UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO-HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de las propiedades psicométricas de la escala breve que mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en pacientes con diabetes en la ciudad de Loja – Ecuador.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Aguirre Mejía, Álvaro Javier

DIRECTOR: López Guerra, Víctor Manuel, PhD

LOJA – ECUADOR

2018

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

2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

PhD.

Víctor Manuel López Guerra

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Análisis de las propiedades psicométricas de la escala breve que mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en pacientes con diabetes en la ciudad de Loja – Ecuador”, realizado por Álvaro Javier Aguirre Mejía ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 4 de Julio del 2018

f). . . . . .

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Álvaro Javier Aguirre Mejía declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Análisis de las propiedades psicométricas de la escala breve que mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en pacientes con diabetes en la ciudad de Loja – Ecuador”, de la Titulación de Psicología, siendo Víctor Manuel López Guerra director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

F).....

Autor: Álvaro Javier Aguirre Mejía

Cédula: 1105880809

DEDICATORIA

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, Irma y Manuel. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanas, Gaby y Paula por brindarme su apoyo y felicidad en cada momento.

A mi novia Lorena por ser mi motivación, apoyo y felicidad de todos los días.

A mis familiares. Porque me han brindado su apoyo incondicional y por haber compartido conmigo buenos y malos momentos.

A mis maestros. Por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizajes experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad del tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo, por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanas por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. Por llenar mi vida de alegrías y de apoyo cuando lo he necesitado.

A mi novia, por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado en los buenos como malos momentos, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

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

TABLA DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS III
DEDICATORIA IV
AGRADECIMIENTO V
RESUMEN 1
ABSTRACT 2
INTRODUCCIÓN 3
CAPÍTULO I 6
MARCO TEÓRICO 6
1.1. La Diabetes 7
1.1.1. Criterios de diagnóstico de la diabetes mellitus. 9
1.1.2. Tipos de tratamiento. 9
1.2. Adhesión al tratamiento 12
1.3. Estrés 17
CAPITULO II 26
METODOLOGÍA 26
2.1. Objetivos de la investigación: 27
2.1.1. Objetivo general. 27
2.1.2. Objetivos específicos. 27
2.2. Tipo y diseño de investigación 27
2.3. Población: 28
2.4. Muestra: 28
2.5. Criterios de Inclusión 28
2.6. Criterios de Exclusión 28
2.7. Instrumentos: 29
Cuestionario de Variables Socio-demográficas y Clínicas. 29
Escala de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12). 29
2.8. Procedimiento: 29
2.9. Técnicas de análisis y expectativas 30
CAPITULO III 32
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 32
3.1. Análisis descriptivo. 33
3.2. Análisis psicométrico 34
3.2.1. Análisis de confiabilidad. 34
3.2.2. Análisis de discriminación de los reactivos. 34
3.3. Análisis factorial exploratorio. 35
3.3.1. Validez de constructo. 35
3.3.2. Validez de criterio. 36

3.4. Discusión: 38
CONCLUSIONES 40
RECOMENDACIONES 41
BIBLIOGRAFÍA 42
ANEXOS 50

RESUMEN

El presente estudio propuso analizar las propiedades psicométricas de la escala Situaciones Vinculadas con el Estrés (SVE-12) en una muestra de 200 pacientes con diabetes. La edad estuvo comprendida entre los 18 y los 85 años, la edad media fue de 50.87 años, el 57% de la misma estuvo representada por hombres y el 43% por mujeres. Para el tratamiento estadístico se utilizaron tres procedimientos: (1) el análisis factorial exploratorio para determinar la validez de constructo por rotación Varimax; (2) el alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad de la prueba; y (3) el coeficiente de correlación r de Pearson, para probar la validez concurrente. Los resultados demostraron la existencia de dos factores: Factor 1, tolerancia a la ambigüedad y a la frustración; Factor 2, toma de decisiones. Ambos factores explican el 70% de la varianza total del constructo. El alfa de Cronbach fue de 0,92 para el test total. El coeficiente *r* de Pearson arrojó correlaciones significativas entre los dos factores de la prueba con el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y la realización de ejercicio físico.

Palabras claves: Diabetes mellitus, validez, confiabilidad, estrés, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The present study proposed to analyze the psychometric properties of the scale Situations Linked with the Stress (SVE-12) in a sample of 200 patients with diabetes. The age of the sample was comprised between the 18 and 85 years, the average age was approximately 50.87 years, 57 % of the same one was represented by men and 43 % for women. For the statistical treatment of the information three procedures were used: (1) the exploratory factor analysis to determine the construct validity for rotation Varimax; (2) the Cronbach alpha to evaluate the reliability of the test; and (3) the correlation coefficient r Pearson, to test the concurrent validity. The results demonstrated the existence of two factors: Factor 1, tolerance to the ambiguity and to the frustration; Factor 2, decision making. Both factors explain 70% of the total construct variance. The Cronbach alpha was 0, 92 for the entire test. The coefficient r of Pearson threw significant correlations between the two test factors with the diagnosis time of the disease (months) and physical exercise.

Key words: Diabetes mellitus, validity, reliability, stress, adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus, también conocida simplemente como “diabetes”, es una afección crónica que se produce cuando los niveles de glucosa en la sangre son elevados, debido a que el organismo deja de producir suficiente cantidad de la hormona denominada insulina (generada en el páncreas), o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz. Al no ser controlada esta enfermedad causa daños a largo plazo en los órganos del cuerpo y posteriormente causa la muerte [International Diabetes Federation (FID), 2015].

Actualmente, a nivel mundial se estima alrededor de 425 millones de personas con diabetes. En las Américas, esta enfermedad es la cuarta causa de muerte en esta región del mundo, dentro de las cuales el 30 a 40% de la población total no han sido diagnosticadas. En el 2014 se han registrado 62 millones de personas con esta enfermedad, y que para el 2040 esta cifra aumentará considerablemente. El 90 a 95% de los casos de diabetes son de tipo dos, mientras en un 5 a 10% de los casos son diabetes tipo uno [Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana De La Salud (OPS), 2016].

En América del Sur y Central se ha registrado un numero de 26 millones de personas con esta afección (FID, 2017). Específicamente en Ecuador, la diabetes es la segunda causa de muerte como enfermedad no transmisible. En donde, se ha registrado que el número de fallecidos ha aumentado considerablemente en los últimos 10 años, en el 2007 han fallecido alrededor de 3 297 personas, y para el 2016 ha existido un aumento de 4 906. Otra dato importante, es que más mujeres fallecen por esta enfermedad que los hombres [Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2016].

A pesar de la importancia de los tratamientos diabetológicos en el manejo de la enfermedad, como son: plan de alimentación, actividad física, educación y el uso de fármacos indicados por el personal de salud, se ha determinado un incumplimiento por parte de los pacientes a medidas y comportamientos de adhesión que deben seguir, originadas por varias causas, entre ellas: la falta de apoyo social, falta de conocimiento, condiciones del paciente (demencia) y por algunos fármacos con efectos adversos (Orozco, Mata, Artolac, Conthed, Mediavillae y Mirandaf, 2016).

Además, existen datos relevantes que indican cómo las variables psicológicas impiden el desempeño de algunos comportamientos en relación a la adherencia al tratamiento. Una de esas variables a considerar es el estrés, variable de tipo psicológica influyente en la

adherencia al tratamiento en los pacientes, en cuanto a realizar actividades y conductas que debe cumplir (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008; Oblitas y Pereyra, 2009; Camargo, 2012; Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2015).

Para cubrir esta necesidad, en América Latina se ha venido trabajando en estos últimos años en la adaptación y construcción de modelos psicológicos que expliquen desde una perspectiva psicológica los comportamientos adherentes al tratamiento. A partir de los lineamientos de Ribes (1990), sobre un modelo psicológico de la salud, Piña y Sánchez-Sosa (2007), proponen su ejemplar teórico para la investigación de las conductas de adhesión en personas con VIH, que se ha venido adaptando con el transcurrir de los años a otras enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer de mama y la hipertensión.

El modelo propuesto por Piña y Sánchez (2007), está conformado en cuatro etapas, dos psicológicas y dos biológicas, éste, busca explicar a lo largo de estas fases la dificultad para llevar a cabo los comportamientos de adhesión al tratamiento. Siendo las variables de tipo psicológicas, encontradas en la etapa uno (las situaciones vinculadas con estrés, los motivos y las competencias conductuales) importantes para entender cómo influyen en el comportamiento del paciente frente al tratamiento (Sánchez, Cázares, Piña y Dávila, 2009). La presente investigación se centrara en las situaciones vinculadas con el estrés (variable psicológica) como objeto de estudio.

Para cumplir con este objetivo, Piña, Valencia, Mungaray, y Corrales (2006), diseñaron y validaron una escala breve de medición, conocida como “Escala de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12)”, conformada por 12 preguntas que se mide en una escala de diez puntos, tipo Likert. La escala se encuentra conformada por tres dimensiones: 1) Estrés vinculado con toma de decisiones, 2) Estrés vinculado con ambigüedad y 3) Estrés vinculado con frustración e impulsividad.

La escala en un inicio fue aplicada en una población de pacientes con VIH positivo en Hermosillo-México, obteniendo una alta confiabilidad, así como una validez de constructo y concurrente óptimas. Posteriormente, dicha escala se ha extendido a otras enfermedades como es el cáncer de mama (Piña, Mejías, Méndez y Laborin, 2014) y actualmente a la diabetes.

Es importante resaltar, que el presente estudio ha tomado como modelo la investigación realizada en Perú, por Piña, Mejía, Méndez y Laborin (2014), en cuanto a la conformación de la estructura factorial de la escala SVE-12, establecida en dos factores, la cual difiere de la estructura original propuesta por Piña, Valencia, Mungaray, y Corrales (2006).

No obstante, cabe mencionar que en América Latina se presentan escasas investigaciones de instrumentos que sean válidos y confiables en cuanto a la medición del estrés y determinar la adherencia al tratamiento (González y Piña, 2010). De acuerdo a esto, surge la necesidad de adaptar un instrumento psicométrico de otros países al nuestro y extrapolarlo a una enfermedad crónica diferente como es la diabetes mellitus a nuestro medio.

La presente investigación, está estructurada en un marco teórico, método, resultados y conclusiones. En cuanto al objetivo principal de esta investigación, es analizar las propiedades psicométricas de esta escala (SVE-12) y adaptarla al contexto ecuatoriano (Loja), investigación que permitirá predecir los comportamientos de adhesión al tratamiento en este tipo de enfermedad (diabetes), ayudando así a profesionales de la psicología clínica a obtener un diagnóstico oportuno y planificar intervenciones que faciliten la adherencia al tratamiento. Este estudio además servirá como base a futuras investigaciones dentro del campo de la psicología.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. La Diabetes

La diabetes mellitus o diabetes sacarina conocida a nivel mundial, es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que secreta [Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016].

