. (2015). A contemporary approach to validity arguments: A practical guide to Kane's framework. *Medical Education*, 49(6), 560–575. <https://doi.org/10.1111/medu.12678>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., y Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, a1655. doi:10.1136/bmj.a1655
- Cronbach, L. J., y Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Deng, L., y Chan, W. (2017). Testing the Difference Between Reliability Coefficients Alpha and Omega. *Educational and Psychological Measurement*, 77(2), 185–203. <https://doi.org/10.1177/0013164416658325>

- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. SAGE.
- Diepeveen, S., Ling, T., Suhrcke, M., Roland, M., y Marteau, T. M. (2013). Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*, *13*(1), 756. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-756>
- Dillip, A., Alba, S., Mshana, C., Hetzel, M. W., Lengeler, C., Mayumana, I., Schulze, A., Mshinda, H., Weiss, M. G., y Obrist, B. (2012). Acceptability – a neglected dimension of access to health care: Findings from a study on childhood convulsions in rural Tanzania. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-113>
- Doval, E., Viladrich, C., Angulo-Brunet, A. (2023). Coefficient Alpha: The Resistance of a Classic. *Psicothema*, *35*(1), 05-20. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.321>
- Dumas, H. M., Watson, K., Fragala-Pinkham, M. A., Haley, S. M., Bilodeau, N., Montpetit, K., Gorton, G. E., Mulcahey, M. J., y Tucker, C. A. (2008). Using Cognitive Interviewing for Test Items to Assess Physical Function in Children with Cerebral Palsy. *Pediatric Physical Therapy*, *20*(4), 356–362. <https://doi.org/10.1097/PEP.0b013e31818ac500>
- Eckert, T. L., y Hintze, J. M. (2000). Behavioral conceptions and applications of acceptability: Issues related to service delivery and research methodology. *School Psychology Quarterly*, *15*(2), 123–148. <https://doi.org/10.1037/h0088782>
- England, M. J., Butler, A. S., y Gonzalez, M. L., Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders, Board on Health Sciences Policy, & Institute of Medicine (Eds.). (2015). *Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards*. National Academies Press (US).
- Farrell, M., Martin, N. K., Stockings, E., Bórquez, A., Cepeda, J. A., Degenhardt, L., Ali, R., Tran, L. T., Rehm, J., Torrens, M., Shoptaw, S., y McKetin, R. (2019). Responding to global stimulant use: Challenges and opportunities. *The Lancet*, *394*(10209), 1652–1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32230-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32230-5)
- Gómez-Benito, J., Sireci, S., Padilla, J. L., Hidalgo, M. D., y Benítez, I. (2018). Differential Item Functioning: Beyond validity evidence based on internal structure. *Psicothema*, *30*(1), 104–109. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.183>
- Gunawan, J., Marzilli, C., y Aunguroch, Y. (2021). Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nursing Journal*, *7*(5), 356–360. <https://doi.org/10.33546/bnj.1927>
- Haladyna, T. M., y Rodriguez, M. C. (2013). *Developing and Validating Test Items*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203850381>
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, *31*(2), 180–191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>

- Ho, H. T., Le, G. M., y Dinh, T. T. (2013). Female sex workers who use amphetamine-type stimulants (ATS) in three cities of Vietnam: Use and sexual risks related to HIV/AIDS. *Global Public Health*, 8(5), 552–569. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.790459>
- Hox, JJ. (1997). *From theoretical concept to survey question*. Wiley.
- Hubley, A. M., y Zumbo, B. D. (2011). Validity and the Consequences of Test Interpretation and Use. *Social Indicators Research*, 103(2), 219–230. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9843-4>
- JASP Team (2023). JASP (Version 0.17.3)[Computer software].
- Johanson, G. A., y Brooks, G. P. (2010). Initial Scale Development: Sample Size for Pilot Studies. *Educational and Psychological Measurement*, 70(3), 394–400. <https://doi.org/10.1177/0013164409355692>
- Johnson, B. A. (2011). *Addiction Medicine: Science and Practice*. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0338-9>
- Kane, M. T. (2013a). Validating the Interpretations and Uses of Test Scores: Validating the Interpretations and Uses of Test Scores. *Journal of Educational Measurement*, 50(1), 1–73. <https://doi.org/10.1111/jedm.12000>
- Kane, M. T. (2013b). Validation as a Pragmatic, Scientific Activity: Validation as a Pragmatic, Scientific Activity. *Journal of Educational Measurement*, 50(1), 115–122. <https://doi.org/10.1111/jedm.12007>
- Kaplan, D. (2001). Structural Equation Modeling. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 15215–15222. doi:10.1016/b0-08-043076-7/00776-2
- Kazdin, A. E. (1980). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13(2), 259–273. <https://doi.org/10.1901/jaba.1980.13-259>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press.
- Knekta, E., Runyon, C., y Eddy, S. (2019). One Size Doesn't Fit All: Using Factor Analysis to Gather Validity Evidence When Using Surveys in Your Research. *CBE—Life Sciences Education*, 18(1), rm1. <https://doi.org/10.1187/cbe.18-04-0064>
- Korf, D. J., y European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Eds.). (1999). *Outreach work among drug users in Europe: Concepts, practice, and terminology*. Office for Official Publications of the European Communities : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Krus, D. J., y Helmstadter, G. C. (1993). The Problem of Negative Reliabilities. *Educational and Psychological Measurement*, 53(3), 643–650. doi:10.1177/0013164493053003005
- Lau, N., Sales, P., Averill, S., Murphy, F., Sato, S.-O., y Murphy, S. (2015). A safer alternative: Cannabis substitution as harm reduction: Cannabis substitution as harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 34(6), 654–659. <https://doi.org/10.1111/dar.12275>

