



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital del distrito del Cercado de Lima, 2017”

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

AUTOR:

VALENZUELA ARROYO, Yessica Vanessa

ASESOR:

Dr. KANEKO AGUILAR, Juan José

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

PSICOMETRÍA

LIMA - PERÚ

2017

Página del Jurado

Mg. MANRIQUE TAPIA, César Raul
Presidente

Mg. POMAHUACRE CARHUAYAL, Juan Walter
Secretario

Mg. PEREYRA QUIÑONES, José Luis
Vocal

Dedicatoria

A Dios por guiarme en esta etapa de mi vida desde el principio hasta el final.

A mi madre por su apoyo incondicional.

A mis hermanos de comunidad Cristo mi Roca por darme ánimo y confianza.

A todas aquellas personas que se esfuerzan por salir adelante a pesar de las adversidades y buscan convertir las experiencias difíciles en nuevas oportunidades, siendo personas más fuertes sin dejar de ser sensibles.

Agradecimiento

A mi asesor Dr. Juan José Kaneko Aguilar por su acompañamiento, sugerencias y correcciones en este proceso de elaboración de tesis, quién permitió que este trabajo se vaya puliendo de principio a fin.

Al Magister Juan Carlos Montero por tener la disponibilidad para compartir sus conocimientos y su buen sentido del humor.

A la Licenciada Vanessa Narrea Ibarra, psicóloga del área de Endocrinología del Hospital Nacional Dos de Mayo, quien me brindó su apoyo generoso demostrando su vocación de servicio y amistad.

Al Hospital Nacional Dos de Mayo por abrirme las puertas de la Institución para realizar la investigación.

A la Universidad César Vallejo por otorgarme la formación académica en esta fascinante carrera de Psicología.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Yessica Vanessa Valenzuela Arroyo, identificada con DNI 40224520, estudiante de la Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital del distrito del Cercado de Lima, 2017”, declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 25 de Julio del 2017

Yessica Vanessa Valenzuela Arroyo
DNI 40224520

Presentación

Señores miembros del jurado calificador:

Dando cumplimiento a las normas del Reglamento de Grados y Títulos para la elaboración y la sustentación de la Tesis de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, presento la tesis titulada: “Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital del distrito del Cercado de Lima, 2017”. La investigación tiene la finalidad de adaptar este instrumento psicológico en la mencionada población.

Para cumplir con este objetivo, el presente trabajo ha sido dividido en siete capítulos: el primero, la introducción, donde se aborda la realidad problemática, los antecedentes, el marco teórico de la resiliencia, la diabetes, aspectos teóricos de la psicometría, formulación del problema, justificación y objetivos. Se ha dado especial énfasis en explicar el modelo teórico propuesto por Connor-Davidson. En el segundo capítulo, la metodología, se detalló el diseño de la investigación, población, muestra, la técnica de recolección de datos y el análisis estadístico de los datos. En el tercer capítulo se describen los resultados obtenidos; en el cuarto, la discusión de los resultados; en el quinto, las conclusiones; en el sexto, las recomendaciones respectivas, y, finalmente, en el séptimo, las referencias bibliográficas. Los anexos correspondientes se pueden encontrar al final de la tesis.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

Yessica Vanessa Valenzuela Arroyo

Índice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas y figuras	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad problemática	1
1.2. Trabajos previos	3
1.2.1. Nacionales	3
1.2.2. Internacionales	3
1.3. Teorías relacionadas al tema	11
1.3.1. La Resiliencia	11
1.3.2. La diabetes mellitus	23
1.3.3. Psicometría	28
1.4. Formulación del problema	32
1.5. Justificación del estudio	32
1.6. Objetivos	33
1.6.1. General	33
1.6.1. Específicos	33
II. MÉTODO	35
2.1. Diseño y tipo de la investigación	35
2.2. Variable	36
2.2.1. Definición conceptual	36
2.2.2. Definición operacional	36
2.2.3. Factores o dimensiones	36
2.2.4. Variables sociodemográficas	37
2.3. Población, muestra y muestreo	37

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	38
2.5. Métodos de análisis de datos	41
2.5.1. Validez	41
2.5.2. Confiabilidad	42
2.5.3. Baremación	42
2.6. Aspectos éticos	43
III. RESULTADOS	44
3.1. Procedimientos de validez	44
3.1.1. Validez de contenido	44
3.1.2. Índice de homogeneidad	48
3.1.3. Validez de constructo: Análisis factorial	50
3.2. Procedimientos de confiabilidad	57
3.2.1. Método de confiabilidad por consistencia interna Alfa de Cronbach	57
3.2.2. Método de confiabilidad de división por mitades	57
3.3. Procedimiento de baremación	58
3.3.1. Prueba de normalidad: Kolmogorov-Smirnov	58
3.3.2. Resiliencia y sexo	59
3.3.3. Resiliencia y edad	60
3.3.4. Resiliencia y tiempo de enfermedad	61
3.3.5. Baremos	62
IV. DISCUSIÓN	65
V. CONCLUSIONES	69
VI. RECOMENDACIONES	70
VII. REFERENCIAS	71
Anexo 1: Estadísticos descriptivos de Resiliencia	80
Anexo 2: Carta de comprobante con los autores	89
Anexo 3: Consentimiento Informado	90
Anexo 4: Cartas de autorización de la Institución	922
Anexo 5: Matriz de consistencia	94
Anexo 6: Validación por Jueces Expertos	97

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Validez de contenido de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, según el Coeficiente V. de Aiken	45
Tabla 2. Validez de contenido de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, según la Prueba Binomial	46
Tabla 3. Lista de ítems primitivos y corregidos	47
Tabla 4. Correlación ítem-test de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson	49
Tabla 5. Validez de constructo mediante la técnica de Kaiser-Meyer-Olkin y la Prueba de esfericidad de Bartlett	50
Tabla 6. Varianza total explicada de la CD-RISC	51
Tabla 7. Comunalidades de los ítems de la CD-RISC	52
Tabla 8. Matriz de componentes rotados de la CD-RISC	53
Tabla 9. Nueva matriz de operacionalización de la variable	54
Tabla 10. Matriz de componentes rotados de tres factores de la CD-RISC	55
Tabla 11. Matriz de componentes rotados de cinco factores de la CD-RISC	56
Tabla 12. Confiabilidad por consistencia interna por método de Alfa de Cronbach de CD-RISC	57
Tabla 13. Confiabilidad por método dos mitades de CD-RISC	58
Tabla 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para resiliencia	59
Tabla 15. U de Mann-Whitney de la muestra según la variable sexo	59
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de la resiliencia según sexo	60
Tabla 17. U de Mann-Whitney de la muestra según la variable edad	61
Tabla 18. Kruskal Wallis de la muestra según la variable tiempo de enfermedad	61
Tabla 19. Baremos para la muestra total	62
Tabla 20. Baremos para la muestra según sexo femenino	63
Tabla 21. Baremos para la muestra según sexo masculino	64
Tabla 22. Estadísticos Descriptivos de Resiliencia	80