La insulina es una hormona elaborada por las células beta del páncreas, que tiene como objetivo permitir la entrada de la glucosa (azúcar), que circula por la sangre a los tejidos de nuestro cuerpo. Problemas en la producción o en la acción de la insulina provocarán elevación de los niveles de glucosa en la sangre (Curto, 2016).

Estos trastornos metabólicos que influyen en el desarrollo de la diabetes, son la causa principal de la hiperglucemia (alto nivel de glucosa en la sangre). Ésta, al no ser controlada, puede provocar daños a largo plazo en varios órganos del cuerpo, lo que conlleva a un desarrollo de complicaciones discapacitantes y peligrosas para la salud de la persona. Afectando a diferentes órganos como ojos, riñones, nervios, corazón y vasos. La causa puede ser genética, vírica, ambiental, autoinmune o combinación de éstas (La American Diabetes Association, 2014).

Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen retinopatía con pérdida potencial de la visión; nefropatía que conduce a insuficiencia renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras en el pie, amputaciones y articulaciones de Charcot y neuropatía autonómica que causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares y disfunción sexual. Los pacientes con diabetes tienen una mayor incidencia de aterosclerosis, enfermedad cardiovascular, arterial periférica y cerebrovascular (American Diabetes Association, 2014).

Entre las causas principales que generan el desarrollo de la diabetes están: las alteraciones genéticas que provocan una producción insuficiente de insulina (diabetes monogénicas, 1% de los casos), falta de células beta por ataque del sistema inmune (diabetes tipo 1, 9% de los casos) y defectos en la acción de la insulina provocados por el exceso de grasa corporal (diabetes tipo 2, 90% de los casos) (Curto, 2016).

Según la Pan American Health Organization (2010), la mayoría de los casos de diabetes se dividen en dos amplias categorías etiopatogénicas, estas son:

1. Diabetes tipo 1 (DM1)
2. Diabetes tipo 2 (DM2)

En la DM1, conocida como diabetes insulinodependiente, caracterizado por la destrucción de las células beta, lo que lleva a la deficiencia absoluta de insulina (Garcia, 2018). Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulinoterapia es necesaria para que el paciente sobreviva. Las personas con esta forma de diabetes necesitan insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa en la sangre. Sin la insulina, una persona con diabetes tipo 1 moriría. Existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta, conocida como diabetes autoinmune latente del adulto (Pan American Health Organization, 2010).

Según la International Diabetes Federation (FID) (2015), los síntomas de la DM1, son:

• Sed anormal y sequedad en la boca
• Micción frecuente
• Falta de energía, cansancio excesivo
• Hambre constante
• Pérdida de peso repentina
• Visión borrosa

La DM2, se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona (Pan American Health Organization, 2010). Las causas que desencadenan la DM2 son diversas, como: la herencia poligénica (participación de varios genes) y los factores de riesgo, que incluyen: obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, dieta rica en carbohidratos, factores hormonales y una vida sedentaria (Cervantes y Presno, 2013).

Según la FID (2015), los síntomas de la DM2 son:

• Micción frecuente
• Sed excesiva
• Pérdida de peso
• Visión borrosa

1.1.1. Criterios de diagnóstico de la diabetes mellitus.

Según la American Diabetes Association (2018), menciona que los criterios de diagnóstico de diabetes mellitus son:

1. Hemoglobina glicosilada igual a o mayor a 6.5%. Es el método recomendado para el diagnóstico de diabetes y la realización de estudios poblacionales.
2. Glicemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl. El ayuno se refiere a la no ingesta de alimentos durante un período mínimo de 8 horas.
3. Glicemia 2 horas postprandial igual o mayor a 200 mg/dl. Es decir, se realizará un control de tolerancia a la glucosa dos horas después de una carga de 75g de glucosa.
4. Glicemia al azar igual o mayor a 200 mg/dl en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.

1.1.2. Tipos de tratamiento.

Según Fernández, Nocito, Moreno, Carramiñana, Simarro, Jiménez y Dosal (2015), el esquema del tratamiento ideal es el que permite cumplir con los objetivos clínicos y metabólicos de la manera más simple, manteniendo al paciente con valores glucémicos cercanos a la normoglucemia sin hipoglucemia, ni hiperglucemia, evitando alterar en lo posible su ritmo de vida habitual. Los tipos de tratamiento son:

1. Educación diabetológica
2. Plan de alimentación
3. Actividad física
4. Tratamiento farmacológico

1.1.2.1. Educación diabetológica.

En muchos casos, conseguir niveles de glucemia óptimos requiere un programa de entrenamiento por parte del paciente en el control de su enfermedad, basado en determinaciones frecuentes de glucemia capilar, consejo nutricional, práctica regular de ejercicio, régimen de insulina adaptado a su estilo de vida, instrucción para prevenir y tratar las hipoglucemias y evaluación periódica de los resultados obtenidos. Dar a conocer al paciente los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social mediante la información y motivación, se considera la medida de mayor importancia para disminuir las complicaciones de la enfermedad (Fernández et al., 2015; Gil, Sil, Domínguez, Torres y Medina, 2013).

1.1.2.2. Plan de alimentación.

La alimentación es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. La dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia post-prandial (Fernández et al., 2015).

1.1.2.3. Actividad física.

La realización de actividad física regular constituye, junto con la dieta equilibrada, uno de los pilares básicos del tratamiento de la DM. El ejercicio físico regular ha demostrado mejorar el control de la glucemia, los factores de riesgo cardiovascular, la pérdida de peso, el perfil lipídico y el grado de bienestar. Es aconsejable la combinación de ejercicio aeróbico y entrenamiento de resistencia en la prevención y el control de la DM2, así como la prevención de la enfermedad cardiovascular (Fernández et al., 2015; Arabia, Suárez y Tróchez, 2012).

1.1.2.4. Tratamiento farmacológico: antidiabéticos orales y de tipo insulínico.

Por lo general, los tratamientos antidiabéticos orales son administrados en los pacientes con diabetes tipo 2, lo cuales no han logrado alcanzar las metas de control glucémico después de un período de tres a seis meses con cambios terapéuticos en el estilo de vida. Entre algunos medicamentos antidiabéticos orales se encuentran: metformina, sulfonilureas, glibenclamida, menglitinidas, etc., (Pan American Health Organization, 2010).

Según Barrio (2016), los tratamientos de tipo insulínico intentan cubrir la carencia de secreción fisiológica de insulina en el organismo del individuo, se puede administrar por medio de jeringas o plumas que permiten la debida dosificación. Existen dos tipos de tratamiento insulínico: los análogos de acción rápida (AAR) y de acción prolongada (AAP).

Dentro del grupo de las AAR se encuentra: insulina lispro, aspártica y glulisina, semejantes en absorción y acción, deben ser administradas después de la ingesta. Dentro del grupo de AAP, se encuentra: insulina detemir y glargina, se aplica en forma subcutánea. Estos tipos de insulinas disminuyen el riesgo de hipoglucemia, sobre todo nocturna, disminuyen la glucemia en ayunas y reducen la variabilidad glucémica (Barrio, 2016).

En general, el tratamiento de esta enfermedad tiene como objetivo el mantener una buena calidad de vida en la persona que la padece, evitando la sintomatología en situaciones como la descompensación ocurrida por hiperglucemia o las complicaciones agudas o crónicas y disminuyendo la tasa de mortalidad. Para lograr estas metas se realizan diversas acciones basadas en actividades que incluyen modificaciones en la alimentación, la realización de un plan de actividad física y en ocasiones el uso de fármacos antes ya mencionados. Sin embargo, estos esfuerzos se ven en ocasiones dificultados por la falta de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, haciendo infructuoso el auxilio del equipo médico y sobre todo, complicando la calidad de vida de las personas con esta patología (Orozco, Mata, Artolac, Conthed, Mediavillae y Mirandaf, 2015).

La falta de conocimiento sobre la enfermedad, sobre el tratamiento o sobre las recomendaciones de autogestión, el carecer de apoyo social, o la comorbilidad con depresión o deterioro cognitivo son algunos de los factores que pueden predecir el incumplimiento en los pacientes diabéticos. Además, se ha demostrado que algunos fármacos con más efectos

adversos pueden comprometer la adherencia terapéutica, así como los altos costos de los mismos (Orozco, et al, 2015).

Es de fundamental importancia considerar que las respuestas de evitación, el rechazo del tratamiento o la baja adherencia al mismo, pueden desencadenar en un mayor riesgo de muerte o de progresión de la enfermedad (Palacios y Vargas, 2011). Por lo tanto, es de vital importancia, a pesar de las desagradables experiencias que tenga el paciente en cuanto al tratamiento, que se practiquen dichos comportamientos de adhesión que permitirán el avance de metas y objetivos en cuanto al tratamiento de la enfermedad en el paciente (Tavera, 2010).

1.2. Adhesión al tratamiento

Los tratamientos han venido siendo base principal en el cuidado y manejo de las enfermedades crónicas desde la antigüedad, generando avances en la salud de los pacientes. No obstante, se ha determinado que los tratamientos influyen de manera directa sobre el individuo, tanto positivamente como de forma negativa, pero, a pesar de algunos efectos adversos que ha causado el tratamiento, se ha considerado que estos en mayor grado generan un beneficio en la vida y salud de los pacientes. (Ortuño, Oropeza, Aparicio y Orozco, 2012).

La adherencia al tratamiento se abordará desde la conducta que tiene el paciente hacia la enfermedad y los tratamientos que debe cumplir en el momento que ha sido diagnosticado. Hay que explicar también que el llevar a cabo estas conductas de adhesión referente al tratamiento, indicado por el especialista de la salud, requieren un nivel de competencia específico por parte del paciente, que le permitirán acatar las indicaciones y por ende mejorar su situación de salud en cuanto a la enfermedad (Piña, Mejía, Méndez y Laborín, 2014).

La OMS (2001), definió la adherencia terapéutica como el grado en el que la conducta se adecua al tratamiento, permitiéndole al paciente que ha sido diagnosticado con tal enfermedad que cumpla con las indicaciones descritas por el médico en base al tratamiento. En el 2004, la OMS realizó una investigación referente a la "*Adherencia a los tratamientos a largo plazo*" tomando como referencia las definiciones de los autores Haynes (1979) y Rand (1993), estableciendo así que la adherencia terapéutica corresponde a conductas como tomar un

medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida de forma saludable, descritas por un profesional médico de la salud.

En otra definición, Piña y Sánchez-Sosa (2007), menciona que los comportamientos de adhesión, son el número de veces que una persona efectúa un comportamiento a lo largo del tiempo para cumplir con las indicaciones y requisitos establecidos al tratamiento, además de las competencias que disponga el paciente que le permitan cumplir de modo eficaz ciertos requisitos correspondientes a las indicaciones del profesional de la salud.