- Lebow, J. L. (1987). Acceptability as a simple measure in mental health program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 10(3), 191–195. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(87\)90028-0](https://doi.org/10.1016/0149-7189(87)90028-0)
- Liebrechts, N., Rigoni, R., Petruželka, B., Barták, M., Rowicka, M., Zurhold, H., y Schiffer, K. (2022). Different phases of ATS use call for different interventions: A large qualitative study in Europe. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00617-5>
- Lord, F.M., Novick, M.R., y Birnbaum, A. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Addison-Wesley.
- Markus, K. A., & Borsboom, D. (2013). *Frontiers of test validity theory: Measurement, causation, and meaning*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Maxwell, J. C. (2014). A New Survey of Methamphetamine Users in Treatment: Who They are, Why They Like “Meth,” and Why They Need Additional Services. *Substance Use & Misuse*, 49(6), 639–644. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.841244>
- McCoach, D. B., Gable, R. K., y Madura, J. P. (2013). Evidence Based on Relations to Other Variables: Bolstering the Empirical Validity Arguments for Constructs. En D. B. McCoach, R. K. Gable, & J. P. Madura, *Instrument Development in the Affective Domain* (pp. 209–248). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7135-6\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7135-6_6)
- Messik, Samuel. (1994). *Validity of Psychological Assessment: Validation of Inferences from Person's Responses and Performances as Scientific Inquiry into score meaning*. Educational Testing Service, Princeton.
- Mundfrom, D. J., Shaw, D. G., y Ke, T. L. (2005). Minimum Sample Size Recommendations for Conducting Factor Analyses. *International Journal of Testing*, 5(2), 159–168. [doi:10.1207/s15327574ijt0502\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327574ijt0502_4)
- Nyklíček, I., Vingerhoets, A. y Zeelenberg, M. (2011). *Emotion Regulation and Well-Being: A View from Different Angles*. Emotion Regulation and Well-Being. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6953-8\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6953-8_1)
- O'Donnell, A., Addison, M., Spencer, L., Zurhold, H., Rosenkranz, M., McGovern, R., Gilvarry, E., Martens, M.-S., Verthein, U., y Kaner, E. (2019). Which individual, social and environmental influences shape key phases in the amphetamine type stimulant use trajectory? A systematic narrative review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Addiction*, 114(1), 24–47. <https://doi.org/10.1111/add.14434>
- Ortiz, A., Galván, J., Rodríguez, R., Vega, L., Villatoro V., J. A., Fleiz Bautista, C., y Medina-Mora, M. E. (2003). *Estudio de poblaciones ocultas y de difícil acceso*. Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones.

- Peterson, C. H., Peterson, N. A., y Powell, K. G. (2017). Cognitive Interviewing for Item Development: Validity Evidence Based on Content and Response Processes. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4), 217–223. <https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1339564>
- Pfadt, J. M., Van Den Bergh, D., Sijtsma, K., Moshagen, M., y Wagenmakers, E.-J. (2021). Bayesian Estimation of Single-Test Reliability Coefficients. *Multivariate Behavioral Research*, 57(4), 620–641. <https://doi.org/10.1080/00273171.2021.1891855>
- Price, L. R. (2012). Small Sample Properties of Bayesian Multivariate Autoregressive Time Series Models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 19(1), 51–64. doi:10.1080/10705511.2012.634712
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., y Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards* (p. 19013). (2015). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/19013>
- Rigoni, R., Breeksema, J., y Woods, S. (2018). *Speed Limits. Harm Reduction for people who use stimulants*. Mainline Foundation.
- Rigoni, Rafaela; Liebrechts, Nienke; Schiffer, Katrin. (2021). *Treatment, prevention and harm reduction interventions for different forms of ATS use*. Correlation-European Harm Reduction Network.
- Rios, J., y Wells, C. (2014). Validity evidence based on internal structure. *Psicothema*, 26(1), 108–116. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.260>
- Ryan, K., Gannon-Slater, N., y Culbertson, M. J. (2012). Improving Survey Methods With Cognitive Interviews in Small- and Medium-Scale Evaluations. *American Journal of Evaluation*, 33(3), 414–430. <https://doi.org/10.1177/1098214012441499>
- Scott, R. M., Hides, L., Allen, J. S., y Lubman, D. I. (2013). Coping style and ecstasy use motives as predictors of current mood symptoms in ecstasy users. *Addictive Behaviors*, 38(10), 2465–2472. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.05.005>
- Secretaria de Salud. (2022). *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones*.
- Sekhon, M., Cartwright, M., y Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>

- Sekhon, M., Cartwright, M. y Francis, J.J. (2022) Development of a theory-informed questionnaire to assess the acceptability of healthcare interventions. *BMC Health Services Research*, <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07577-3>
- Sidani, S., y Braden, C. J. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118785553>
- Sireci, S., y Faulkner-Bond, M. (2014). Validity evidence based on test content. *Psicothema*, 26(1), 100–107. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.256>
- Sireci, S. (1998a). Gathering and Analyzing Content Validity Data. *Educational Assessment*, 5(4), 299–321. [https://doi.org/10.1207/s15326977ea0504\\_2](https://doi.org/10.1207/s15326977ea0504_2)
- Sireci, S. (1998b). *The Construct of Content Validity*.
- Sireci, S., y Parker, P. (2006). Validity on Trial: Psychometric and Legal Conceptualizations of Validity. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 25(3), 27–34. <https://doi.org/10.1111/j.1745-3992.2006.00065.x>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Spencer, L. P., Addison, M., Alderson, H., McGovern, W., McGovern, R., Kaner, E., y O'Donnell, A. (2021). 'The Drugs Did For Me What I Couldn't Do For Myself': A Qualitative Exploration of the Relationship Between Mental Health and Amphetamine-Type Stimulant (ATS) Use. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15, 117822182110608. <https://doi.org/10.1177/11782218211060852>
- ten Holt, J. C., van Duijn, M. A. J., y Boomsma, A. (2010). Scale construction and evaluation in practice: A review of factor analysis versus item response theory applications. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52(3), 272–297.
- Tran, M. T. N., Luong, Q. H., Le Minh, G., Dunne, M. P., y Baker, P. (2021). Psychosocial Interventions for Amphetamine Type Stimulant Use Disorder: An Overview of Systematic Reviews. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 512076. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.512076>
- United Nations Office on drugs and labor. (2021). *World Drug Report 2020*. United Nations.
- UNODC. (2023). *World Drug Report 2023*. United Nations.
- Van De Schoot, R., Broere, J. J., Perryck, K. H., Zondervan-Zwijnenburg, M., y Van Loey, N. E. (2015). Analyzing small data sets using Bayesian estimation: The case of posttraumatic stress symptoms following mechanical ventilation in burn survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 25216. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25216>
- Vu, B. N., Mulvey, K. P., Baldwin, S., y Nguyen, S. T. (2012). HIV risk among drug-using men who have sex with men, men selling sex, and transgender individuals in Vietnam. *Culture, Health & Sexuality*, 14(2), 167–180. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.630756>
- Wetzels, R., van Ravenzwaaij, D., y Wagenmakers, E.-J. (2015). Bayesian Analysis. The Encyclopedia of Clinical Psychology, 1–11. doi:10.1002/9781118625392.wbecp45