Tabla 23. Factor 1: Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia	81
Tabla 24. Factor 2: Tenacidad-autoeficacia	82
Tabla 25. Factor 3: Espiritualidad y propósito	83
Tabla 26. Factor 4: Control	84
Tabla 27. Resiliencia total	85
Tabla 28. Distribución de la muestra según la variable sexo	86
Tabla 29. Distribución de la muestra según la variable edad	87
Tabla 30. Distribución de la muestra según la variable tiempo de enfermedad	88
Figura 1. Gráfico de Sedimentación de la CD-RISC	51
Figura 2. Porcentajes del factor Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia	81
Figura 3. Porcentajes del factor Tenacidad-autoeficacia	82
Figura 4. Porcentajes del factor Espiritualidad y propósito	83
Figura 5. Porcentajes del factor Control	84
Figura 6. Porcentajes del total de resiliencia	85
Figura 7. Distribución de la muestra según la variable sexo	86
Figura 8. Distribución de la muestra según la variable edad	87
Figura 9. Distribución de la muestra según la variable tiempo de enfermedad	88

Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital del distrito del Cercado de Lima, 2017

Resumen

En esta investigación se establecieron las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson basado en las teorías de la personalidad resistente de Khoshaba, el volver a la línea base de Judith Lyons, las características de la persona con resiliencia de Michael Rutter y los aspectos espirituales, en una muestra de 265 pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima. El diseño de investigación fue no experimental transversal, de tipo psicométrico. El muestreo fue no probabilístico. Los resultados muestran índices V de Aiken por encima de 0,90 y una $p < 0.05$ en la prueba binomial, indicando una adecuada validez de contenido. Los valores de la correlación ítem-test oscilan entre 0,272 a 0.741, lo cual indica que la prueba posee un adecuado nivel de homogeneidad. En el análisis factorial se obtuvieron cuatro factores que explican el 48.90% de la varianza total con adecuada estabilidad. La confiabilidad por el método de consistencia interna por Alfa de Cronbach fue de 0.907 y por el método de dos mitades de Guttman fue de 0.875, ambas elevadas. Finalmente, se halló diferencias significativas a nivel de puntaje de la resiliencia según la variable sexo, por lo cual se elaboraron normas percentilares para esta variable sociodemográfica de manera independiente.

Palabras claves: *Escala de resiliencia, diabéticos, adaptación, Teoría de Connor-Davidson.*

Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in diabetic patients at a hospital in Cercado de Lima, 2017

Abstract

This research established the psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) based on the theories of the hardiness by Khoshaba, returning to baseline by Judith Lyons, the characteristics of the person with resilience by Michael Rutter and the spiritual aspects, in a sample of 265 diabetic patients from a hospital at Cercado de Lima. The research method was non-experimental transversal, psychometric type. Sampling was non-probabilistic. The results show Aiken V values above 0.90 and $p < 0.05$ in the binomial test, indicating an acceptable content validity. The values of the item-test correlation oscillate between 0.272 and 0.741, this indicates that the test has an appropriate level of homogeneity. In the factor analysis four factors were obtained that explain 48.90% of the total variance with adequate stability. The CD-RISC showed a high level of internal consistency by Cronbach's alpha was 0.907 and the method halves Guttman was 0.875. Finally, significant differences were found in the resilience score according to the gender perspective, so percentile norms were developed for this sociodemographic variable independently.

Key words: *Resilience Scale, diabetics, adaptation, Connor-Davidson theory.*

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008, párr. 1) se ha determinado que las principales causas de mortalidad mundial se han producido por enfermedades crónicas, con un 63% de muertes, siendo las principales el cáncer, afecciones respiratorias y cardíacas, infartos y la diabetes. Esta última, la diabetes, ha tenido un incremento del 4.7% al 8.5% de prevalencia en población adulta en los últimos años, con 422 millones de diabéticos en el mundo según los registros del 2014, en especial en los países de medianos y bajos ingresos, conllevando al aumento de los factores de riesgo en estos pacientes (OMS, 2016, p. 2).

Entre los factores de riesgo mencionados en la diabetes, figuran aquellos de índole físico, como la obesidad o el sobrepeso, y las psicológicas, como la depresión y ansiedad. Asimismo, se menciona que existen factores protectores, entre los que destaca la resiliencia, que ayuda al paciente a mejorar su condición de vida. Como lo menciona Connor y Davidson (2003, p. 72), la resiliencia es un conjunto de características que permiten que una persona pueda prosperar en medio de la adversidad. Esta capacidad favorece el afrontamiento al estrés y puede ser un recurso importante en el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés.

En los últimos años, las investigaciones relacionadas con la resiliencia han ido en aumento. A nivel mundial, González (2013, p. 322), encontró en España que el 14.6% presentaba nivel bajo de resiliencia; el 68.5% nivel moderado y el 16.9% nivel alto. En Estados Unidos, Yi, Vitaliano, Smith, Yi y Weinger (2008, p. 311) encontraron en la población diabética que los niveles bajos de resiliencia se relacionaban con la angustia, el bajo autocuidado, distrés y aumento de la hemoglobina glicada (indicador relacionado con la gravedad de la enfermedad).

A nivel latinoamericano, en un estudio realizado en Argentina con pacientes crónicos, Costa, Barontini, Forcada, Carrizo y Almada (2010, p. 428) descubrieron que el 92% de los pacientes tenía estrés asociado a bajos niveles de resiliencia, mientras que un 23% poseía un nivel de resiliencia normal con ausencia de estrés.

Además, en Brasil se encontró que pacientes diabéticos obtuvieron un nivel de resiliencia promedio, que es justificado por una reacomodación del estilo de vida de los afectados (Tavares, Barreto, Lodetti, Silva y Lessmann, 2011, p. 755).

En nuestro país, Bedón (2013, p. 57), en una muestra de pacientes con VIH/SIDA (enfermedad crónica), encontró que el 32.8% alcanzó un nivel de resiliencia medio. Mientras que Estrada y Hernani (2014, p. 80) encontraron que el 42% de pacientes con cáncer tenían un nivel de resiliencia escaso y Marca (2014) encontró un 27.3% de resiliencia muy negativa en pacientes diabéticos.