Entonces, de acuerdo a todas estas definiciones, se puede decir que los comportamientos que permiten la adhesión al tratamiento de la enfermedad diagnosticada, son un medio para efectuar cambios en cuanto a mejorar la salud del paciente, controlando y evitando el avance de la patología (Piña, Mejía, Méndez y Laborín, 2014).

Por otro parte, Lago (2015), hace referencia que la adherencia al tratamiento se ha venido analizando en términos de cumplimiento, visto como un rol pasivo del paciente que tiene hacia el tratamiento, refiriéndose a que el cumplimento es solo una parte de la adherencia. Es por esto que, la adherencia al tratamiento no debe ser vista de forma pasiva, sino, que requiere un compromiso mayor, es decir, una alianza paciente-terapeuta, permitiendo que la frecuencia de comportamientos a llevar a cabo sean los adecuados, en donde el paciente se sienta conforme y mantenga una participación activa.

Es así que, el paciente se adhiere al tratamiento cuando sigue un plan con el que está de acuerdo y conforme, en el que ha podido participar en la elaboración de sus objetivos o por lo menos está de acuerdo en llevar a cabo acciones concretas descritas en el plan elaborado por el especialista de la salud, involucrando a la persona a una participación activa frente al tratamiento (Lago, 2015).

Al contrario de lo anterior, no existe adherencia al tratamiento cuando los pacientes no se toman sus medicamentos correctamente, olvidan o se niegan a seguir una dieta, no realizan los ejercicios prescritos, cancelan o no acuden a las citas y persisten en estilos de vida que ponen en peligro su salud. Por ejemplo, en un estudio realizado de niños con cáncer, se consideró que no hubo adherencia al tratamiento cuando los pacientes no recibían sus medicamentos a tiempo o en las dosis apropiadas y cuando se perdía más del 10 % de las citas médicas programadas (Palacios y Vargas, 2011).

De acuerdo con lo anterior Salinas y Nava (2012), afirman que la no adherencia es cuando el incumplimiento es suficiente para interferir con el objetivo terapéutico, reduciendo los beneficios que el tratamiento genera a los individuos. Es decir, cuando el cumplimento de las instrucciones es negativo, el pronóstico y resultados serán desfavorables.

En muchos casos la no adherencia al tratamiento se debe a diversos factores como son: personales (falta de entendimiento de la terapia), a la enfermedad, tratamiento (efectos secundarios), equipo de asistencia sanitaria, aspectos socioeconómicos (falta de apoyo) que impiden el cumplimiento de los requisitos establecidos. Estos diversos factores, juntamente con aspectos comportamentales y subjetivos del individuo desempeñan un rol importante en cuanto a predecir si habrá o no una adherencia al tratamiento. (Ortiz y Ortiz, 2007; Lago, 2015).

Según Vinaccia y Quiceno (2012), desde el enfoque de la psicología de la salud indican que en la actualidad, hay evidencia considerable de que las causas de enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del ser humano. Por ejemplo, en la DM, específicamente en los pacientes con diagnostico de DM2, una de la causas que han influido en el desarrollo de esta enfermedad, se debe a comportamientos, hábitos y un estilo de vida inadecuado, siendo el principal motivo la ingesta continua y desregulada de alimentos altos en carbohidratos, conjuntamente acompañada de una baja actividad metabólica y sedentarismo, ocasionando una hiperactividad del páncreas y altos niveles de producción de insulina (Cervantes y Presno, 2013).

Es así que los comportamientos, hábitos y estilos de vida saludable que tienen las personas que padecen de DM, son una parte importante dentro de la adherencia al tratamiento que debe tener un paciente, necesarios para mantener niveles adecuados de glucosa en la sangre y apalear la enfermedad. Es así que, la salud del paciente va a depender de los comportamientos que se realicen día a día, del resultado de las acciones y de los esfuerzos que cada individuo realice a lo largo de su vida para cuidarla y mantenerla, permitiendo que la adherencia al tratamiento sea la adecuada y consistente en cuanto al cumplimiento de los requisitos que solicitan los especialistas de la salud (González y Ollarves, 2012).

Por otro lado, las enfermedades de tipo crónicas, han obligado a las personas a una modificación de sus estilos de vida, considerados necesarios e importantes para mantener la salud del paciente, no obstante, estos cambios en la vida del paciente han causado desgastes

físicos y psicológicos, dependencias e incertidumbres, presentando repercusiones en el área personal y social a lo largo de la vida del individuo, perjudicando la adherencia al tratamiento. La importancia que tiene la adhesión al tratamiento para la vida del paciente con DM conlleva a que se indague en las posibles variables relacionadas con la falta de adherencia (Leone y Márquez, 2014).

Existen datos relevantes que indican cómo las variables psicológicas impiden el desempeño de algunos comportamientos en relación a la adherencia al tratamiento, entre las cuales de mayor relevancia se encuentra el estrés (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008). Para el cumplimiento de este objetivo, Piña y Sánchez-Sosa (2007), propone un ejemplar psicológico derivado del modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990), adaptado en un principio en pacientes con VIH, en donde se explica las características de los procesos comportamentales relacionados estrechamente con la adhesión al tratamiento.

Este modelo en su hipótesis general, plantea que la práctica consistente y eficiente de los comportamientos de adhesión pueden estar alterados por variables de tipo biológicas (guardan relación con la enfermedad) y psicológicas (afectan directamente a los comportamientos de adhesión), en donde las variables psicológicas interactúan con distintos factores biológicos a lo largo de estas cuatro fases (García, Piña, Cazares e Ybarra, 2012). Como lo indica la figura 1.

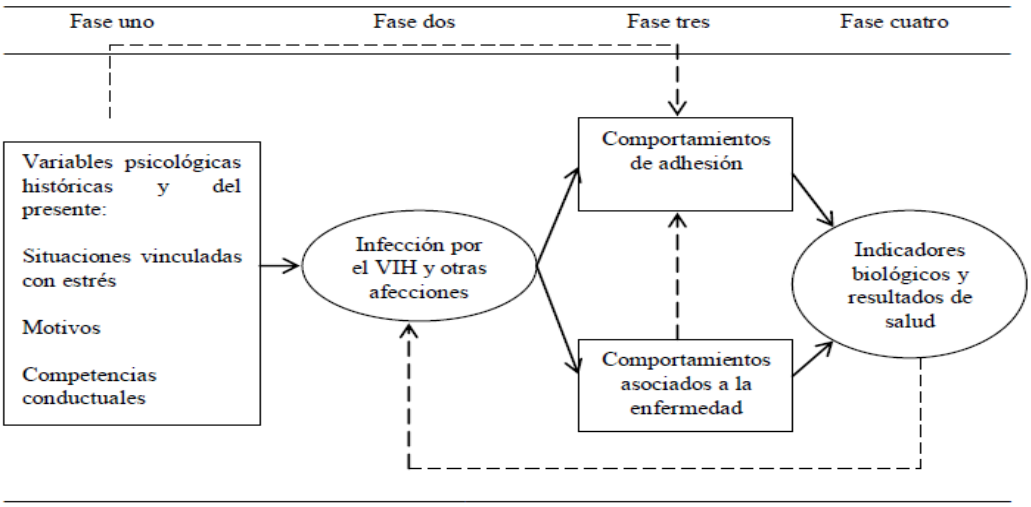

Figura 1. Modelo psicológico de adhesión al tratamiento en personas con VIH.
Fuente: **Universitas Psychology**
Elaborada: Piña y Sánchez-Sosa (2007).

El modelo está descrito en cuatro fases, dos psicológicas (fase uno y tres) y dos biológicas (fase dos y cuatro). En la primera fase, se encuentran las variables psicológicas y del presente; en la segunda, se halla la transición hacia una enfermedad, que en este caso se presentaría como el diagnóstico de DM; en la fase tres, se dan a cabo dos tipos de comportamientos, los de adhesión al tratamiento y los asociados a la enfermedad; por último, en la fase cuatro, se incluyen los indicadores biológicas y los resultados de salud, que darían cuenta de una menor o una mayor probabilidad de mantener la salud o de desarrollar otras patologías resultantes (Piña y Sánchez-Sosa, 2007).

En este orden, Ramírez, Ybarra y Piña (2012), explican la fase uno del modelo expuesto, en donde se encuentran tres variables psicológicas, estas son:

- Las situaciones vinculadas con el estrés, que comprende situaciones de la vida cotidiana relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, las cuales están caracterizadas por impredecibilidad, ambigüedad e incertidumbre que se presenta en el paciente.

- Los motivos, se definen como el estímulo (recompensa) que le permite al individuo comportarse de tal forma o hacer algo, siempre y cuando lo considere importante y oportuno.

- Las competencias conductuales, relacionadas con la funcionalidad obtenida en el pasado, es decir, conocimientos, habilidades, destrezas y comportamientos aprendidos que le ayudarán al paciente a realizar una tarea o actividad determinada de forma eficaz, necesarias para practicar las conductas de adhesión. Por ejemplo, asistir puntualmente a citas programadas, consumir los medicamentos, evitar el consumo de sustancias como alcohol o drogas, entre otros.

Estas variables psicológicas (situaciones vinculadas al estrés, motivos y competencias) se encuentran disminuyendo de manera directa la práctica de los comportamientos de adhesión, perjudicando la salud del paciente, además presentan problemas en la funcionalidad biológica del organismo afectado y generan mayor complicación de la enfermedad. Por tal motivo, una vez que se ha diagnosticado la enfermedad en el paciente (fase dos), es importante y necesario que se lleve a cabo una adhesión al tratamiento de forma eficaz y consiente en

cuanto a las exigencias de los profesionales médicos con el propósito de mejorar la salud (Piña y González, 2010).

De acuerdo a esto, la probabilidad de que los comportamientos de adhesión sean practicados, va a depender de la interacción de las variables psicológicas encontradas en la fase uno. Se espera que en la medida en que un individuo con diabetes experimente bajos niveles de estrés y depresión, y se encuentre altamente motivado, éste incremente la probabilidad de adherirse al tratamiento. Al contrario, si los niveles de estrés o de depresión son altos o la persona no se siente motivada es probable que se reduzcan estos comportamientos en cuanto a competencias y eficacia para adherirse al tratamiento (Piña, Dávila,Sánchez-Sosa, Togawa, y Cázares, 2008).

No obstante, es importante también considerar algunos comportamientos asociados a la enfermedad encontrados en la fase tres, estos son: estados de ansiedad, aislamiento social, depresión e ira (Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín y Tovar, 2006; Godin, Côté, Naccache, Lambert y Trottier, 2005; Hosek, Harper y Domanico, 2005; Penedo, Gonzalez, Dahn, Antoni, Malow, Costa y Schneiderman, 2003; Walch, Roetzer y Minnett, 2006).