## ANEXOS

### Anexo 1. Plan general de elaboración de la escala

Pasos	Actividades específicas
1. Elaboración del plan General	a) Revisión documental sobre construcción de instrumentos. b) Revisión documental de evidencias de validez y confiabilidad.
2. Definición del dominio	a) Revisión documental del concepto aceptabilidad. b) Construcción de la definición y sus dimensiones basadas en la revisión documental.
3. Especificaciones del contenido	a) Revisión sobre procesos cognitivos y taxonomía de Bloom. b) Revisión sobre opciones de respuesta.
4. Elaboración de ítems	a) Revisión sobre redacción de ítems.
5. Prueba de diseño y ensamble	a) Elaboración de un documento en Google forms. b) Revisión de redacción y congruencia de los ítems por parte de la directora y revisor de tesis.
5.1 Evidencias de validez	a) Recopilación de evidencias de validez de contenido a partir de un jueceo. b) Reajuste del instrumento basado en los comentarios de las personas expertas. c) Búsqueda de un instrumento para ser usado como evidencia de validez de relación con otras variables.
6. Producción del instrumento	a) Elaboración del instrumento en un formato adecuado a la muestra que participa.
7. Administración del instrumento	a) Revisión documental sobre cómo conducir el piloteo y elección del tamaño muestral. b) Recopilación de evidencias de validez: Estructura interna De relación con otras variables
8. Puntuaciones	a) Estos apartados se reportan dentro del apartado de evidencias de validez de usos y consecuencias.
9. Puntos de corte	
10. Reportes de puntuaciones del test	
11. Seguridad del instrumento	a) Se establecen reglas para la aplicación del instrumento para asegurar su estandarización.
12. Documentación del instrumento.	a) Reporte de evidencias de validez. b) Reporte de índices psicométricos c) Elaboración final de la tabla de especificaciones acorde con los resultados.

## **Anexo 2. Consentimiento informado para personas expertas.**

### **Carta compromiso de confidencialidad Facultad de Psicología, UNAM**

Ciudad de México, abril de 2023

Por medio de la presente carta compromiso siendo mayor de edad y en plena capacidad de mis facultades mentales, a partir de la fecha en que acepto los términos de esta carta compromiso de confidencialidad me integro como persona experta de contenido al proyecto de tesis de Daniela Peralta Chavolla de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para la fase de validación, para ello confirmo que:

Tengo experiencia en desarrollo de intervenciones de salud mental.  
Cuento con un posgrado en Psicología o áreas afines.

Me comprometo a no divulgar, ni utilizar para mi bien propio o el de un tercero cualquier tipo de información, de forma escrita, verbal, o visual, directa o indirecta, que se considere sensible o de carácter confidencial, proveniente de mi participación y colaboración al proyecto de tesis “Operacionalización del constructo Aceptabilidad para su evaluación en Intervenciones de Salud”.

Algunos puntos a considerar más sobresalientes se expresan a continuación:

- Me comprometo a mantener de forma confidencial la información a la que tenga acceso y reciba. Por lo tanto, no podré divulgar información a ningún medio impreso o electrónico, de forma verbal, escrita o visual sobre las actividades, funciones, materiales, procesos y demás detalles que forman parte del proyecto de tesis.
- Acepto eliminar todo tipo de información obtenida de mis aparatos electrónicos o dispositivos de almacenamiento (celular, computadora, memorias extraíbles, discos duros, tarjetas de video, o similar) que contengan información o relación con este proyecto, una vez concluida mi participación de validación.
- Abstenerse de usar grabadoras, cámaras fotográficas, de video, audio o cualquier otro dispositivo de almacenamiento que pueda reproducir parcial o totalmente la información de este proyecto, queda rigurosamente prohibido.
- Quedará estrictamente prohibido utilizar el mismo instrumento de evaluación.
- La vigencia de esta carta compromiso de confidencialidad será de tiempo indefinido y permanecerá vigente mientras exista relación receptora.
- Estoy consciente que al revelar cualquier información confidencial podría recibir una sanción a partir de los reglamentos y lineamientos con los que se rige esta Casa de Estudios de manera discrecional y por las leyes penales que correspondan y a lo que señale el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
- Deslindo a la Facultad de Psicología de cualquier responsabilidad a consecuencia de la falta de cumplimiento de la presente carta.

### **Anexo 3. Protocolo de validación**

#### **Protocolo de validación de contenido**

Este es un instructivo para la recopilación de evidencias de validez de contenido para un instrumento que pretende medir el constructo aceptabilidad para una intervención de salud. A continuación, se describen una serie de pasos para que este proceso pueda ser ágil y eficaz.

Como persona experta de contenido, tendrá a su disposición tres documentos que le serán de utilidad en su participación como juez/a de los ítems que han sido elaborados para formar parte del instrumento, a continuación se presenta la lista de los mismos:

Protocolo de validación.

Tabla de Especificaciones.

Formulario de Google

Dentro del formulario se desplegará el contenido de cada ítem, dentro de cada sección encontrará la definición que se busca evaluar. Con respecto a esta definición, usted deberá calificar 4 aspectos:

Claridad: el ítem se comprende fácilmente, su sintáctica y semántica son adecuadas.

Coherencia: el ítem tiene una relación lógica con la dimensión a medir.

Relevancia: el ítem es esencial y debe ser incluido en la escala.

Suficiencia: los ítems son suficientes para medir la dimensión planteada

Deberá puntuar del 1 al 5 cada ítem para cada uno de los aspectos, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.

Por último, se le invita a dejar sus comentarios en la sección destinada. En dicha sección, puede escribir cómo podrían mejorar (si ese fuera el caso) los ítems que usted considere, si le gustaría agregar o eliminar algún ítem. Si considera que no se necesita ningún cambio favor de escribir N/A.

Una vez que haya finalizado con la revisión de los ítems, proceda a revisar sus respuestas y al estar satisfecha o satisfecho con el resultado, haga favor de enviar el formulario.