Por otro lado, en cuanto a la diabetes en nuestra patria, podemos agregar que los pacientes han aumentado con una prevalencia del 3.2%, donde solo el 70% recibe tratamiento según datos proporcionados por el Ministerio de Salud (MINSA, 2015), es por ello que en el Hospital Nacional Dos de Mayo se han incrementado las atenciones a estos pacientes por el aumento de los casos, provocando la ampliación de la cobertura a través del Sistema Integral de Salud (SIS).

A pesar de ello, casi no se han registrado estudios de resiliencia en pacientes diabéticos en nuestro territorio, siendo ésta una variable psicológica importante para afrontar la nueva situación del paciente. Una de las causas de esta problemática es la escasez de instrumentos psicológicos adaptados a nuestro contexto socio cultural que permitan un correcto diagnóstico, y, por ende una intervención oportuna y acertada; este el caso del hospital en mención que no tiene instrumentos psicológicos de resiliencia estandarizados. En un paciente no solo es importante el abordaje médico sino también la intervención psicológica para obtener mejores resultados. Por ello, la presente investigación busca adaptar la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos para contribuir a un mejor tratamiento y poner a disposición de la comunidad científica, un instrumento adaptado a nuestra realidad.

1.2. Trabajos previos

1.2.1. Nacionales

Suarez (2013) investigó los resultados a largo plazo de las respuestas post-traumáticas y la resiliencia en una muestra de 75 mujeres quechua hablantes adultas, con edades entre 25 y 45 años, quienes en su niñez o adolescencia vivieron el período del terrorismo en Ayacucho entre 1980 y 1995, siendo expuestas a extrema violencia, tortura, desplazamiento forzado, violencia sexual y muerte de familiares. Los instrumentos utilizados fueron el Harvard Trauma Questionnaire Part I y IV, la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y el Life Stress Questionnaire, traducidos al quechua. El análisis de confiabilidad por alfa de Cronbach de la CD-RISC fue de 0.84; además se halló un 5.3% de mujeres con síntomas actuales de posible estrés post-traumático. La puntuación de resiliencia y el número de años de conflicto no estuvo asociado a síntomas de estrés post traumático. La resiliencia y el estrés actual contribuyeron a la varianza de los síntomas de trauma.

1.2.2. Internacionales

Riveros, Bernal, Bohórquez, Vinaccia y Margarita (2016) analizaron las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una muestra de 62 personas con enfermedades crónicas como artritis, VIH, diabetes tipo 2, cáncer, entre otras, en la ciudad de Villavicencio en Colombia. El instrumento usado fue la CD-RISC de 10 ítems versión española que pasó por validez de contenido por índice de Lawshe con valores superiores a 0.80 en todos los ítems; se obtuvo una alta confiabilidad por Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.818$) y validez de constructo con KMO de 0.74 para resultados unifactoriales. Se concluye que la CD-RISC es confiable y válida para la muestra colombiana con enfermedades crónicas.

Aloba et al. (2016) exploraron las propiedades psicométricas y las correlaciones de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una muestra de 234 familiares cuidadores de pacientes con trastorno psiquiátrico en Nigeria. Los

instrumentos utilizados fueron: el CD-RISC de 10 ítems, Caregiver sociodemographic information form, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Suicidality module, Zarit Burden Interview (ZBI), Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Se obtuvo una consistencia interna por Alfa de Cronbach satisfactoria de 0.87; una validez de constructo unifactorial para los 10 ítems; en la validez convergente se dio con correlaciones significativas con la Zarit Burden Interview ($r = -0.276$, $p < 0,001$), MINI Suicidality module ($r = -0.312$, $p < 0.001$), Cuestionario General de Salud-12 ($r = -0.220$, $p < 0.001$) y Patient Health Questionnaire-9 ($r = -0.282$, $p < 0.001$). En resumen, la CD-RISC obtuvo validez y confiabilidad.

Soler, Meseguer de Pedro y García (2016) analizaron las propiedades psicométricas de la adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) de 10 ítems versión española. Para esto, se emplearon dos muestras ocupacionales, la primera de 386 trabajadores y la segunda de 238. Se trabajó con la CD-RISC, la escala Maslach Burnout Inventory-General Survey, la Escala General de Satisfacción Laboral y el Cuestionario General de la Salud GHQ-12. En la primera muestra se obtuvo una consistencia interna por Alfa de Cronbach de 0.87 y un único factor por análisis factorial exploratorio. Con la segunda muestra se realizó un análisis factorial confirmatorio que corroboró los resultados unifactoriales. Para la validez convergente se procesó los datos de ambas muestras de 624 participantes alcanzando correlaciones positivas con satisfacción laboral y escala de eficacia profesional, y asociaciones negativas con escalas de agotamiento emocional y cinismo de la escala de Maslach, así como baja resiliencia con peor percepción de salud. Finalmente, la CD-RISC tiene propiedades psicométricas idóneas para medir la resiliencia en trabajadores.

Ponce (2015) realizó el análisis exploratorio de la estructura factorial de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), considerando características demográficas similares en dos muestras independientes de estudiantes universitarios, una de 376 en Chile y otra de 300 en España. Entre los resultados de CD-RISC de 25 ítems figura que no se obtuvieron diferencias significativas según

género. La escala en su totalidad es fuertemente unidimensional siendo estable en ambas muestras, sin embargo a nivel de dimensiones resultó inestable comparativamente, solo el factor espiritualidad se mantuvo en ambos casos. En conclusión, es recomendable utilizar la CD-RISC de manera global más no por subescalas.

Crespo, Fernández-Lansac y Soberón (2014) adaptaron la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en una muestra de 111 cuidadores en situaciones de estrés crónico en España. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) de 25 ítems, el Índice de Katz de actividad de vida diaria, la Escala de deterioro global, el Cuestionario de apoyo social, la Escala de autoestima de Rosenberg, el Inventario de depresión de Beck II, la Sub escala de ansiedad de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, la Escala revisada de autoeficacia para cuidadores y la Escala de carga del cuidador. Los resultados revelaron que la CD-RISC presentó una elevada fiabilidad por consistencia interna ($\alpha = 0,90$); confiabilidad para dos mitades fue 0.86; asimismo, presenta una validez de constructo de cuatro factores bien diferenciados: afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés, capacidad de superación y logro de objetivos, valoración positiva y confianza; además, validez convergente y divergente con correlaciones directas y significativas en autoestima y percepción de eficacia pero inversas y significativas para depresión, ansiedad y carga del cuidador. Se concluye finalmente que la CD-RISC tiene validez y confiabilidad para ser utilizada en cuidadores.