Se ha encontrado investigaciones acerca de cómo las variables psicológicas, principalmente el estrés, interfiere directamente en el desempeño de diversas conductas y algunas actividades, entre ellas, las relacionados con la adhesión a los tratamientos prescritos por los médicos para control de las enfermedades crónicas (Piña et al. 2008; Oblitas y Pereyra, 2009; Camargo, 2012; Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2015).

1.3. Estrés

El estrés es un fenómeno que ha sido de gran interés de estudio e investigación a lo largo del tiempo. Esta variable ha sido explicada a través de diversos modelos: fisiológicos, psicológicos y ambientales, los cuales convergen en la idea de que el estrés es un factor asociado a la enfermedad y determinante en el bienestar de la salud del individuo (Oblitas y Pereyra, 2009).

En cuanto al estrés, Selye (1975), menciona que es una respuesta de tipo orgánica ante un estímulo estresor del ambiente, es decir, el organismo de un individuo se preparará (intervienen hormonas, músculos, órganos y sentidos) para enfrentar o escapar de dicho estímulo que puede ser físico, psicológico o psicosocial.

Estudios de tipo fisiológicos demuestran que el estrés causa en el organismo una inmunosupresión, impidiendo la creación de nuevos linfocitos t y en la elaboración de proteínas que permiten el correcto funcionamiento celular en el sistema inmunitario. En cuanto a los estresores de mayor duración, estos generan que el organismo del individuo se haga más vulnerable y aumenta la probabilidad de contraer enfermedades (Florencia, 2012).

Por ejemplo, en un estudio en pacientes con diabetes mellitus, se determinó que el estrés puede interferir en el control glucémico por la elevación de niveles de cortisol y acelerar la presencia de complicaciones que a su vez pueden volverse estresores (Atkinson, 2004). Este factor psicológico, juegan un papel importante en cuanto al control glucémico en pacientes diabéticos y adaptación a la enfermedad por parte de éste.

Moscoso (2011), basado en el modelo de Syle (1960), menciona al estrés como una respuesta fisiológica del organismo, permitiéndole al individuo adaptarse o no según la situación que experimente el sujeto. Este concepto fue denominado como el Síndrome General de Adaptación (SGA).

Según Ávila (2014), hace referencia que el SGA se divide principalmente en tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento.

- En la primera etapa, denominada fase de alarma, conocida también como de huida, el cuerpo se prepara para enfrentar una situación difícil, dando cambios químicos en donde reúne una gran cantidad de energía. Continuamente, el cerebro activa la producción de hormonas, que generan en el organismo diferentes reacciones, por ejemplo: tensión muscular, agudización de los sentidos, aumento en la frecuencia e intensidad de los latidos del corazón, elevación del flujo sanguíneo.

- La segunda etapa, se la conoce como la fase de resistencia, en donde el organismo se mantiene en alerta y constantemente se produce una respuesta fisiológica, manteniendo las hormonas en una alerta permanente.

- La tercera etapa, es la fase de agotamiento, el organismo en constante alerta termina debilitándose, las tensiones son excesivas provocando estrés crónico, generando así la aparición de alarma y en consecuencia los problemas tanto físicos como psicológicos, generando síntomas como desgaste físico y mental, angustia y deseo de huida.

Desde otro punto de vista, el estrés analizado como un estímulo, encontrado en el ambiente del individuo, amenaza, altera la vida y el comportamiento de éste. Conforme a esto, el sujeto ha desarrollado aspectos cognitivos importantes que le han permitido afrontar y adaptarse a una situación experimentada como estresante, es decir, mecanismo de afrontamiento (destrezas y habilidades) necesarios para hacer frente a situaciones de estrés. (Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2015).

De acuerdo a esto, Lazarus y Folkman (1986), hacen referencia que el estrés se origina cuando el individuo evalúa situaciones amenazantes en las que no puede hacer frente, afectando su bienestar físico como psicológico, es decir, que existe un desequilibrio entre los aspectos ambientales y los aspectos individuales (como la capacidad de afrontamiento) para hacer frente a una situación estresante.

En este orden, la psicología de la salud explica que el estrés, cuando no es de tipo crónico, permite al individuo adaptarse a los cambios que se dan en su vida, y por el contrario cuando es de tipo crónico causa desadaptación de su ambiente. Según Florencia (2012), el estrés es un proceso normal en el individuo, que se inicia al presentarse una demanda exigente de nuestro medio, en donde el sujeto activa mecanismos que permiten evaluar las situaciones amenazantes y responder frente a estas exigencias para adaptarse al ambiente. Una persona que experimenta niveles elevados de estrés por varios días, es más probable que incremente comportamientos de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables (Oblitas, 2008).

Ávila (2014) en sus estudios hace una clara diferenciación de cuando el estrés se vuelve positivo y cuando se vuelve negativo, así, menciona que el estrés positivo (eustres) es una tensión de muy poca duración y de menor intensidad que permite a la persona realizar una tarea, pero, esta tensión al prolongarse e intensificarse genera en el individuo un sobreesfuerzo y desgaste, conocido como estrés negativo (diestres), reflejándose en la salud y las relaciones personales del sujeto.

Cabe mencionar, que estos diferentes puntos de vista sobre el estrés han ayudado a futuras investigaciones a entender y explicar todos los aspectos de este fenómeno, en donde, además de la interacción de sujeto y ambiente, se añade la importancia de los procesos cognitivos implicados, así como también aspectos que intervienen como son la personalidad, el apoyo social, entre otros (Oblitas y Pereyra, 2009).

En los últimos años el estrés se ha vuelto un tema de gran relevancia, que tiene que ver con la salud como elemento causal o mediador en diversos problemas de salud física o psicológica (Pedrero, Ruiz, Lozoya, Rojo, Llanero, y Puerta, 2015). Siendo el estrés una de las variables que inciden directamente sobre el avance de la enfermedad, su identificación es clave si con ello se pretende disminuir su impacto y garantizar la práctica de múltiples conductas que sean necesarias a favor de la salud del paciente en cuanto a la enfermedad (Piña et al., 2006).

Es por ello que, cabe resaltar la importancia del manejo del estrés, debido a que permite a la persona controlar y reducir la tensión que se deriva de una determinada situación que se percibe como difícil o inmanejable, a fin de contrarrestar los niveles negativos que el estrés tiene en la salud física y psicológica (Flores, León, Vera y Hernandez, 2013; Oblitas, 2008).

Tomando en consideración lo anterior, la psicometría ha permitido la medición de algunas variables psicológicas, entre las cuales, una de mayor relevancia ha sido el estrés, que ha sido evaluada en diferentes tipos de enfermedades a través de instrumentos psicométricos (Peña y Cañoto, 2016). De acuerdo a esto, Hernández, Fernández y Baptista (2014), mencionan que un instrumento de medición para ser considerado apropiado y óptimo en la evaluación, debe cumplir con los requisitos de validez, confiabilidad y objetividad.

La confiabilidad de un instrumento de medición se aplica cuando arroja iguales resultados del mismo sujeto u objeto al que se le aplica. Hay diferentes formas de determinar la confiabilidad de un instrumento, esto es, a través de procedimientos o fórmulas. Se toma como referencia

0 que representa nula confiabilidad y 1 que representa mayor confiabilidad. Existe mayor error cuando se acerca a cero. Se afirma que puntajes cercanos a 0,25 señalan una baja confiabilidad; los cercanos a 0,50 una fiabilidad media y los que superan el 0,75 una confiabilidad aceptable. Y con respecto a aquellos con valores por encima a 0,90 representan una confiabilidad elevada (Pasquali, 2017).

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son: por test-retest, método de formas alternativas o paralelos, método de mitades partidas, medida de consistencia interna y coeficiente alfa de Cronbach, siendo esta última de interés en el presente estudio (Hernández, Fernández, Baptista, 2014).

Por otro lado, la validez hace mención a que una prueba o procedimiento cumplen con la función para la cual está diseñada. Este proceso de validación es el grado en que todas las evidencias agrupadas ayudan a la interpretación de las puntuaciones del instrumento aplicado para el propósito para el cual está hecho. Existen diferentes tipos de validez: de contenido, de criterio y de constructo, los dos últimos tipos de validez tendrán gran relevancia en la investigación presente [American Psychological Association (APA), American Educational Research Association (AERA), Y National Council on Measurement in Education (NCME), 2014].

La validez con relación al criterio, consiste en relacionar los puntajes de la prueba con el desempeño en medidas de criterio, que permitan comparar dichos puntajes, es decir, las calificaciones obtenidas por un conjunto de personas que se compararan con medidas de desempeño, por ejemplo, las calificaciones escolares. Existen dos tipos de validez de criterio, concurrente y predictiva. La validez concurrente se aplica principalmente a grupo de personas clasificadas en varias categorías, para determinar las diferencias en los puntajes entre estos. Por otro lado, la validez predictiva, es la precisión con que las puntuaciones de una prueba predicen puntuaciones de criterio, entre la prueba y un criterio del desempeño futuro (Aragón, 2011).

Peña y Cañoto (2016), hace referencia a que no existe un solo tipo de validez y que entre los tipos de validez que más se usa y que más refleja el trabajo científico, es la validez de constructo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), menciona que la validez de constructo es respaldada por cinco fuentes diferentes, estas son:

- Primero, está el contenido de la prueba o validez de contenido, en la cual se refiere al nivel de dominio específico que refleja un instrumento, es decir, por ejemplo, la depresión implica características cognitivas, emocionales, conductuales, psicológicas, y el instrumento tendrá validez al medir estos cuatro aspectos de la depresión. Estos instrumentos deben reunir la mayoría de los componentes de contenido de las variables que se va a medir.

- Segundo, se encuentra la asociación con otras variables, que es la práctica de diversos tipos de validez, así por ejemplo, la validez de criterio, que se establece al correlacionar las puntuaciones resultantes de aplicar el instrumento con las puntuaciones obtenidas de otro criterio externo y que pretende medir lo mismo, si el criterio se fija en el presente de manera paralela se habla de validez concurrente y si el criterio se fija en el futuro se habla de validez predictiva.

- Tercero, se encuentra la estructura interna del test, la cual hace mención a la importancia que tiene la información del mismo, es decir, la estructura de éste en cuanto a las preguntas y conceptos, deben ser los indicados.

- Cuarto, se encuentra el proceso psicológico implicado al responder, es decir, el sujeto deberá aplicar los procesos mentales psicológicos del test, para lo cual está diseñado, así, por ejemplo, un test que mida habilidades espaciales, el sujeto deberá usar dicha habilidad para responder al test, mas no usar otro tipo de procedimientos.

- Quinto, se encuentra la consecuencia del empleo de la prueba, menciona que el evaluador deberá revisar si las consecuencias del test son las indicadas para el evaluado con el fin de evitar consecuencias negativas.