En caso de tener alguna duda al momento de registrar sus respuestas o existe algún fallo en el formulario de Google pueden comunicarse al siguiente correo: [danielaperalt.dpc@gmail.com](mailto:danielaperalt.dpc@gmail.com), y se le contestará a la brevedad.

Muchas gracias por su participación.

Atentamente Daniela Peralta Chavolla.

## Anexo 4. Cuestionario Google Forms para jueceo.

### Validación de constructo aceptabilidad

Dentro del siguiente formulario encontrarás los ítems que están siendo validados para un instrumento que planea medir la aceptabilidad dentro de una intervención de salud. Recuerde tener en cercana la tabla de especificaciones al momento de contestar. Se le agradece de antemano su participación.

[Cambiar cuenta](#) 

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Correo electrónico \*

Tu dirección de correo electrónico

### Pertinencia

A continuación se presentan los ítems de la dimensión pertinencia:  
*"Grado en el que el sujeto considera que los procedimientos de la intervención son lógicos para resolver el problema."*  
Por favor seleccione la calificación que le asigna a cada ítem en las tres categorías presentadas.

Me agradan los temas de la intervención. \*

	1- Puntuación mínima	2	3	4	5 - Puntuación máxima
El ítem se comprende fácilmente, su sintáctica y semántica son adecuadas	<input type="radio"/>				
El ítem tiene una relación lógica con la dimensión a medir	<input type="radio"/>				
El ítem es esencial y debe ser incluido en la escala	<input type="radio"/>				

Los ítems que pertenecen a la dimensión **Pertinencia** bastan para obtener la medición de esta. \*

1      2      3      4      5

Comentarios adicionales para la dimensión **Pertinencia**. \*

Tu respuesta 

[Atrás](#)    [Siguiente](#)    [Borrar formulario](#)

Listado de ítems dentro del cuestionario, junto con la definición proporcionada para cada subdimensión:

Dimensión	Definición de la dimensión	Contenido del ítem
Pertinencia	Grado en el que el sujeto considera que los procedimientos de la intervención son lógicos para resolver el problema.	Me agradan los temas de la intervención.
Pertinencia		Entiendo por qué se llevan a cabo las diferentes actividades.
Pertinencia		Me parece lógica la planeación de la intervención.
Pertinencia		Me parecen útiles las estrategias que se emplean en la intervención.
Pertinencia		Cambiaría las estrategias que se usan en la intervención.
Pertinencia		Pensando en otras alternativas, la intervención me parece que tiene mejores contenidos.
Pertinencia		Me queda claro cómo la intervención puede ayudarme.
Efectividad	Grado en que los resultados de la intervención serán los esperados a corto y largo plazo.	Considero que la intervención puede ayudarme a cumplir mis objetivos.
Efectividad		Visualizo que la intervención me dará buenos resultados a largo plazo.
Efectividad		Considero que la intervención mejorará mi condición de salud.
Efectividad		Considero que las estrategias lograrían ayudarme a mejorar mi salud.

Efectividad		Pienso que podré cumplir mis objetivos a corto plazo con ayuda de la intervención.
Efectividad		No considero que al participar en la intervención logre reducir los riesgos a mi salud.
Efectividad		Pienso que la intervención será efectiva.
Pérdida	Percepción sobre la severidad de los riesgos o efectos secundarios que podrían presentarse por participar en la intervención.	Creo que es más costoso para mi estado de salud participar en la intervención.
Pérdida		Pienso que la intervención podría afectar mi salud.
Pérdida		Pienso que las estrategias vistas en la intervención empeorarían mi salud.
Pérdida		No considero que haya efectos secundarios causados por participar en la intervención.
Pérdida		Considero que mi participación afectará otros aspectos de mi vida.
Pérdida		Pienso que las estrategias que me da la intervención ponen en riesgo mi salud.
Pérdida		Pienso que perderé más de lo que ganaré al participar en la intervención.
Ganancia	Percepción que tiene el usuario sobre los beneficios que puede percibir de participar en la intervención.	Creo que participar me ayudará en otros aspectos de mi vida.
Ganancia		Considero que participar mejoraría mi salud general.
Ganancia		Considero que ganaré una mejor salud gracias a las estrategias de la intervención.
Ganancia		No pienso que haya un beneficio de salud después de participar.
Ganancia		Pienso que ganaré más de lo que perderé al participar.
Ganancia		Considero que me beneficiaré mucho de implementar las estrategias.
Ganancia		Mi salud aumentará como resultado de la intervención.
Conveniencia	Percepción que tiene el sujeto sobre el tiempo que le toma incorporar las estrategias o tratamiento a su día a día y cuanto interfieren estas actividades con su vida cotidiana.	Considero que la intervención altera mis actividades del día a día.
Conveniencia		Pienso que las estrategias de la intervención me quitarían mucho tiempo del día.
Conveniencia		Considero que las estrategias de la intervención son fáciles de realizar.
Conveniencia		Podría realizar las estrategias en poco tiempo.

Conveniencia		La intervención me quitaría mucho tiempo del día.
Conveniencia		No creo que me pueda mantener usando las estrategias por mi estilo de vida.
Conveniencia		Hago mucho esfuerzo para poner en práctica los temas de la intervención.
Autoeficacia	Hace referencia a las creencias que tiene el sujeto sobre sus capacidades para seguir los procedimientos de la intervención.	Soy capaz de seguir las estrategias que me da la intervención.
Autoeficacia		No creo poder asistir a las sesiones destinadas para la intervención.
Autoeficacia		Pienso que puedo emplear las estrategias para mejorar mi estado de salud.
Autoeficacia		No me siento capaz de poder implementar las estrategias en el momento necesario.
Autoeficacia		Puedo completar la intervención sin mayor problema.
Autoeficacia		Puedo manejar exitosamente los obstáculos que se me presenten durante la intervención
Autoeficacia		Cuento con las herramientas necesarias para aumentar mi estado de salud.
Actitud afectiva		Hace referencia a las emociones que se suscitan en el sujeto al respecto de la intervención.
Actitud afectiva	Tengo la motivación para participar en la intervención.	
Actitud afectiva	Siento la obligación a participar en la intervención.	
Actitud afectiva	Tengo muchas ganas de participar en la intervención.	
Actitud afectiva	Me siento mal de participar en la intervención.	
Actitud afectiva	Siento seguridad de participar en la intervención.	
Actitud afectiva	Siento esperanza de participar en la intervención.	
Ética	Que tanto se ajusta la intervención al sistema de creencias del sujeto tomando en cuenta que este sistema de creencias se encuentra mediado por representaciones sociales.	Considero que no debería comentar mi participación en la intervención con personas de mi alrededor.
Ética		Pienso que la intervención se ajusta con mis creencias e intereses.
Ética		Considero que participar en la intervención pone a prueba mis valores.