Alireza, Piven, Rassafiani, Ali y Mohammadi (2014) adaptaron la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en 63 pacientes iraníes persas que habían tenido accidentes cerebro vasculares isquémicos o hemorrágicos. Se utilizó el instrumento CD-RISC y se logró una alta confiabilidad por método de consistencia interna de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.892$), así como la obtención de rangos percentilares. Finalmente, la CD-RISC es confiable para la población mencionada.

Notario-Pacheco et al. (2014) adaptaron la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en 208 pacientes con fibromialgia en España. Los instrumentos utilizados fueron la CD-RISC de 10 ítems, Pain Visual Analogue Scale (PVAS), el Cuestionario de impacto de fibromialgia (FIQ), la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), la Escala catastrófica del dolor (PCS), el Cuestionario de aceptación de dolor crónico (CPAQ) y el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Como resultado se alcanzó buena fiabilidad por método de consistencia interna ($\alpha = 0.88$) así como confiabilidad por test-retest ($r = 0.89$ con 6 semanas de intervalo); en cuanto a la validez de constructo, la prueba de KMO tuvo un valor de 0.91; además, la CD-RISC correlacionó significativamente con los demás instrumentos, menos con el PVAS (-0.115 ; $p = 0,113$). En conclusión, este instrumento de 10 ítems tiene propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

Green et al. (2014) examinaron la estructura factorial de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una muestra de 1981 veteranos del servicio militar de Estados Unidos después de los eventos del 11 de setiembre del 2001. Los instrumentos aplicados fueron la CD-RISC de 25 ítems y un Cuestionario de autoinforme de evaluación de síntomas psiquiátricos. La muestra se dividió en dos submuestras y luego de los análisis paralelos se obtuvo dos factores, uno de capacidad de adaptación y el otro de autoeficacia, siendo el primero un factor protector para el desarrollo de la patología después del trauma. Por ende, el factor de capacidad de adaptación puede ser útil en la capacidad de resiliencia para esta muestra.

Fua, Leoutsakosb y Underwood (2014) estudiaron las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y examinaron la capacidad de resiliencia intercultural en 2132 niños y adolescentes un año después del terremoto del 2008 en China. Para este estudio emplearon la CD-RISC, la Autoescala de depresión de Birleson y el UCLA-PTSD Index. Después del análisis factorial exploratorio se hallaron dos factores: pensamiento racional y conciencia de uno mismo; también, la consistencia interna por Alfa de Cronbach fue alta ($\alpha = 0.86$). Asimismo, se halló una relación entre estrés postraumático y la resiliencia,

confirmándose la validez convergente. Se concluye que la CD-RISC puede ser utilizada en los niños y adolescentes chinos.

Dong, Nelson, Shah-Haque, Khan y Ablah (2013) modificaron la escala original de Connor-Davidson de 25 a 28 ítems en una muestra de 266 pacientes psiquiátricos de consulta externa de dos establecimientos clínicos en Estados Unidos. El instrumento CD-RISC utilizado obtuvo elevada consistencia interna por Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.94$) y una validez de constructo con cuatro factores a mencionar: flexibilidad frente a los cambios, apoyo social y familiar, espiritualidad y, por último, vida orientada a objetivos. Por ende, la escala modificada de CD-RISC presenta alta consistencia interna y validez de constructo.

Serrano-Parra et al. (2012) evaluaron las características psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en 300 personas adulto mayor no institucionalizados entre 60 y 75 años de edad en España. Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron la CD-RISC de 25 ítems, el Short Portable Mental Status Questionnaire versión española, la Escala de depresión geriátrica (GDS), el Cuestionario genérico de salud SF-12v2, la Escala de apoyo social percibido (MOS) y la Escala de estrés percibido (PSS). Se obtuvo como resultado una validez de constructo de tres factores, los cuales fueron tenacidad-autoeficacia, control personal y competencia, con una fiabilidad aceptable por método de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.79$) para las dos primeras, y el último factor ($\alpha = 0.56$); una validez convergente que correlaciona en forma directa con el MOS y el componente mental del SF-12, e inversa con el PSS y GDS. Se concluye que el CD-RISC tiene propiedades psicométricas aceptables y a su vez correlaciona con variables como componente mental de calidad de vida, apoyo social, percepción del estrés y depresión.

Jung et al. (2012) establecieron las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) de validez y confiabilidad en una muestra coreana de 321 personas entre población general y pacientes psiquiátricos

ambulatorios sin trastornos psicóticos. Se utilizó la CD-RISC de 25 ítems y se obtuvo una elevada confiabilidad por consistencia interna ($\alpha = 0.92$) para la población general y una media de 65.9, frente a una media de 50.4 para los pacientes psiquiátricos. En cuanto a la validez de constructo, reveló cinco factores los cuales fueron: control y tenacidad; autoeficacia, tolerancia al efecto negativo y fácil recuperación; aceptación positiva a los cambios y relaciones seguras; liderazgo y confianza en los instintos, y el último, influencias espirituales; también entre los resultados se halló una mayor resiliencia asociada a un menor estrés, ansiedad y depresión, así como altos niveles de afecto positivo y propósito en la vida. Por lo tanto, la CD-RISC tiene validez y confiabilidad para evaluar la resiliencia en personas coreanas.

Yu et al. (2011) adaptaron la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de 2914 adolescentes que vivían en Chengdu, después del terremoto de Sichuan en China. En esta investigación utilizaron los instrumentos de CD-RISC de 25 ítems, la Escala Multidimensional de apoyo social percibido, el Inventario de depresión de niños y la Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. En los resultados de validez de constructo se obtuvieron cinco factores después del análisis factorial y una elevada confiabilidad de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.89$). Las puntuaciones de resiliencia tuvieron correlación positiva con apoyo social ($r = 0,44$) y correlaciones negativas con depresión ($r = -0.38$) y ansiedad ($r = -0.25$). En resumen, la CD-RISC obtuvo validez y confiabilidad para medir la resiliencia en los adolescentes chinos.

Rodrigues y Fernandes (2011) investigaron las características psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una muestra de 463 personas entre 18 y 68 años de edad de diversas profesiones y sectores del Brasil. El CD-RISC de 10 ítems fue el utilizado en este estudio, confirmándose la estructura unifactorial y logrando una consistencia interna por Alfa de Cronbach de 0.82. Por lo tanto, este instrumento obtuvo validez y confiabilidad para la muestra brasilera.