Peña y Santalla (2009), mencionan que la validez de constructo se puede determinar por diferentes formas, estas son: grupos contrastados, correlación con otros test de validez comprobada, matriz multimétodo-multirrasgo y análisis factorial, siendo este último de interés para comprobar la validez de constructo en este estudio.

De acuerdo a esto, una de las herramientas más utilizada debido a su validez y confiablidad, ha sido el instrumento de medición denominado Escala de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) adaptado en un inicio en pacientes con VIH, en México, por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006), basados en el modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990).

La escala, está conformada por 12 preguntas, que se mide en una escala de diez puntos tipo likert, en donde: 1-3= situación no amenazante, 4-7= situación más o menos amenazantes y de 8-10= demasiado amenazante. La escala se encuentra conformada por tres dimensiones: 1) Estrés vinculado con toma de decisiones, que incluye tres preguntas: 11, 12,10; 2) Estrés vinculado con ambigüedad que contiene tres preguntas: 6, 5,7; 3) Estrés vinculado con frustración e impulsividad, con seis preguntas (1, 2, 9, 3, 8, 4). (Véase en anexo)

Este estudio realizado en México se centró en “analizar la confiabilidad y validez de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en pacientes con VIH positivo”, investigación que se llevó a cabo en una muestra de 68 participantes. La estructura de la escala está conformada por tres factores psicológicos: ambigüedad, impredecibilidad e incertidumbre, que explica el 70.4% total de la varianza. Obtuvieron un alfa de 0.90, que significa una alta confiabilidad de la prueba. Concluyendo que la escala posee una confiabilidad óptima, así como validez de constructo y concurrente.

Dentro de la misma línea de investigación se realizó un estudio en el contexto de Perú por Piña, Mejías, Méndez y Laborin (2014), que consiste en adaptar y validar una escala que mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12), en pacientes con cáncer de mama, en una muestra de 110 mujeres. La investigación se centró únicamente en la utilización dos factores psicológicos que consideraron necesarios en esta población, esto son: 1. ambigüedad y frustración y 2. Toma de decisiones, que explican el 59.4% de la varianza total. Obtuvieron un alfa de 0.89, mostrando una óptima confiablidad. Los resultados mencionan que la escala SVE-12 en Perú posee validez de constructo y concurrente, así como una óptima confiabilidad.

Por último, un estudio realizado recientemente en Venezuela, en una población de pacientes con VIH positivo con una muestra de 186 participantes, se ha utilizado dicha escala con el propósito de predicción de las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con esta enfermedad. Esta investigación se basa en dos factores: frustración y tolerancia a la

ambigüedad, seguimiento de instrucciones e impulsividad y toma de decisiones. En cuanto a los resultados la escala mostró alta confiabilidad y validez. (Moral, Colombo, Torres, Lopez, Piña e Ybarra, 2018).

Tomando en cuenta los diferentes estudios que se han realizado en México, Perú y Venezuela y principalmente sobre las diferentes enfermedades crónicas como VIH positivo y cáncer de mama, han demostrado claras diferencias en cuanto a la estructura de la escala (SVE-12) y sus resultados, por ejemplo en la investigación realizada en Perú por Piña, Mejías, Méndez y Laborin (2014), se encontró dos factores de la escala (ambigüedad y frustración; toma de decisiones), difiriendo del modelo inicial realizado en México por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006), el cual consta de tres factores.

Estas investigaciones, han servido de guía y de apoyo para la realización de la siguiente investigación, especialmente se ha tomado como base el trabajo de Perú (Piña, Mejías, Méndez y Laborin, 2014), en cuanto a la conformación de la estructura factorial, realizada en dos factores mencionados anteriormente, con el propósito de obtener una confiabilidad y validez de la escala adecuadas y óptimos resultados.

Además, estudios como Venezuela (Moral, Colombo, Torres, Lopez, Piña, Ybarra, 2018), plantean la importancia de generalizar la aplicación de la escala a otras enfermedades crónicas, como seria en este caso la Diabetes. Por lo que será pertinente realizar este estudio de investigación en un diferente contexto como es el de Loja- Ecuador y en otra enfermedad como es la diabetes para determinar la confiablidad y validez que maneja la escala (SVE-12).

Es importante resaltar que en América Latina se presentan escasas investigaciones con relación a la validación de instrumentos que arrojen datos confiables acerca de los comportamientos y necesidades (González y Piña, 2010), con lo cual surge la necesidad de adaptar instrumentos psicométricos de otros países a nuestro contexto.

De acuerdo a esto, el objetivo principal de esta investigación se basa en analizar las propiedades psicométricas de la escala (SVE-12) y adaptarla al contexto de la población de Loja- Ecuador, para su validación y aplicación en pacientes diabéticos con el motivo de evaluación y diagnóstico preciso, manejados por especialistas dentro de la psicología clínica, además de predecir comportamientos de adhesión al tratamiento en estos pacientes y poder

permitir a los investigadores y profesionales de la psicología clínica planificar intervenciones que faciliten la adherencia al tratamiento.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. Objetivos de la investigación:

2.1.1. Objetivo general.

Analizar las propiedades psicométricas en términos de confiabilidad y validez de la escala breve que mide situaciones vinculadas al estrés en pacientes con diabetes en la ciudad de Loja.

2.1.2. Objetivos específicos.

1. Obtener indicadores de confiabilidad del instrumento, a través del análisis de la consistencia interna mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach de cada una de las dimensiones que conforman el instrumento y de la prueba en su totalidad.
2. Obtener el grado de discriminación de los ítems, a través de la prueba t de comparación de medias.
3. Determinar la validez de constructo, a través del análisis factorial exploratorio con rotación varimax.
4. Examinar la validez constructo por medio de las variables moderadoras: el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, nivel de glucosa en sangre y las conductas de adhesión (Asistencia a citas con el médico o nutricionista, cumplimiento con la dieta sugerida por el médico o nutricionista, realiza ejercicio físico recomendado por el médico, cumplimiento del tratamiento farmacológico).

2.2. Tipo y diseño de investigación

Transversal, de tipo psicométrico, debido a que utiliza el análisis estadístico vinculado con la teoría psicológica para valorar el instrumento de acuerdo a su validez y confiabilidad (Vásquez, 2001).

Trabajo no experimental, ya que no son controladas ni manipuladas las variables, sino es una investigación empírica y sistemáticaque se llevará a cabo mediante la observación de los fenómenos tal y como se encuentran en su contexto natural.

2.3. Población:

La presente investigación, estuvo conformada por una población de pacientes con diabetes, que se encuentren recibiendo tratamiento en el Hospital público de Loja, en el año 2017, entre los meses de enero y febrero.

2.4. Muestra:

La presente investigación utilizó un muestreo no probabilístico, es decir, intencional ya que la elección dependió de las características especificadas por la población, así como por la intencionalidad del investigador (Rustom, 2012). La muestra estuvo conformada por 200 pacientes, con diagnóstico de diabetes definido, cumpliendo tratamiento con hipoglucemiantes orales o inyección de insulina, en edades comprendidas entre los 18 y 85 años. El 57% de la misma estuvo representado por hombres y el 43% por mujeres, 59.5% son casados/as, el 49.5% posee nivel de escolaridad (secundaria) y por último el 56.5% se encuentra con empleo ocasional.

En cuanto al tiempo de diagnóstico con la enfermedad (expresada en meses), la mayor parte se encuentra en un tiempo de diagnóstico entre 101-200 meses, un 37% de la muestra tomada. En cuanto al nivel de glucosa en sangre (ultimo control MG/LB), la media está comprendida por 95.78 mg/lb. Y las conductas de adhesión destacadas, con mayor porcentaje son: 1. Asistencia a cita médica o nutricionista y 2. Cumple con el tratamiento farmacológico. Todos los sujetos de estudio se encontraron en el Hospital público de Loja, Ecuador. Los criterios de inclusión y de exclusión se describen a continuación:

2.5. Criterios de Inclusión

- Diagnóstico de diabetes definido por un especialista.
- Tener 18 años o más.
- El paciente debe haberse sometido a un régimen de tratamiento con hipoglucemiantes orales o inyección de insulina.

2.6. Criterios de Exclusión

- Pacientes nuevos o en fase de control.
- Que se encontraron recibiendo tratamiento con fines paliativos.

2.7. Instrumentos:

- **Cuestionario de Variables Socio-demográficas y Clínicas.**

Cuestionario (ad hoc) que fue elaborado con la finalidad de obtener información socio-demográfica sobre: la edad, sexo, años de estudio, estado civil, ocupación, procedencia, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, nivel de glucosa en sangre (último control); y, clínica sobre: las conductas de adhesión que incluyen 4 ítems: 1) asistencia con el médico o nutricionista, 2) cumple con la dieta sugerida por el médico o nutricionista, 3) realiza ejercicio físico recomendado por el médico y 4) cumple el tratamiento farmacológico. La forma de respuesta es mediante una escala tipo Likert, en donde: muy frecuente= 4, frecuentemente= 3, ocasionalmente= 2, raramente= 1 y nunca= 0. Se marcó con una x en la respectiva casilla. El tiempo de aplicación del cuestionario fue de aproximadamente 5 a 10 minutos.

- **Escala de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12).**

Fue elaborada y validada en México por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006), aplicada en un principio en personas con VIH positivo, en México. Está conformada por 12 preguntas, que se mide en una escala de diez puntos, en donde: 1-3= situación no amenazante, 4-7= situación más o menos amenazantes y de 8-10= demasiado amenazante. La escala se encuentra conformada por tres dimensiones: 1) Estrés vinculado con toma de decisiones, que incluye tres preguntas: 11, 12,10; 2) Estrés vinculado con ambigüedad que contiene tres preguntas: 6, 5,7; 3) Estrés vinculado con frustración e impulsividad, con seis preguntas (1, 2, 9, 3, 8, 4). El tiempo de aplicación del instrumento fue de aproximadamente 15 a 20 minutos.

2.8. Procedimiento:

Para la realización del análisis psicométrico de la escala breve (SVE-12) en personas con Diabetes, se procedió a visitar el Hospital público de Loja, con la finalidad de discutir el propósito de la investigación, se solicitó el permiso al Gerente General del Hospital para asistir a la institución con fines investigativos. Luego, se acordó la fecha y tiempo de aplicación de instrumentos a los pacientes con diabetes; una vez obtenido el permiso, se procedió a la aplicación de los mismos.

Primero, se realizó una anticipada presentación del investigador anunciando sus nombres y apellidos, institución a la que pertenece y el propósito de su visita, de la siguiente manera: “Soy estudiante de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja y me encuentro realizando una investigación con motivo del trabajo de fin de titulación para la obtención del título de licenciatura, por lo cual, solicito de su colaboración para la aplicación de los instrumentos. Esta investigación constituirá posteriormente un aporte que contribuirá a mejorar su atención en este centro”.