Ética		Considero que la intervención es ética.
Ética		Comparto los ideales de la intervención.
Ética		Pienso que la intervención se ajusta a mis valores y creencias.
Ética		Me parecen justas las estrategias que se usan en la intervención.

## Anexo 5. Ítems con cambios después del jueceo.

Lista de ítems con puntajes perfectos (verde), ítems con cambios (amarillo) e ítems eliminados (rojo) por cada subdominio.

Pertinencia

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AP1	Me agradan los temas de la intervención.	“Me pueden gustar la intervención, pero no significa que pueda resolver el problema” Cambiarlo a “Me gustan los temas que se abordan en la intervención”	Se elimina el ítem, por los comentarios y por las puntuaciones que recibió
AP2	Entiendo por qué se llevan a cabo las diferentes actividades.	Sugerencia: “Entiendo cuál es la finalidad de cada una de las actividades”	Se acepta la sugerencia: Entiendo cuál es la finalidad de cada una de las actividades
AP3	Me parece lógica la planeación de la intervención.		Sin cambios
AP4	Me parecen útiles las estrategias que se emplean en la intervención.	Buenas puntuaciones.	Sin cambios
AP5	Cambiaría las estrategias que se usan en la intervención.		Sin cambios
AP6	Pensando en otras alternativas, la intervención me parece que tiene mejores contenidos.	Comentario: “El reactivo asume que la persona conoce intervenciones ¿o ha tomado muchas o ha impartido muchas?”	Se elimina el ítem por los comentarios y las puntuaciones que recibió.

AP7	Me queda claro cómo la intervención puede ayudarme.	“Me queda claro cómo puede ayudarme la intervención”	Se acepta la corrección: Me queda claro cómo puede ayudarme la intervención.
-----	---	--	---

### Efectividad

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AE8	Considero que la intervención puede ayudarme a cumplir mis objetivos.	Se sugiere que hay gran parecido entre AE8 y AE12.	Se elimina debido a la similitud con AE12.
AE9	Visualizo que la intervención me dará buenos resultados a largo plazo.	Cambiar visualizar por considero/creo/espero	Se acepta la sugerencia: Considero que la intervención me dará buenos resultados a largo plazo.
AE10	Considero que la intervención mejorará mi condición de salud.	Sugerencia: Considero que la intervención me ayudará a mejorar mi salud	Se acepta la sugerencia: Considero que la intervención me ayudará a mejorar mi salud
AE11	Considero que las estrategias lograrían ayudarme a mejorar mi salud.	Cambiar lograrían por lograrán Sugieren que este ítem es muy parecido a AE10	Se elimina ítem AE11 debido a que tiene puntajes más bajos que AE10
AE12	Pienso que podré cumplir mis objetivos a corto plazo con ayuda de la intervención.	-	Se conserva este debido a que considero que es más específico que AE8.
AE13	No considero que al participar en la	2 sugieren que se cambie a positivo.	Participar en la intervención no me

	intervención logre reducir los riesgos a mi salud.	Cambiarlo a: Participar en la intervención no me ayudará a reducir conductas de riesgo para mi salud.	ayudará a reducir conductas de riesgo para mi salud.
AE14	Pienso que la intervención será efectiva.	-	Sin cambios.

### Pérdida

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AL15	Creo que es más costoso para mi estado de salud participar en la intervención.	Sugieren eliminar este reactivo debido a que la palabra costo hace referencia a un costo monetario.	Se elimina debido al comentario y a los puntajes que obtuvo.
AL16	Pienso que la intervención podría afectar mi salud.	Cambiar a: Pienso que la intervención podría afectar de manera negativa mi salud.	Se acepta la sugerencia: Pienso que la intervención podría afectar de manera negativa mi salud.
AL17	Pienso que las estrategias vistas en la intervención empeorarían mi salud.	Cambiar la redacción a: empeorarán.	Se acepta la sugerencia: Pienso que las estrategias vistas en la intervención empeorarán mi salud.
AL18	No considero que haya efectos secundarios causados por participar en la intervención.	Cambiarlo a positivo Sugerencia: Considero que podría sufrir efectos secundarios al participar en la intervención. Sugerencia: Considero que habrá efectos secundarios	Se acepta sugerencia: Considero que habrá efectos secundarios causados por participar en la intervención.

		causados por participar en la intervención.	
AL19	Considero que mi participación afectará otros aspectos de mi vida.	<p>Comentan que el objetivo de la intervención sí es cambiar otros aspectos de su vida y eso podría ser hasta deseable, sugieren cambiar el ítem.</p> <p>Sugerencia: Considero que mi participación en la intervención podría afectar negativamente algunos aspectos de mi vida.</p> <p>Sugerencia: Considero que mi participación afectará de forma negativa otros aspectos de mi vida.</p>	Se acepta la sugerencia: Considero que mi participación en la intervención afectará de forma negativa otros aspectos de mi vida.
AL20	Pienso que las estrategias que me da la intervención ponen en riesgo mi salud.	Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.	Sin cambios.
AL21	Pienso que perderé más de lo que ganaré al participar en la intervención.	Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.	Sin cambios.

#### Ganancia

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AG22	Creo que participar me ayudará en otros aspectos de mi vida.	Sugerencia: Creo que participar en la intervención me ayudará	Se acepta la sugerencia: Creo que participar en la intervención me ayudará en varios aspectos de mi vida.