Baek, Lee, Joo, Lee y Choi (2010) adaptaron la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una muestra de 576 participantes del hospital de enfermeras, universitarios y bomberos en Corea. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron la CD-RISC de 25 ítems, el Inventario de depresión de Beck (BDI), la Escala revisada de impacto de eventos (IES-R), la Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) y la Escala de estrés percibido (PSS). Los resultados de correlación item-test oscilaron entre 0.321 y 0.667; la confiabilidad por consistencia interna de Alfa de Cronbach y de test-retest fueron elevados ($\alpha = 0.93$ y r de 0.93 respectivamente). En la validez de constructo se logró cinco factores diferenciados: competencia personal, alto estándar y tenacidad; confianza en los instintos, tolerancia a los afectos negativos y fortaleza ante el estrés; aceptación positiva a los cambios; control, y por último, influencias espirituales. También la CD-RISC correlacionó positivamente con la RSES ($r=0.56$, $p<0.01$), mientras que lo hizo negativamente con el BDI ($r=-0.46$, $p<0.01$), PSS ($r=-0.32$, $p<0.01$) y la IES-R ($r=-0.26$, $p<0.01$). En resumen, la CD-RISC demostró validez y confiabilidad en la muestra coreana.

Wang, Shi, Zhang y Zhang (2010) investigaron las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC), en una muestra de 341 personas entre 20 y 63 años de edad que se encontraban recluidos en un programa de ayuda psicológica después del terremoto de Wenchuan en China. Los instrumentos utilizados fueron el CD-RISC de 10 ítems y la Sub escala de estrés postraumático (PTSD) de Los Angeles Symptom Checklist (CSL), aplicados cuatro meses después del terremoto de mayo del 2008. Los resultados del análisis factorial exploratorio revelaron un único factor con una alta consistencia interna Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.91$) y confiabilidad por test-retest ($r = 0.90$ con dos semanas de intervalo). También se obtuvo correlaciones significativamente negativas entre la resiliencia y las puntuaciones de PTSD. Por lo tanto, las propiedades psicométricas de la CD-RISC obtuvieron validez y confiabilidad para los participantes chinos.

Karairmak (2010) estableció las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una muestra de 246 sobrevivientes

del terremoto de 1999 en Turquía. El instrumento de CD-RISC de 25 ítems dio como resultado una validez de constructo de tres dimensiones obtenidos por análisis factorial exploratorio verificándose por el confirmatorio. La confiabilidad por consistencia interna por método de Alfa de Cronbach fue alta ($\alpha = 0.92$) y no se hallaron diferencias significativas en los niveles de resiliencia según género. Finalmente, las propiedades psicométricas de la CD-RISC hallaron validez y confiabilidad para la mencionada muestra.

Singh y Yu (2010) evaluaron las propiedades psicométricas de Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una muestra de 256 estudiantes universitarios y graduados de la India entre 17 y 27 años de edad. Los instrumentos usados fueron la CD-RISC de 25 ítems, el Inventario de Big five (BFI), la Escala de Satisfacción de Vida y la Escala afecto positivo y negativo (PANAS). Se logró en el análisis factorial cuatro factores diferenciados: resistencia, optimismo, ingenio y propósito; una confiabilidad por consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.89; una correlación ítem-test con valores entre 0.29 a 0.65; asimismo se dieron correlaciones de resiliencia con personalidad y satisfacción de la vida, asociándose negativamente con neuroticismo. Se concluye que la CD-RISC posee propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. La Resiliencia

1.3.1.1. Definición de la Resiliencia

Desde que la resiliencia surgió como un constructo dentro de la psicología, son muchos los autores que han intentado definirla, a continuación se describen algunos conceptos relevantes:

Según Connor y Davidson (2003, p.76), la resiliencia “encarna las cualidades personales que permiten que uno pueda prosperar en medio de la adversidad”. [...] También la resiliencia es considerada como elemento importante en el resultado del tratamiento de la ansiedad, depresión y reacciones del estrés.

Asimismo, Grotberg (2003) nos dice que la resiliencia “es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (p. 20). “La secuencia de respuestas ante una posible adversidad es: *prepararse para, sobrevivirla mediante y aprender de*. [...]” si la adversidad llega sin avisar hay que centrarse en reducir los daños (Grotberg, 2006, citado en Reyzábal y Sanz, 2014, p.83).

Por otro lado, Rutter nos dice que la resiliencia “es un proceso dinámico que implica adaptaciones que ocurren antes, durante y después de la exposición al estrés” (1999, citado en Rutter et al., 2008, párr. 2). También menciona que la resiliencia “no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para continuar adelante a pesar de ello” (2006, citado en Quinceno y Vinaccia, 2011, p.70).

Para Vanistendael, la resiliencia es “la capacidad para triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, a pesar de la fatiga o la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo” (1998, como se citó en Cyrulnik, 2007, p.10).

En los aportes de Cyrulnik (2005), “resiliencia equivale a 'resistencia al sufrimiento', y señala tanto la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia” (p. 23).

También Madariaga et al. (2013) definen la resiliencia como un “proceso sistémico y dinámico que se genera a raíz de los nuevos desarrollos que se producen como consecuencia de los traumas y no de las pruebas” (p.9).

A esto se suma lo que dice Real Academia Española (RAE, 2016, párr. 1), que la resiliencia es la “capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”.

1.3.1.2. Teoría de la Resiliencia de Connor y Davidson

Connor y Davidson (2003, p. 77) se han basado en diversas fuentes teóricas para la construcción de la Escala de Resiliencia: la personalidad resistente, las características de la persona con resiliencia, los trabajos en cuanto a la capacidad para soportar el estrés y los aportes de la espiritualidad que contribuyen a la resiliencia.

1.3.1.2.1. La personalidad resistente (*hardiness*)

El término de personalidad resistente, llamada también *hardiness*, fue propuesta por Khoshaba en 1979 (citado por Becoña, 2006, p. 132); este concepto partía del por qué algunas personas enfermaban y otras no ante situaciones de alto estrés, afrontando la situación de manera adaptativa, surgiendo el interés por el tipo de personalidad de los involucrados, considerando variables biológicas, psicológicas y ambientales.