Consecutivamente, se resaltó la importancia de la colaboración de los pacientes en dicho estudio, por lo que se solicita a los participantes den su consentimiento, tomando en cuenta que sus datos personales son estrictamente confidenciales y que no se revelarán bajo ninguna circunstancia en los resultados de la investigación, se presentó la información de la siguiente forma: “Para mi es de gran importancia su ayuda y me gustaría saber si contamos con su aprobación y su valiosa colaboración, la cual consistirá en aplicar en algunas preguntas. Se mantendrá la confidencialidad y anonimato de los resultados de los participantes. Tomando en cuenta la relevancia de los resultados, por favor, sea lo más sincero al momento de responder”

Una vez que se obtuvo la aprobación de los participantes, se procedió a la aplicación de los dos instrumentos: el cuestionario sociodemográfica y la escala SVE-12, la cual tuvo como consigna: “A continuación se presentará una serie de preguntas que tienen que ver con situaciones que usted eventualmente enfrenta día a día. En una escala del 1 al 10, indique cómo evalúa usted qué tan amenazantes le resultan esas situaciones, donde 1 es igual a nada amenazante y 10 es igual a demasiado amenazante. De tener duda con alguno, por favor, alce la mano y con gusto le responderé sus inquietudes, gracias por su tiempo y colaboración”. Una vez dicho esto, se entregó los instrumentos y se indicó que podían comenzar a responder. Culminada la aplicación de los instrumentos, se les agradeció a los participantes por su ayuda.

2.9. Técnicas de análisis y expectativas

Para el análisis psicométrico de la escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en pacientes que padecen diabetes mellitus, se utilizó el paquete estadístico (SPSS), versión 20.0. Se estimó la confiabilidad de la escala a través del Alpha de Cronbach, la validez se determinó por medio de la validez de constructo y de criterio, y por último se administró la

prueba t para determinar el grado de dificultad de los reactivos. A continuación se especifica estas medidas:

1. La confiabilidad del presente instrumento se midió a través de la técnica de consistencia interna de Alpha de Cronbach, considerando las variables en su totalidad y las variables agrupadas en los factores. Durante el análisis de la consistencia interna de dicha prueba, el índice de cada factor y de la prueba en su totalidad superó Alpha (α) de Cronbach de 0,70.

2. Para probar el grado de dificultad de los reactivos se utilizó la prueba t de comparación de medias. En primer lugar, se sumaron los totales de respuesta de los participantes y mediante un análisis de frecuencia se extrajeron los puntajes más bajos y los más altos, correspondientes a los cuartiles < 25 y > 75, formándose dos grupos a comparar con la citada prueba. Todos los reactivos discriminan de forma correcta, con valores de $p < 0,05$.

3. Para determinar la validez de constructo, se utilizó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, tomando en cuenta los ítems que con el procedimiento anterior alcanzaron valores de $p < 0,05$. Por lo tanto, se esperó como resultado la obtención de tres dimensiones, correspondientes a las tres sub-pruebas que posee el instrumento, además que sus pesos factoriales sean iguales o mayores que 0,40.

4. Por último, la validez de criterio (concurrente) se probó a través de la correlación *r* de Pearson, por medio del tiempo de diagnóstico de la enfermedad, nivel de glucosa en sangre y las conductas de adhesión.

CAPITULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo.

En cuanto a la muestra de participantes, esta quedó conformada por 200 personas con diagnóstico de diabetes, el 95,5% estuvo conformada por participantes procedentes de la provincia de Loja. La edad media fue de 50.87 años aproximadamente, encontrándose como edad mínima 20 años y edad máxima 85, con una desviación típica de 15.67. Se evidenció que la muestra estuvo conformada por 56.5% hombres y 43.5% mujeres. Con respecto al estado civil, en un mayor porcentaje se encuentran casados/as con un 59.5%, en menor porcentaje se encuentran solteros(a), divorciados(a) y viudos(a).

Por otro lado, se encontró en mayor porcentaje a personas con nivel de escolaridad secundaria, correspondiente al 49.5%, mientras que el 28.5% de personas corresponden a un nivel profesional, los niveles de escolaridad primaria y postgrado se encontraron en menor porcentaje. En cuanto a la ocupación, el 56.5% mantienen un empleo ocasional, mientras que en un menor porcentaje se encuentran las personas con desempleo y empleo estable.

En cuanto al tiempo de diagnóstico con la enfermedad (expresada en meses), esta estuvo conformada por una media de 175 meses aproximadamente, encontrándose como valor mínimo 12 meses y un valor máximo de 525, con una desviación típica de 109.89. La mayoría se encontró en un tiempo de diagnóstico entre 101-200 meses, un 37% de la muestra tomada. En cuanto al nivel de glucosa en sangre (último control MG/DL), la media fue de 95.78, con un valor mínimo de 65 mg/dl y un valor máximo de 130 mg/dl, con una desviación típica de 14.01.

En cuanto a las conductas de adhesión destacadas, las que se encontraron en la categoría de “frecuente” y “muy frecuentemente” son: 1. Asistencia a cita médica o nutricionista, posee un porcentaje en el rango de “frecuente” de 9%, mientras en el rango de “muy frecuente” fue de 88 %, que en total se cumple una frecuencia de 97%; y 2. Cumple con el tratamiento farmacológico, posee un porcentaje en el rango de “frecuente” de un 8.0%, por otro lado el rango de “muy frecuente” fue de 90.5%, que en total se cumple una frecuencia de 98.5%. Las restantes conductas de adhesión, se encontraron en menor porcentaje: 3.Cumple con la dieta (frecuente= 42% y muy frecuente= 27.5%) y 4. Realiza ejercicio (frecuente= 17% y muy frecuente= 16%).

3.2. Análisis psicométrico

3.2.1. Análisis de confiabilidad.

En cuanto al primer objetivo planteado, se obtuvo la confiabilidad del instrumento por medio del coeficiente alfa de Cronbach, analizando la consistencia interna total de la escala como también de cada una de sus dimensiones. En los resultados, se logró determinar un α=0,92 para la escala total. Mientras que, para cada una de las dimensiones del instrumento se obtuvo: Estrés vinculado con frustración e impulsividad y ambigüedad un α= 0,92 y para la dimensión estrés vinculado a la toma de decisiones un α= 0,84. Posteriormente la escala quedó conformada por dos factores.

3.2.2. Análisis de discriminación de los reactivos.

Como segundo objetivo planteado se evidenció el grado de discriminación de los reactivos con la utilización de la prueba t de comparación de medias. Primero, se sumaron los totales de respuestas de los participantes y mediante un análisis de frecuencia se extrajeron los puntajes más altos y más bajos, correspondiente a los cuartiles < 25 y > 75, formándose dos grupos que fueron comparados con la citada prueba. Encontrando como resultado, que todos los ítems discriminan de forma correcta, con valores de $p < 0,000$ en los 12 reactivos (como se muestra en la tabla 1).

Tabla 1. Análisis de Discriminación de Reactivos con Base en la Prueba.

Ítems	Grupo	N	X	Error tip.	T	Gl	p
1	1	55	3,60	0,197	-31,461	161	0,000
	2	108	9,12	0,75			
2	1	53	2,47	0,142	-44,806	106	0,000
	2	55	9,40	0,067			
3	1	63	3,27	0,168	-30,616	111	0,000
	2	50	9,34	0,068			
4	1	66	3,42	0,169	-32,357	158	0,000
	2	94	8,77	0,072			
5	1	53	2,70	0,136	-42,089	132	0,000
	2	80	8,58	0,068			
6	1	63	2,76	0,131	-7,268	124	0,000
	2	63	9,49	0,917			
7	1	53	2,28	0,112	-44,361	108	0,000
	2	57	8,67	0,091			
8	1	53	2,26	0,105	-45,776	103	0,000
	2	52	8,63	0,091			
9	1	54	2,48	0,094	-36,041	127	0,000
	2	75	8,00	0,111			
10	1	68	2,38	0,078	-39,733	119	0,000
	2	53	7,81	0,118			
11	1	100	1,54	0,050	-26,912	154	0,000
	2	56	5,18	0,157			
12	1	69	1,00	0,000	-31,861	117	0,000
	2	50	5,36	0,161			

Fuente: Base de datos
Elaborada por: el Autor

3.3. Análisis factorial exploratorio.

3.3.1. Validez de constructo.

Para el tercer objetivo, se analizó la validez de constructo de la escala SVE-12 a través de un análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Se determinó dos factores de la prueba. El primer factor: tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración, conformado por 9 ítems, preguntas del 1-9, que explican 59.5% de la prueba. El segundo factor toma de decisiones: que está conformado por 3 ítems, preguntas del 10-12, explican una varianza del 11.03% de la prueba. Estos dos factores conforman un total de 12 ítems que explican el 70.09% total de la prueba.

Para el cumplimiento de este objetivo, se lo realizó a través del cumplimento de dos supuestos: adecuación muestral de Káiser-Mayer-Olkin (KMO) y la prueba de Bartlett.

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio, con método de componentes principales y rotación varimax (normalización con Kai ser-Meyer-Olkin y y la prueba de Bartlett).

Factor, reactivos y pesos factoriales	Factores	
	1	2
Tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración		
3. Cumple con tratamiento y no hay consecuencias por parte del médico	,870	
4. Cumple con tratamiento y no hay consecuencias de otras personas	,866	
5. Desconoce si enfermedad tendrá cura en el mediano plazo	,850	
2. El tratamiento exige practicar diferentes conductas	,821	
1. Recibe tratamiento y no observa mejoras en el corto plazo	,815	
7. Desconoce efectos secundarios por el tratamiento	,670	
8. Tratamiento exige cambios y se responde de manera impulsiva	,657	
9. Personas significativas exigen cambios y se responde de manera impulsiva	,635	
6. Desconoce la efectividad del tratamiento para la enfermedad	,488	
Varianza explicada: 59,95%		
Toma de decisiones		
10. No entiende indicaciones y dificultad para cumplirlas		,551
11. Decisión de seguir otro tratamiento por sí mismo		,881
12. Decisión de seguir otro tratamiento por presión de otros		,855
Varianza explicada: 11,03%		
Varianza total explicada: 70,09%.		

Fuente: Base de datos
Elaborada por: el Autor

3.3.2. Validez de criterio.

Para determinar la validez concurrente de la escala, se comprobó a través de la correlación r de Pearson considerando los dos factores extraídos con el procedimiento anterior y las seis medidas utilizadas: tiempo de diagnóstico de la enfermedad (meses), nivel de glucosa en sangre (último control), asistencia a citas con el médico o nutricionista, cumple con la dieta sugerida por el médico o nutricionista, realiza ejercicio físico recomendado por el médico y por último cumple con el tratamiento farmacológico.