		<p>en varios aspectos de mi vida.</p> <p>Agregar: en la intervención.</p>	
AG23	<p>Considero que participar mejoraría mi salud general.</p>	<p>Cambiar a: mejorarán.</p>	<p>Se acepta la sugerencia: Considero que participar mejorará mi salud general.</p>
AG24	<p>Considero que ganaré una mejor salud gracias a las estrategias de la intervención.</p>	<p>“La salud no se gana”, sugieren: Considero que mi salud se beneficiará o tendré beneficios en mi salud.</p>	<p>No tiene puntuaciones tan buenas y por el comentario sobre la salud se eliminó.</p>
AG25	<p>No pienso que haya un beneficio de salud después de participar.</p>	<p>Evitar negativos.</p> <p>Sugerencia: Pienso que habrá un beneficio en mi salud después de participar.</p>	<p>No tiene puntuaciones buenas, se eliminó.</p>
AG26	<p>Pienso que ganaré más de lo que perderé al participar.</p>	<p>Agregar: al participar en la intervención.</p>	<p>Se acepta la sugerencia: Pienso que ganaré más de lo que perderé al participar en la intervención.</p>
AG27	<p>Considero que me beneficiaré mucho de implementar las estrategias.</p>	<p>Sugerencia: estrategias aprendidas en la intervención.</p> <p>Sugerencia: Considero que me beneficiaré mucho cuando implemente las estrategias que me brinde la intervención.</p>	<p>Se acepta sugerencia: Considero que me beneficiaré mucho de implementar las estrategias aprendidas en la intervención.</p>
AG28	<p>Mi salud aumentará como resultado de la intervención.</p>	<p>Sugieren eliminarlo de la escala, porque no es correcto decir que la salud aumentará.</p>	<p>Se eliminó.</p>

## Conveniencia

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AC29	Considero que la intervención altera mis actividades del día a día	Sugerencia: Considero que la intervención alterará mis actividades del día a día. Cambiar altera por afecta.	Tomando en cuenta los comentarios, cambia a: Considero que la intervención interferirá con mis actividades del día a día.
AC30	Pienso que las estrategias de la intervención me quitarían mucho tiempo del día.	Sugerencia: Pienso que realizar las estrategias de la intervención me quitarían mucho tiempo.	Se acepta la sugerencia: Pienso que realizar las estrategias de la intervención me quitarían mucho tiempo.
AC31	Considero que las estrategias de la intervención son fáciles de realizar	-	Sin cambios.
AC32	Podría realizar las estrategias en poco tiempo	Comentario: Consideran que es reiterativo. Sugerencia: Podría realizar las estrategias de la intervención en poco tiempo	Se acepta sugerencia: Podría realizar las estrategias de la intervención en poco tiempo.
AC33	La intervención me quitaría mucho tiempo del día.	-	Sin cambios.
AC34	No creo que me pueda mantener usando las estrategias por mi estilo de vida.	Sugerencia: Mi estilo de vida no me permite mantener las estrategias de la intervención. Sugerencia: No creo que pueda seguir las estrategias que me brinda la intervención por mi estilo de vida.	Se acepta sugerencia: Mi estilo de vida no me permitirá mantener las estrategias que me brinda la intervención.

AC35	Hago mucho esfuerzo para poner en práctica los temas de la intervención.	-	Sin cambios.
------	--	---	--------------

#### Autoeficacia

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AA36	Soy capaz de seguir las estrategias que me da la intervención.	Sugerencia: Soy capaz de seguir las estrategias que me brinda la intervención. Sugerencia: Soy capaz de seguir las estrategias propuestas en la intervención.	Se acepta la sugerencia: Soy capaz de seguir las estrategias propuestas en la intervención.
AA37	No creo poder asistir a las sesiones destinadas para la intervención.	Evitar negativos Podré asistir a las sesiones destinadas para la intervención.	Se acepta la sugerencia: Podré asistir a las sesiones destinadas para la intervención.
AA38	Pienso que puedo emplear las estrategias para mejorar mi estado de salud.	-	Sin cambios.
AA39	No me siento capaz de poder implementar las estrategias en el momento necesario.	Sugerencia: No me siento capaz de poder implementar las estrategias que me brinda la intervención cuando lo necesite Sugerencia: Seré capaz de poder implementar las estrategias en el momento necesario.	Se acepta sugerencia: Seré capaz de poder implementar las estrategias en el momento necesario.

AA40	Puedo completar la intervención sin mayor problema.		Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.
AA41	Puedo manejar exitosamente los obstáculos que se me presenten durante la intervención		Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.
AA42	Cuento con las herramientas necesarias para aumentar mi estado de salud.	<p>Proponen eliminarlo: No consideran que sea específico de esta dimensión, no consideran que el término aumento de salud sea adecuado.</p> <p>Cuento con las herramientas necesarias para mejorar mi estado de salud</p>	Se acepta eliminarlo, por los comentarios y por los puntajes que recibí.

#### Actitud afectiva

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AF43	Me emociona participar en la intervención.	-	Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.
AF44	Tengo la motivación para participar en la intervención.	Sugerencia: Me siento motivado(a) para participar en la intervención	Se rechaza la sugerencia.
AF45	Siento la obligación a participar en la intervención.	Sugerencia: Siento la obligación de participar en la intervención cambiar a por de.	Se acepta la sugerencia: Siento la obligación de participar en la intervención.

		Sugerencia: Me siento obligado(a) a participar en la intervención	
AF46	Tengo muchas ganas de participar en la intervención.	Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.	
AF47	Me siento mal de participar en la intervención.	Sugerencia: Me siento mal emocionalmente por participar en la intervención.	Se acepta la sugerencia: Me siento mal emocionalmente por participar en la intervención.
AF48	Siento seguridad de participar en la intervención.	Sugerencia: Me siento seguro(a) de participar en la intervención. Cambiar confianza por seguridad.	Se rechazan sugerencias, no se cambia a confianza porque eso se podría confundir con la dimensión de autoeficacia.
AF49	Siento esperanza de participar en la intervención.	Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.	

## Ética

Número de ítem	Contenido del ítem	Sugerencias	Cambios
AT50	Considero que no debería comentar mi participación en la intervención con personas de mi alrededor.	Sugerencia: Considero que no debería hablar con otras personas sobre mi participación en la intervención.	Se acepta la sugerencia: Considero que no debería hablar de otras personas sobre mi participación en la intervención.
AT51	Pienso que la intervención se ajusta con mis creencias e intereses.	Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.	