En las investigaciones de Maddi (2013), se considera a la resistencia como un patrón de actitudes y estrategias que de manera conjunta favorecen el cambio de las circunstancias de estrés a un crecimiento potencial de las oportunidades. Se consideran tres actitudes que contribuyen a este crecimiento, conocidas como las 3Cs: *challenge* (desafío), *commitment* (compromiso) y *control* (control), que describiremos a continuación (p.8):

- En lo que se refiere al desafío, nos dice que la vida contiene momentos estresantes y son estos cambios los que nos ayudan a crecer en sabiduría y capacidad de afrontamiento, convirtiendo las tensiones en oportunidades de desarrollo, aprendiendo tanto del éxito como del fracaso.
- En el compromiso, nos dice que es necesario tener la creencia de estar involucrado en las circunstancias a pesar que los eventos no sean favorables, en vez de desligarse y perturbarse.
- En cuanto al control, nos impulsa a perseverar en el intento de convertir las tensiones de desastres potenciales en oportunidades, aunque las circunstancias sean adversas a lo que queremos o esperamos, manteniendo una creencia firme en nuestro objetivo.

Es importante que una persona posea estas tres actitudes para una personalidad resistente. Si tuviera un mayor control y bajo compromiso y desafío, no aprendería de la experiencia, solo esperaría los resultados. Los que solo destacan en alto compromiso, estarían moldeados por el ambiente teniendo poca individualidad y reflexión de los eventos, dependiendo así del entorno. Para los de alto desafío, se preocupan más por la novedad, pudiendo llegar a ser aventureros y descuidando otros elementos importantes. Para quienes mantienen las 3Cs, ven la vida como un continuo cambio que motiva al aprendizaje, también a través de este cambio logran cumplir los objetivos compartiendo constantemente el esfuerzo con personas significativas (Maddi, 2013, p.8).

Además, podemos mencionar que el trabajo resistente implica: afrontamiento resistente, interacción social resistente, y autocuidado resistente. El primero, implica la identificación de las circunstancias del estrés y el análisis del problema para otorgarle solución, convirtiéndolos en ventajas de crecimiento; lo contrario de este afrontamiento es la negación y la evitación, no reconociendo las situaciones estresantes, llegando a tener actividades excesivas como gastos, juegos o adicciones. La interacción social resistente está relacionada con dar y recibir ayuda de las personas significativas en nuestra vida; lo contrario, es sentirse víctima buscando castigar a los victimarios y proteger a los aliados. El autocuidado resistente se refiere a la protección corporal, como comer de manera sana y moderada incluyendo una rutina de actividad física; lo opuesto estaría condicionado

por el poco esfuerzo para encontrar el equilibrio corporal, así como ingerir alimentos con exceso de grasas y dulces (Maddi, 2013, p.9).

Por lo tanto, la resistencia se ha presentado como el camino a la resiliencia; esta última, beneficia al mantenimiento de la salud a pesar de los eventos estresantes. La resistencia puede ser aprendida a lo largo de la vida, y mejor si es desde la niñez, considerando las interacciones con los padres y otros tutores, siendo estos quienes asistan en la resolución de problemas, interacciones sociales y el autocuidado (Maddi, 2013, pp.9-10).

Entre otros aportes de Maddi referentes al estrés, podemos decir que los acontecimientos estresantes altos y prolongados provocan el aumento de la excitación corporal, desencadenando el incremento de la tensión al agotarse los recursos psicológicos para la resolución de problemas; esto también trae como consecuencia enfermedades en el sistema circulatorio, digestivo y trastornos emocionales. Sin embargo, la combinación de las actitudes resistentes mencionadas anteriormente convierte los eventos estresantes en ventajas de crecimiento reduciendo sus secuelas negativas, permitiendo la evaluación clara de los eventos, un sentido de consecuencia para aprender de ellos y la persistencia en la realización de lo que se ha aprendido. Esto también conlleva a tener cuidados personales como momentos de relajación, ejercicios y una nutrición adecuada que favorezca al equilibrio corporal (2013, pp.14-16).

1.3.1.2.2. La teoría de la resiliencia de Michael Rutter

Según Rutter (citado en García-Vesga y Domínguez-de la Ossa, 2013, p. 66) la resiliencia es un “conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano”, desarrollando esta capacidad a lo largo del tiempo en interacción continua del individuo con su medio. Por lo tanto, a pesar de padecer experiencias difíciles, superan la adversidad o el estrés con resultados positivos (Rutter, 2007).

El interés en la resiliencia tiene sus antecedentes en las diferencias notorias de los resultados cuantitativos en poblaciones con alto riesgo; en los estudios sobre el temperamento que atribuye características particulares que hacen la diferencia ante

eventos estresantes; en la manera de afrontar los cambios claves en la vida, así como en las interacciones del individuo con su medio que lo rodea. Por lo tanto, en la resiliencia existían diferencias individuales como respuestas a factores de riesgo, para lo cual se necesitaba un conocimiento minucioso o la comprensión necesaria sobre los hechos previos a los mecanismos de riesgo para que se conozca la experiencia real de la persona. Si en la historia del sujeto existían factores de riesgos aislados no necesariamente repercutían en su vida de una manera negativa, sin embargo, si a este factor se sumaban otros, este historial sí podía cambiar el curso de la persona. Por otro lado, la resiliencia no es considerada como una cualidad fija en un individuo, más bien, si las circunstancias cambian, pues el riesgo también cambia, pudiendo aumentar o disminuir (Rutter, 1987, pp. 316-318).

Asimismo, este autor propone los términos mecanismos de protección y vulnerabilidad, como un cambio a la respuesta del sujeto frente a una situación de riesgo, esto puede ser de manera intensa, asociado a la vulnerabilidad, o de mejoría, refiriéndose a la protección, teniendo un efecto indirecto y vinculado a circunstancias cruciales de la vida de larga duración o eventos del pasado. La protección está implicada en aquellos procesos que nos protegen contra los mecanismos de riesgo, lo cual no implica sucesos agradables o de evitación, sino más bien del manejo exitoso del suceso. Si la trayectoria estaba dirigida al riesgo y es redireccionada positivamente, entonces hablamos de mecanismos de protección y una mayor probabilidad de adaptación; sin embargo, cuando la trayectoria era adaptada y se transforma negativamente, entonces nos referimos a mecanismos de vulnerabilidad. En cuanto a los mecanismos de riesgo, este se diferencia en que lleva directamente al trastorno, sea débil o fuerte (Rutter, 1987, pp. 319-321).