Como se observa en la Tabla 3, existe una correlación significativamente negativa y moderada en relación al factor 1 (estrés vinculado con frustración e impulsividad y ambigüedad) con una de las medidas que fue el tiempo de diagnóstico de la enfermedad (meses) (r=-0,544; p < 0.000); el factor 2 (toma de decisiones), arrojó una correlación significativamente negativa y moderada (r=-0,444; p < 0.000), que explican que mientras mayor sea el tiempo de diagnóstico de los pacientes con la enfermedad, menor será la adherencia.

Por otra parte, se encontró una correlación positiva y significativa en relación al factor 1 (estrés vinculado con frustración e impulsividad y ambigüedad) con otra medida realización de ejercicio físico recomendado por el medico (r= 0,213; p < 0.003); el factor 2 (toma de decisiones), arrojó una correlación positiva y poco significativa (r= 0,158; p < 0.025). En donde explica que mientras mayor ejercicio hace el paciente mayor adherencia existirá.

Tabla 3. Validez constructo por medio de la diferenciación de grupos, utilizando como variables moderadoras: el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, nivel de glucosa en sangre y las conductas de adhesión.

		TOTAL	D_1	D_2
TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD (MESES)	Pearson Correlation	-0,550**	-0,544**	-0,444**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	200	200	200
NIVEL DE GLUCOSA EN SANGRE (ULTIMO CONTROL, MG/LB))	Pearson Correlation	-0,035	-0,050	0,035
	Sig. (2-tailed)	0,627	0,486	0,620
	N	200	200	200
ASISTENCIA A CITAS CON EL MEDICO O NUTRICIONISTA	Pearson Correlation	-0,036	-0,043	-0,001
	Sig. (2-tailed)	0,611	0,549	0,985
	N	200	200	200
CUMPLE CON LA DIETA SUGERIDA POR EL MEDICO O NUTRICIONISTA	Pearson Correlation	-0,088	-0,081	-0,099
	Sig. (2-tailed)	0,214	0,256	0,163
	N	200	200	200
REALIZA EJERCICIO FISICO RECOMENDADO POR EL MEDICO	Pearson Correlation	0,212**	0,213**	0,158*
	Sig. (2-tailed)	0,003	0,003	0,025
	N	200	200	200
CUMPLE CON EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	Pearson Correlation	-0,061	-0,063	-0,041
	Sig. (2-tailed)	0,389	0,379	0,567
	N	200	200	200

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fuente: Base de datos

Elaborada por: el Autor

3.4. Discusión:

Se analizó de confiabilidad con el Alfa de Cronbach, encontrándose una consistencia interna alta total de 0,92. En cuanto a la dimensión de estrés vinculado con la frustración, impulsividad y ambigüedad, el α= 0,92. Para la dimensión estrés vinculado a la toma de decisiones, α= 0,84. Estos resultados son consistentes con los obtenidos con pacientes VIH positivo en México (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006) y en Venezuela (Moral, Colombo, Torres, López, Piña e Ybarra, 2018); de igual forma en pacientes con cáncer de mama en Perú (Piña, Mejías, Méndez y Laborin, 2014).

Así, en los resultados obtenidos en la investigación realizada en Venezuela por Moral, Colombo, Torres, López, Piña, Ybarra (2018), en pacientes con VIH positivo, dio una confiabilidad total de 0,85, en la dimensión de estrés vinculado con frustración e impulsividad y ambigüedad dio un α de 0,86, mientras que en el estrés vinculado a la toma de decisiones el α fue de 0,78.

Por otro lado la investigación de Perú por Piña, Mejías, Méndez y Laborin (2014) muestra una confiabilidad total que es de 0,89, en la dimensión de estrés vinculado con frustración e impulsividad y ambigüedad, obtuvieron un α de 0,88 y en la dimensión de estrés vinculado a la toma de decisiones el α fue de 0,70. De igual forma en el estudio de México por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006), se encontraron resultados similares, con un índice de confiabilidad de la prueba total de 0,90.

Se determinó el grado de discriminación de los reactivos con la utilización de la prueba t de comparación de medias. Se obtuvo como resultado, que todos los ítems son consistentes y que discriminan de forma correcta, con valores de $p < 0,000$ en los 12 reactivos. Diferentes de los resultados de las investigaciones de México por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006), con valores de $p < 0,001$ en 11 preguntas y $p < 0,005$ en el restante, de igual forma diferentes a los resultados arrojados en Venezuela por Moral, Colombo, Torres, Lopez, Piña, Ybarra (2018), con valores de $p < 0,001$.

Se analizó la validez de constructo de la escala breve SVE-12 que mide situaciones vinculadas con estrés en pacientes con Diabetes Mellitus, la escala quedó conformada en dos factores, estos son: 1) tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración y 2) toma de decisiones,

en donde el primer factor agrupa nueve preguntas y el factor dos agrupa tres. Dicha estructura factorial, fue similar a la encontrada en Perú (Piña, Mejías, Méndez y Laborin, 2014) y en Venezuela (Moral, Colombo, Torres, López, Piña e Ybarra, 2018), diferente a la obtenida en México (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006).

Así, en las investigación realizada en Perú por Piña, Mejías, Méndez y Laborin (2014) en pacientes con cáncer de mama, muestra una estructura de la escala compuesta por dos factores, en donde se explica el 59.9% de la varianza total de la prueba. Investigaciones de Venezuela por Moral, Colombo, Torres, Lopez, Piña, Ybarra (2018), en pacientes con VIH positivo, muestran una estructura compuesta por dos factores, que explica el 55.17% total de la varianza de la prueba.

Por otro lado en cuanto a la investigación realizada en México por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006), la prueba SVE-12 está conformada por tres factores, en donde se explica el 70.5% de la varianza total de la escala.

Con respecto al análisis de correlación, se señala que los resultados fueron significativos, en donde se encontró una correlación negativa y moderada en relación al factor 1 (estrés vinculado con frustración e impulsividad y ambigüedad) con una de las medidas que fue el tiempo de diagnóstico de la enfermedad (meses) ($r=-0,544$; $p < 0.000$), así como el factor 2 (toma de decisiones), arrojó una correlación negativa y moderada ($r=-0,444$; $p < 0.000$), que explican que mientras mayor sea el tiempo de diagnóstico de los pacientes con la enfermedad, menor será la adherencia.

Por otra parte, se encontró una correlación positiva y significativa en relación al factor 1 (estrés vinculado con frustración e impulsividad y ambigüedad) con otra medida realización de ejercicio físico recomendado por el medico ($r= 0,213$; $p < 0.003$), así como el factor 2 (toma de decisiones), arrojó una correlación positiva y poco significativa ($r= 0,158$; $p < 0.025$). En donde explica que mientras mayor ejercicio hace el paciente mayor adherencia existirá.

CONCLUSIONES

La presente investigación parte del supuesto de adaptar el instrumento SEV-12 a otro contexto y enfermedad, instrumento tomado de la versión original de México, en pacientes con VIH+, realizado por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales en el 2006. Se analizó las situaciones vinculadas al estrés en pacientes con diabetes en ciudad de Loja – Ecuador, comprobando la validez y confiabilidad de la escala, de acuerdo a esto se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El instrumento SEV-12 administrado en una muestra de pacientes con diabetes, de acuerdo a los resultados obtenidos, presenta una óptima confiablidad interna, obteniendo un alfa de cronbach de 0,923 total.
- Por otra parte se determinó que el grado de discriminación de los reactivos (12 ítems) son consistentes y que discriminan de forma correcta, con valores de $p < 0,000$ en todos los ítems.
- Se concretó que la estructura de escala se conformó por dos factores: 1) tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración y 2) toma de decisiones, que conforman un total de 12 ítems que explican el 70.09% total de la prueba, siendo dicha varianza superior a los demás estudios.
- Hubieron correlaciones significativas con dos indicadores de adherencia: tiempo de diagnóstico de la enfermedad y realización de ejercicio físico recomendado por el médico.
- Se concluye que la escala SVE-12 se puede generalizar en otras enfermedades como la diabetes en este caso y a otro contexto.

RECOMENDACIONES

- Ampliar la muestra de participantes con diabetes para futuros estudios, con el propósito de obtener resultados más amplios, así como obtener una validez y confiabilidad más óptima.
- Se recomienda para futuras investigaciones seguir con este tipo de investigación psicométrica, que generan aportes importantes en el área de la psicología, así como contribuciones en el área de la salud con este tipo de enfermedad.
- Se recomienda la adaptación de la escala a otro tipo de enfermedad y contexto, con el propósito de ampliar la línea de investigación, así como probar la validez y confiablidad del instrumento en diferentes enfermedades y contextos.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association. (2018). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care, 41*(1), 13-27. Disponible en URL: https://doi.org/10.2337/dc18-S002

American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care,* 37(1). Doi: 10.2337/dc14-S081. Disponible en URL: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/37/Supplement_1/S81.full.pdf

American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. (2014). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association.

Arabia, M., Suárez, R., y Tróchez, M. (2012). El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo, 49*(4)*,* 203-212. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/pdf/raem/v49n4/v49n4a06.pdf

Aragón, L. (2011). *Evaluación psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: El Manual Moderno.

Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L. y Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida: un estudio correlacional. Universitas Psychologica, 5, 659-667.

Atkinson, W. (2004). Stress. *Risk Management*, *57*(6), 20-25.

Avila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual, *Revista Con-Ciencia, 2*,115-124.

Barrio, R. (2016), Actualización de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica. Curso de Actualización Pediatría 2016. *Lúa Ediciones, 3.0*, 369-77. Disponible en URL: https://www.aepap.org/sites/default/files/4t2.12_actualizacion_de_la_diabetes_tipo_1.pdf

Camargo, B. (2012). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista medico científica*, *17*(2), 78-86. Recuperado de: http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf

Cervantes, R., y Presno, J. (2013). Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreática. *Revista de Endocrinología y Nutrición, 21*(3), 98-106. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf

Curto, C. (2016). *Sketching Dianetes*. Recuperado de: http://www.idibaps.org/sketching/diabetes.pdf

Espinosa, X., y Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, *8* (2-3), 423-440.

Fernández, R. (2011). Evaluación Psicológica: conceptos, métodos y estudios de caso. Madrid, España: Ediciones pirámide-segunda edición.