AT52	Considero que participar en la intervención pone a prueba mis valores.	-	Sin cambios.
AT53	Considero que la intervención es ética.	Puntuación perfecta por parte de todos los jueces.	
AT54	Comparto los ideales de la intervención.	-	Sin cambios.
AT55	Pienso que la intervención se ajusta a mis valores y creencias.	Proponen eliminarlo, porque se parece mucho a AT51.	Se acepta la sugerencia, se elimina el ítem.
AT56	Me parecen justas las estrategias que se usan en la intervención.	-	Sin cambios.

## Anexo 6. Cuestionario para evaluar otras variables.

Entiendo cómo la intervención me ayudará a mejorar mi salud.	1. Totalmente en desacuerdo.	2. En desacuerdo.	3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo.	4. De acuerdo.	5. Totalmente de acuerdo.
La intervención ha mejorado mi estado de salud	1. Totalmente en desacuerdo.	2. En desacuerdo.	3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo.	4. De acuerdo.	5. Totalmente de acuerdo.
Las estrategias de la intervención interferirían con mis otras prioridades	1. Totalmente en desacuerdo.	2. En desacuerdo.	3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo.	4. De acuerdo.	5. Totalmente de acuerdo.
Hay consecuencias morales o éticas por participar en la intervención	1. Totalmente en desacuerdo.	2. En desacuerdo.	3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo.	4. De acuerdo.	5. Totalmente de acuerdo.
¿Qué tanto esfuerzo te tomó realizar las estrategias brindadas en la intervención?	1. Nada de esfuerzo	2. Un poco de esfuerzo	3. Ni poco ni mucho esfuerzo	4. Mucho esfuerzo	5. Demasiado esfuerzo
¿Qué tan segura/seguro te sientes sobre implementar las estrategias de la intervención?	1. Muy insegura/ inseguro	2. Insegura/inseguro	3. Ni insegura/ inseguro ni segura/seguro	4. Segura/ Seguro	5. Muy segura/ seguro
¿Qué tan cómoda/cómodo te sentiste con las estrategias de la intervención?	1. Muy incómoda/ incómodo.	2. Incómoda/ incómodo.	3. Ni cómoda/ cómodo ni incómoda/ incómodo.	4. Cómoda/ cómodo.	5. Muy cómoda/ cómodo.
¿Qué tan aceptable es la intervención para ti?	1. Completamente inaceptable.	2. Inaceptable.	3. Ni inaceptable ni aceptable.	4. Aceptable.	5. Completamente aceptable.

## **Anexo 7. Consentimiento informado para participantes.**

### **Consentimiento informado**

Ciudad de México, julio de 2023

Estimado(a) participante,

Por medio de la presente acepta usted que se le aplique un cuestionario de aceptabilidad de elaboración propia, el cual viene acompañado de una segunda escala que se está adaptando para población mexicana, ambas tienen la finalidad de conocer qué tan de acuerdo está con los procedimientos que se llevaron a cabo dentro del taller “Corregulación Emocional Docente”.

Se le recuerda que su participación no conlleva ningún riesgo ni gasto extra, ni recibirá remuneración económica. Toda la información que proporcione será utilizada únicamente para fines académicos y de ninguna manera se lucrará con su información personal o con las respuestas que emita, además se le pide que conteste libremente y recuerde que no hay respuestas erróneas.

Puede retirarse de la aplicación en el momento en el que usted lo decida, su decisión será respetada sin ninguna consecuencia desfavorable hacia usted.

Si tiene alguna duda sobre lo estipulado anteriormente, puede comunicarse al siguiente correo: [danielaperalt.dpc@gmail.com](mailto:danielaperalt.dpc@gmail.com)

De antemano se agradece su participación.

Atentamente:

*Daniela Peralta Chavolla*

Pasante de la Facultad de Psicología, UNAM

---

Acepto responder el cuestionario de aceptabilidad

---

No acepto responder el cuestionario de aceptabilidad



Soy capaz de seguir las estrategias propuestas en la intervención.					
Me queda claro cómo puede ayudarme la intervención.					
Pude asistir a las sesiones destinadas para la intervención.					
Considero que la intervención me dará buenos resultados a largo plazo.					
Pienso que puedo emplear las estrategias para mejorar mi estado de salud.					
Considero que la intervención me ayudará a mejorar mi salud.					
Seré capaz de poder implementar las estrategias en el momento necesario.					
Pienso que podré cumplir mis objetivos a corto plazo con ayuda de la intervención.					
Puedo completar la intervención sin mayor problema.					
Participar en la intervención no me ayudará a reducir conductas de riesgo para mi salud.					
Puede manejar exitosamente los obstáculos que se me presentaron durante la intervención.					
Pienso que la intervención será efectiva.					
Me emociona participar en la intervención.					
Pienso que la intervención podría afectar de manera negativa mi salud.					
Tengo la motivación para participar en la intervención.					
Pienso que las estrategias vistas en la intervención empeorarán mi salud.					
Siento la obligación de participar en la intervención.					

Considero que habrá efectos secundarios causados por participar en la intervención.					
Tengo muchas ganas de participar en la intervención.					
Considero que mi participación en la intervención afectará de forma negativa otros aspectos de mi vida.					
Me siento mal emocionalmente por participar en la intervención.					
Siento seguridad de participar en la intervención.					
Pienso que perderé más de lo que ganaré al participar en la intervención.					
Siento esperanza de participar en la intervención.					
Creo que participar en la intervención me ayudará en varios aspectos de mi vida.					
Considero que no debería hablar de otras personas sobre mi participación en la intervención.					
Considero que participar mejorará mi salud general.					
Pienso que la intervención se ajusta con mis creencias e intereses.					
Pienso que ganaré más de lo que perderé al participar en la intervención.					
Considero que participar en la intervención pone a prueba mis valores.					
Considero que me beneficiaré mucho de implementar las estrategias aprendidas en la intervención.					
Considero que la intervención es ética.					
Considero que la intervención interferirá con mis actividades del día a día.					

Comparto los ideales de la intervención.					
Pienso que realizar las estrategias de la intervención me quitarían mucho tiempo.					
Me parecen justas las estrategias que se usan en la intervención.					
Considero que las estrategias de la intervención son fáciles de realizar.					
Pienso que las estrategias que me da la intervención ponen en riesgo mi salud.					