En los estudios de Rutter (1987) se menciona que los efectos de interacción que predisponen a los niños a desarrollar trastornos psiquiátricos influyen diversas variables psicológicas. Uno de ellas es el sexo, donde los varones tienen más posibilidades de desarrollar perturbaciones emocionales o de comportamiento al ser expuestos a disputas familiares fuertes, estar más propensos a ser internados en albergues y tener más probabilidades de comportamiento opositor; otro es el temperamento, cuando tienen estado de ánimo negativo o si demuestran baja autoexigencia son más susceptibles a sufrir hostilidad; las pérdidas maternas o

paternas a temprana edad que implican falta de afecto y cuidado, también es un factor de riesgo, así como el mal manejo de los momentos cruciales en la vida. Sin embargo, las buenas relaciones entre padres e hijos y las adecuadas relaciones conyugales, reducen el riesgo psiquiátrico; la planificación del matrimonio también es un factor que favorecería la protección, que podía estar influenciada además por experiencias positivas en la escuela (pp. 322-328).

Entre las características de las personas con resiliencia planteados por Rutter, se mencionan cualidades como orientación a la acción; desarrollo de estrategias con metas claras; autoestima fuerte, confianza; tener estrategias de cambio que favorezcan la adaptabilidad; contar con habilidades de solución de problemas; tener humor y fortaleza frente al estrés; tener vínculos afectivos estables y/o seguros así como experiencias previas de éxito y logro (Connor y Davidson, 2003, p. 77).

Según Rutter, se tienen tres consideraciones para la resiliencia (2007, p. 205):

- La superación de la adversidad dependerá de las vivencias después de haber sido expuesto al riesgo.
- La resiliencia no solo se puede atribuir a rasgos psicológicos individuales sino también a influencias genéticas o respuestas fisiológicas al peligro del medio.
- Las estrategias de afrontamiento o acciones que realiza la persona es importante para recuperarse de la dificultad asociado a la capacidad de resolución de problemas.

Las diferencias individuales con reacciones psicológicas y fisiológicas, varían según cómo la persona enfrenta los desafíos. En esto se evidencian factores genéticos que influyen en los mecanismos de resiliencia: el *gen de interacción ambiental* (GxE) que se refiere a las diferencias influenciadas genéticamente por la *sensibilidad* individual a factores ambientales, y el *gen de ambiente correlacional* (rGE), para las diferencias influenciadas genéticamente por la responsabilidad individual de *exposición* a los ciertos factores ambientales (Rutter, 2003, p.490).

Caspi et al. encontraron ADN que influye genéticamente para resistir a estresores psicosociales, se encontró en niños un genotipo asociado con niveles altos de monoamina oxidasa A, que se relaciona con una probabilidad menor del desarrollo

de comportamiento antisocial después de sufrir maltrato (2002, citado en Rutter, 2003, p.492).

1.3.1.2.3. La teoría de Judith Lyons

Esta autora nos dice que existe un grupo de personas que actúan como supervivientes por el hecho de tener la capacidad de recuperarse en vez de desarrollar una patología luego de un evento trauma, lo cual no es muy tomado en cuenta en los estudios empíricos y discusiones teóricas sobre estrés post traumático. La sensibilidad a la disfunción no solo se trata de fortaleza personal, para ello intervienen diversas variables que interactúan e influyen en el ajuste post trauma (Lyons, 1991).

Un trauma puede ocurrir en cualquier etapa de la vida y se convierte en la parte central de la existencia de la persona, por lo cual se lucha para superarlo y tener un crecimiento positivo. Para lograr una recuperación, se necesita volver a la línea base, es decir conseguir nuevamente la estabilidad que se tenía en un inicio antes del trauma (a diferencia de la resiliencia donde las personas no sucumben), puede ser con ayuda de intervenciones cognitivo conductuales como las terapias de exposición, también se fomenta la valoración positiva y se optimiza el funcionamiento en el proceso de recuperación, para que de este modo no se aislen sino más bien continúen creciendo como miembros de la sociedad (Lyons, 2008, pp. 233-235).

Nos dicen también Joseph y Linley (2008) que el crecimiento post traumático se produce luego de un proceso de ajuste vinculados a las nuevas situaciones, implicando una reconfiguración del esquema de manera positiva, considerando un cambio de enfoque en los mecanismos de evaluación de la situación y el esquema de la personalidad. Este crecimiento está relacionado con cambios en la filosofía de vida, asociado a la autonomía, al sentido de la vida; cambios en las relaciones con los demás, que implica las relaciones positivas; y cambios en la percepción de uno mismo, con crecimiento personal, autoaceptación, dominio del entorno; esto favorece a tener bienestar psicológico, así como el estar comprometido con los desafíos de la vida (p. 10-11).

1.3.1.2.4. *Espiritualidad y resiliencia*

En la construcción de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (2003) se considera un componente espiritual, las cuales están basadas en las narraciones de la heroica expedición a la Antártida en 1912, dirigida por Sir Edward Shackleton donde se evidencian características de capacidad de recuperación observándose además el papel de la fe y la creencia con intervenciones benevolentes, factores que se convirtieron importantes para la expedición de la época (p. 77).

En cuanto a la espiritualidad, Vanistendael la define como una realidad muy profunda de la vida, más allá de lo visible y religioso, de lo intelectual y moral, siendo amplio y abierto. Para hallar la resiliencia y la espiritualidad nos avocaremos a dos elementos claves: el vínculo y el sentido (2013, p.61).

El vínculo, según Vanistendael (2013, pp.62-64) se divide en tres etapas refiriéndose a la calidad del vínculo con el otro:

- La calidad del encuentro, siendo esta fundamental en la vida para la formación de la resiliencia, puede ser el amor entre padres e hijos o las relaciones de confianza.
- La aceptación fundamental mutua entre dos personas, es cuando la relación entre dos seres se da de manera profunda, aceptando las debilidades del otro en una actitud de respeto correspondido, tomando en cuenta que la resiliencia es un estilo de sabiduría.
- La aceptación incondicional del niño en dificultad, esto contribuye a que la resiliencia se desarrolle, además implica una aceptación personal y de la vida.

Asimismo, el sentido de la vida se puede construir con vínculos positivos como los encuentros de calidad, la vida familiar, los proyectos, el humor, los gustos personales, la fe, los detalles cotidianos, las palabras, los gestos que de una u otra manera nos unen de forma edificante a la vida que nos rodea; estos vínculos sirven de base fundamental en especial en los momentos difíciles (Vanistendael, 2013, pp.65-66).