Fernández, M., Nocito, A., Moreno, A., Carramiñana, F., Simarro, F., Jimenez, S., …y Dosal, C. (2015). Guías Clínicas: Diabetes Mellitus. *Euromedice, 2(1),* 9-13. Disponible en URL: http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf

Flores, I., León, M., Vera, E., y Hernández, P., M. (2013). Intervenciones psicológicas para el manejo y reducción de estrés en pacientes hipertensos: una revisión sobre su efectividad. *Psychologia: Avances de la Disciplina, 7*(2), 25-44. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n2/v7n2a03.pdf

Florencia, D. (2012). *Biología Del Comportamiento*. (Trabajo práctico de investigación, publicado). Universidad de Buenos Aires, Argentina. Disponible en URL: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf

García-Cedillo, I., Piña, J., Cazáres, O., y Ybarra, L. (2012). Adhesión al TAR en personas con VIH/SIDA en la región noroeste de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 2(2)*, 125- 132. Recuperado de: http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD24232.pdf

García, E. (2018). Actualización en diabetes tipo 1. *Lúa Ediciones 3.0*, 395-401. Recuperado de:https://www.aepap.org/sites/default/files/395401_actualizacion_en_diabetes_tipo_1.pdf

Gil, L., Sil, M., Domínguez, E., Torres, L. y Medina, J. (2013). Guía de práctica clínica-Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica: Instituto Mexicano del Seguro Social, 51*(1), 104-191. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131o.pdf

Godin, G., Côté, J., Naccache, H., Lambert, L., y Trottier, S. (2005). Prediction of Adherence to Antiretroviral Therapy: A One-year Longitudinal Study. *AIDS Care, 17*, 493-504.

González, L., y Ollarves, M. (2012). Calidad de vida y apoyo social en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (Trabajo de investigación del programa de psicología, publicado). Universidad centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela. Recuperado de: http://bibhumartes.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe?Titulo==Calidad+de+vida+y+apoyo+social+en+pacientes+con+Virus+de+Inmunodeficiencia+Humana&Nombrebd=bcucla&Sesion=1971322857

González, M., y Piña, J. (2010). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: evaluación con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica, 10*(2), 597-607. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657926720110002000007

Hernandez, S., fernandez, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México: Mcgraw-Hill Education-6ta edición.

Hosek, S., Harper, G., y Domanico, R. (2005). Predictors of Medication Adherence among HIVinfected Youth. *Psychology, Health y Medicine, 10*, 166-179.

Instituto Nacional De Estadísticas Y Censos (INEC). (2016). *Diabetes, segunda causa de muerte, después de las enfermedades isquémicas del corazón*. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inforgrafias INEC/2017/Diabetes.pdf

International Diabetes Federation (FID). (2017). *Diabetes Atlas de la FID - octava edición*. Recuperado de: http://www.diabetesatlas.org/key-messages.html

International Diabetes Federation (FID). (2015). *Atlas de la Diabetes FID.* Recuperado de: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

Lago, N. (2015). Adherencia al tratamiento. Responsabilidad de todos. *Tendencias en Medicina, 46,* 99-109. Recuperado de: http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf

Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Leone, E., y Márquez, L. (2014). Relación estigma y calidad de vida en la adhesión al tratamiento de pacientes con VIH/sida. *Revista Eureka*, *11*(2), 258-269. Recuperado de: http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-11-2-14.pdf

Moscoso, M. (2011). El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. *Liberabit, 17*(1), 67-76. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n1/a08v17n1.pdf

Moral, J., Colombo, G., Torres, A., López, V., Piña, J., e Ybarra, J. (En prensa). A brief scale for measuring personality among HIV-positive patients from Venezuela: A study validation. *Psychology Research and Behavior Management*

Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., y Tejerina, M. (2015). Psicología para ciencias de la Salud. Mexico: MCGrawHill

Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, *26*(2), 217-254. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf

Oblitas, L., y Pereyra, M. (2009). Psicología de la salud y calidad de vida, estrés y salud, México: Cengage Learning, tercera edición.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Informe Mundial sobre la Diabetes, recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Adherence Meeting Report. 116* (2), 141-146.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Disponible en URL: http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de La Salud (OPS). (2016). *Diabetes en las Américas*. Disponible en URL: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13924%3Aworld-diabetes-day-2017&catid=4475%3Adiabetes-content2&Itemid=39447&lang=es

Orozco, B., Mata, M., Artolac, S., Conthed, P., Mediavillae, J., y Mirandaf, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*. *48*(6), 406-420.

Ortiz, M., y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médico de Chile, 135*, 647-652. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf

Ortuño, M., Oropeza., Aparicio, E., y Orozco, F. (2012). Determinación de los factores que favorecen la adherencia terapéutica de pacientes con VIH atendidos en la consulta del servicio de infectología de la ciudad hospitalaria enrique tejera para el primer semestre del año 2011. *Avances en Ciencias de la Salud. 1*(2), 33-39. Recuperado de: http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/avances/vol1n2/art6.pdf

Pan American Health Organization. (2010). *Guías ALAD de diagnóstico: control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Disponible en URL: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf

Pasquali, L. (2017). Psicometría: Teoria dos testes na psicología e na educao. Petròpolis, RJ: Vozes.

Pedrero-Pérez, P., Ruiz-Sánchez, J., Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., y Puerta-García. (2015). La “escala de estrés percibido”: estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology*, *23*(2), 305-324. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5186312

Penedo, F., Gonzalez, J., Dahn, J., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., y Schneiderman, N. (2003). Personality, Quality of Life and HAART Adherence among Men and Women Living with HIV/ AIDS. Journal of Psychosomatic Research, 54, 271278.

Peña, G., y Cañoto, Y., (2016). Introducción a la Psicología General. Investigaciones Basadas en el Control de Estímulos, Caracas, Vezuela: Universidad Católica Andres Pello.

Peña, G., y Santalla, Z. (2009). *Una introducción a la psicología*. Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAP.

Piña, J., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J., Togawa, C., y Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23*(6), 377-383. Recuperado de: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n6/a02v23n6.pdf

Piña, J., y González, M. (2010). Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, *1*(2), 185-206. Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3251463

Piña, J., Mejía, R., Méndez, J., y Laborín, J. (2014). Versión peruana de una escala que mide Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) en Mujeres con Cáncer de Mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 4*(2). Recuperado de: http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/53609

Piña, J., y Sánchez-Sosa, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychology Bogotá (Colombia), 6*(2), 399-407. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760217

Piña, J., Valencia, M., Mungaray, K., y Corrales, A. (2006). Validación de una Escala Breve que Mide Situaciones Vinculadas con Estrés en Personas VIH Positivas. *Terapia Psicológica*, *24*(1), 15–21. Recuperado de: http://teps.cl/files/2011/05/02-pi%C3%B1a.pdf

Ramírez, M., Ybarra, J., y Piña, J. (2012). Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH**.** *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12* (2), 173-184.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual.* Barcelona: Martínez Roca.

Rustom, A. (2012), *Estadística Descriptiva, probabilidad e inferencia*. Chile: La Pintana.

Salinas, E., y Nava, G. (2012). Adherencia terapéutica. *Enfermería Neurológica, 11*(2), 102-104. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf

Sánchez-Sosa, J., Cázares, O., Piña, J., y Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, *32*(5), 389-397. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252009000500005&scripsci_arttext

Selye, H. (1960). La tensión en la vida (el stress). Buenos Aires, Argentina: Compañía General Fabril Editora.

Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. Journal of human stress. Buenos Aires, Argentina: Compañía General Fabril Editora.

Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, *14*(3), 170-176. Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990051

Vásquez, R. (2001). Estudio de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Autoliderazgo de Anderson y Prusia (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos*. Psychology: Avances en la Disciplina, 6*(1), 123-136. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004

Walch, S., Roetzer, L., y Minnett, T. (2006). Support Group Participation among Persons with HIV: Demographic Charcateristics and Perceived Barrers. AIDS Care, 18, 284-289.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO-HUMANÍSTICA
TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS PARTICIPANTES

Marque con una X en el casillero correspondiente.					
1. EDAD	(Años cumplidos)				
2. GÉNERO					
2.1. Masculino					
2.2. Femenino					
3. ESTADO CIVIL					
3.1. Soltera/o					
3.2. Casada/o					
3.3. Divorciada/o					
3.4. Viuda/o					
4. AÑOS DE ESTUDIO					
4.1. Sin estudios					
4.2. Primaria					
4.3. Secundaria					
4.4. Profesional					
4.5. Posgrado					
5. OCUPACIÓN					
5.1. Sin empleo					
5.2. Con empleo ocasional					
5.3. Con empleo estable					
6. PROCEDENCIA					
7. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD					
8. NIVEL DE GLUCOSA EN SANGRE (ÚLTIMO CONTROL)					
9. CONDUCTAS DE ADHESIÓN	**Muy frecuente**	**Frecuente**	**Ocasionalmente**	**Raramente**	**Nunca**
9.1. Asiste a citas con el médico o nutricionista.					
9.2. Cumple con la dieta sugerida por el médico o nutricionista.					
9.3. Realiza ejercicio físico recomendado por el médico.					
9.4. Cumple con el tratamiento farmacológico.					

ESCALA PARA MEDIR SITUACIONES VINCULADAS CON ESTRÉS EN PERSONAS QUE VIVEN CON CÁNCER

A continuación, se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con situaciones que usted enfrenta en su vida cotidiana. En una escala del 1 al 10 indique qué tan

	Situaciones	Nada amenazantes									Demasiado amenazantes
1.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento médico y sigue las instrucciones tal y como se las dio su médico, pero no observa mejoras en su condición de salud. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	**El tratamiento médico que recibe exige de su parte la práctica de diferentes comportamientos (acudir a citas periódicas, consumir medicamentos, etc.). Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	**A pesar de que usted cumple con todo lo que su médico le indicó sobre el tratamiento, no recibe respuestas positivas o de apoyo por parte de su médico. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	**A pesar de que usted cumple con todo lo que su médico le indicó sobre el tratamiento, no recibe respuestas positivas o de apoyo por parte de sus familiares o de otras personas cercanas. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	**A usted se le diagnóstico una enfermedad que no sabe si tendrá cura en el mediano o largo plazos. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento médico, pero no sabe si éste va a ser efectivo y le ayudará a controlar la enfermedad. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento médico y algunos de los medicamentos le provocan efectos secundarios bastante desagradables. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le pide que realice cambios en su vida, pero le cuesta trabajo hacer lo que le pide, por lo que se molesta o irrita. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7		9	10
9.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le pide que realice cambios en su vida, pero sus familiares u otras personas cercanas tratan de influir en usted para no hace lo que su médico le pide, por lo que se molesta o irrita. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da indicaciones que debe seguir al pie de la letra, pero usted no entiende totalmente lo que le piden. Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da indicaciones que debe seguir al pie de la letra, pero usted toma la decisión de complementar el tratamiento con otros diferentes (remedios caseros, seguir un tratamiento naturista, etc.). Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	**Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da indicaciones que debe seguir al pie de la letra, pero sus familiares u otras personas cercanas influyen en usted recomendándole otros tratamientos (remedios caseros, seguir un tratamiento naturista, etc.). Entonces ello le resulta:**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

amenazante le resulta cada una de las situaciones, donde 1 = a nada amenazante y 10 = demasiado amenazante.