**Anexo 9. Tabla de especificaciones final.**

<b>Número de ítem</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición de la dimensión</b>	<b>Proceso de respuesta</b>	<b>Contenido del ítem</b>	<b>Tipo de respuesta</b>
AP1	Pertinencia	Grado en el que el sujeto considera que los procedimientos de la intervención son lógicos para resolver el problema.	1. Recuerda las actividades 2. Compara las actividades con los objetivos de la intervención.	Entiendo cuál es la finalidad de cada una de las actividades	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AP2	Pertinencia		1. Recuerda los contenidos. 2. Piensa en la utilidad que tienen los contenidos.	Me parece lógica la planeación de la intervención	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AP3	Pertinencia		1. Recuerda las estrategias. 2. Imagina cómo sería implementarlas.	Me parecen útiles las estrategias que se emplean en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AP5	Pertinencia		1. Recuerda los contenidos. 2. Analiza vivencias propias. 3. Evalúa si los contenidos le parecen lógicos.	Me queda claro cómo puede ayudarme la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AE6	Efectividad		Grado en que los resultados de la intervención serán los	1. Piensa en las estrategias de la intervención. 2. Analiza cómo	Considero que la intervención me dará buenos

		esperados a corto y largo plazo.	puede implementar las estrategias a largo plazo.	resultados a largo plazo.	ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AE7	Efectividad		1. Piensa en las estrategias de la intervención. 2. Analiza si ya ha implementado estrategias similares. 3. Hace un juicio sobre si han servido para mejorar su salud.	Considero que la intervención me ayudará a mejorar mi salud.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AE10	Efectividad		1. Piensa en los contenidos. 2. Evalúa si puede realizarlas en corto y largo plazo.	Pienso que la intervención será efectiva.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AL11	Pérdida	Percepción sobre la severidad de los riesgos o efectos secundarios que podrían	1. Recuerda las estrategias. 2. Analiza si las estrategias pueden afectarle de alguna forma.	Pienso que la intervención podría afectar de manera negativa mi salud.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AL14	Pérdida	presentarse por participar en la intervención.	1. Piensa en lo que conlleva su participación. 2. Analiza si puede haber afectaciones en	Considero que mi participación en la intervención afectará de forma negativa	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo.

			otros ámbitos de su vida.	otros aspectos de mi vida.	5. Totalmente de acuerdo.
AL16	Pérdida		1. Piensa lo que conlleva su participación. 2. Analiza las pérdidas contra las ganancias.	Pienso que perderé más de lo que ganaré al participar en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AG17	Ganancia		1. Piensa en la intervención. 2. Analiza como impacta la intervención de manera positiva en otros ámbitos de su vida.	Creo que participar en la intervención me ayudará en varios aspectos de mi vida.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AG18	Ganancia	Percepción que tiene el usuario sobre los beneficios que puede percibir de participar en la intervención.	1. Recuerda los contenidos de la intervención. 2. Piensa en su salud actual. 3. Analiza el impacto de la intervención sobre su salud.	Considero que participar mejorará mi salud general.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AG19	Ganancia		1. Piensa en lo que conlleva su participación en la intervención. 2. Compara ganancias contra pérdidas.	Pienso que ganaré más de lo que perderé al participar en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AG20	Ganancia		1. Piensa en las estrategias. 2. Imagina la	Considero que me beneficiaré mucho de	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo.

			implementación de las estrategias en su vida.	implementar las estrategias aprendidas en la intervención.	3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AC22	Conveniencia	Percepción que tiene el sujeto sobre el tiempo que le toma incorporar las estrategias o tratamiento a su día a día y cuanto interfieren estas actividades con su vida cotidiana.	1. Piensa en las estrategias de la intervención. 2. Imagina como se ve su día al implementar las estrategias. 3. Hace un juicio sobre el tiempo que le toma llevar a cabo las estrategias.	Pienso que realizar las estrategias de la intervención me quitarían mucho tiempo.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AC26	Conveniencia		1. Piensa en las estrategias. 2. Piensa en su estilo de vida. 3. Hace un juicio sobre la compatibilidad de su estilo de vida y las estrategias.	Mi estilo de vida no me permitirá mantener las estrategias que me brinda la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AC27	Conveniencia		1. Piensa en los temas de la intervención. 2. Imagina como es poner los temas en práctica en su día a día.	Hago mucho esfuerzo para poner en práctica los temas de la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AA28	Autoeficacia	Hace referencia a las creencias que tiene el sujeto	1. Piensa en las estrategias de la intervención.	Soy capaz de seguir las estrategias	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo.

		sobre sus capacidades para seguir los procedimientos de la intervención.	2. Recuerda experiencias propias en donde siguió tratamientos. 3. Hace un juicio sobre si se considera capaz de seguir las estrategias.	propuestas en la intervención.	3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AA29	Autoeficacia		1. Piensa en lo que conlleva su participación en la intervención. 2. Considera que tan persistente a sido en experiencias previas.	Podré asistir a las sesiones destinadas para la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AA30	Autoeficacia		1. Piensa en las estrategias. 2. Considera cuáles son sus habilidades para seguir con las estrategias.	Pienso que puedo emplear las estrategias para mejorar mi estado de salud.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AA31	Autoeficacia		1. Piensa en las estrategias. 2. Imagina como sería implementar las estrategias.	Seré capaz de poder implementar las estrategias en el momento necesario.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AA32	Autoeficacia		1. Piensa en la intervención. 2. Considera con que	Puedo completar la intervención	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo

			habilidades cuenta.	sin mayor problema.	ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AF34	Actitud afectiva	Hace referencia a las emociones que se suscitan en el sujeto al respecto de la intervención.	1. Piensa en lo que conlleva su participación en la intervención.	Me emociona participar en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AF35	Actitud afectiva		1. Piensa en las razones por las que participará en la intervención.	Tengo la motivación para participar en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AF36	Actitud afectiva		1. Piensa en las razones por las que participa en la intervención.	Siento la obligación de participar en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AF37	Actitud afectiva		1. Piensa en lo que conlleva su participación en la intervención.	Tengo muchas ganas de participar en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AF38	Actitud afectiva		1. Piensa en cómo se siente	Me siento mal emocionalmente	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo.

			de participar en la intervención.	por participar en la intervención.	3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
AF39	Actitud afectiva		1. Piensa en cómo lo hace sentir su participación en la intervención.	Siento seguridad de participar en la intervención.	1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Ni en desacuerdo ni de acuerdo. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.