1.3.1.3. Teoría de la Resiliencia de Edith Henderson Grotberg

Una de las teóricas de la resiliencia es Edith Grotberg quien postula cuatro categorías como factores de resiliencia: yo tengo; yo soy y yo estoy, para el crecimiento en fortaleza intrínseca; yo puedo, para adquirir habilidades interpersonales y resolución de conflictos; estos los describiremos a continuación (Grotberg, 2003, p. 21-22):

- La categoría *yo tengo*, se refiere a los factores de apoyo, como personas de confianza que estén en el entorno, aquellos que ponen límites ante los peligros o problemas, personas que enseñan con su ejemplo, quienes promueven la independencia y ayudan en medio de la enfermedad, peligro o fomentan el aprendizaje.
- La siguiente categoría, *yo soy*, se refiere a ser respetuoso de sí mismo y del prójimo, teniendo aprecio por otras personas, así como sentirse feliz por hacer el bien y expresar el cariño.
- En cuanto a *yo estoy*, es estar disponible a ser responsable de sus actos, así como tener seguridad de que las situaciones tendrán buen fin.
- Finalmente, el *yo puedo*, permite hablar sobre inquietudes o miedos personales, buscar la resolución de problemas, tener autocontrol ante el peligro, solicitar ayuda cuando se necesita y encontrar el momento adecuado para hablar o actuar.

En el planteamiento de esta autora, menciona que para ser resiliente no es necesario que estén presentes todas las categorías mencionadas, sin embargo, una tampoco es suficiente, por ejemplo, si una persona tiene modelos correctos (*yo tengo*) pero no posee fortaleza interior (*yo soy*), con dificultad podrá tener resiliencia (Reyzábal y Sanz, 2014, p.82).

Es importante mencionar que la resiliencia esta asociada al desarrollo y crecimiento humano, tomando en cuenta las etapas del desarrollo de Erik Erikson (desarrollo de confianza básica, desarrollo de autonomía, iniciativa, sentido de industria, desarrollo de identidad) para considerar lo que los niños pueden o no hacer según su etapa y así promocionar la resiliencia. En estas etapas se producen cambios en las

adversidades lo que implica cambios en las conductas resilientes. Otro aporte crucial es que el nivel socioeconómico no impide el desarrollo de la resiliencia; además, la resiliencia requiere de la interacción con el riesgo, en cambio, los factores de protección alejan a la persona del riesgo (Grotberg, 2003, p. 22-24).

1.3.1.4. Teoría de la Resiliencia de Boris Cyrulnik

La resiliencia puede adquirirse durante la interacción familiar y con el entorno, también combatiendo los prejuicios o creencias engañosas que nos llevan a justificarnos y reaccionar equivocadamente. Además, la resiliencia puede ocuparse en tres ámbitos (Cyrulnik, 2005, p.26-27):

- El logro de recursos internos que se adhieren al temperamento desde la infancia, podrá explicar las reacciones ante los eventos agresivos en la vida.
- La configuración de la agresión, explica las consecuencias dadas por el primer golpe, mientras que la representación de los daños causados en la persona visto en el transcurso de su historia, dará origen al segundo golpe que causa el trauma.
- Para terminar, la probabilidad de retomar las relaciones sociales tomando en cuenta el afecto, marcan la pauta de la resiliencia para proseguir su camino.

Cuando el niño ha formado su temperamento dentro de un hogar cálido con vínculos afectivos, llegado el momento de la dificultad, buscará movilizarse de manera positiva, sumado al apoyo de una sociedad que favorezca su recuperación; sin embargo, si el temperamento no se ha formado organizadamente y se ha hecho en medio de un hogar carente, sumado a una cultura no inclusiva con los agredidos, los que sufren un trauma se verán desesperanzados. También ayuda a la labor de la resiliencia planificar un proyecto que nos distraiga del pasado, así como transformar el dolor vivido en un recuerdo productivo. Los mecanismos de defensa también ayudan al alejamiento emocional por lo sufrido, considerando aquí la intelectualización, creatividad, aislamiento afectivo, negación; los cuales permiten reincorporarse a la sociedad pero adormecen la forma de ser humanos (Cyrulnik, 2005, p.27-28, 31).

1.3.1.5. Importancia de la resiliencia en pacientes crónicos

Las investigaciones de Camacho y Galán (2015) nos dicen que la detección de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, modifica la salud del paciente y lo pone en una situación de vulnerabilidad, afectando su autoestima, estado de ánimo, emociones, relaciones sociales, factores que necesitan trabajarse para la aceptación de la enfermedad y adherencia al tratamiento, por lo que se requiere también una intervención psicológica que ayude reduciendo los síntomas de ansiedad, depresión, estrés, mejora de los niveles de calidad de vida; siendo la resiliencia, según Connor y Davidson (2003) un elemento importante en el resultado del tratamiento en la ansiedad, depresión y reacciones del estrés (p.77).

Además, en el proceso de resiliencia se consideran tres factores, el personal, familiar y comunitario, los cuales están entrelazados para aumentar los recursos del paciente, no dejando de lado la relación con el personal médico o asistencial que influyen en el estado de ánimo y expectativas de la enfermedad (Acosta y Sánchez, 2009, p.30).

Las revisiones teóricas realizadas por Fernandes, Teva y Bermúdez (2015, p. 261), hallaron que una mayor resiliencia está asociada a un mayor afrontamiento de las circunstancias adversas en las enfermedades físicas como diabetes, cáncer, artritis, cardiopatías, entre otras. Según Jamison, Weidner, Romero y Amundsen (2007, citado en Quinceno y Vinaccia, 2011, p. 73) la resiliencia, en los momentos de enfermedad, es una variable de protección en la salud física y mental.

Por otro lado, en los estudios de Yi et al. (2008) los recursos de optimismo, autoestima, autoeficacia, dominio de sí mismo que son factores de la resiliencia, se incrementaron en el tiempo como efectos protectores para las personas diabéticas; y las personas que puntuaron resiliencia baja se relacionaron con el bajo autocuidado y la angustia (p.317).

En esta misma línea, Grotberg (2003) nos dice que la resiliencia contribuye a la promoción y conservación de la salud mental aportando al desarrollo de la capacidad humana para afrontar las adversidades, reponerse y salir fortalecido de las experiencias; también la resiliencia ayuda a que la persona tenga una mejor

calidad de vida, reduciendo la intensidad del estrés, ansiedad y depresión (pp.24-25).

1.3.1.6. Variables sociodemográficas y resiliencia

Entre las variables sociodemográficas a considerar en esta investigación se encuentran el sexo, la edad y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. Según Davidson y Connor (2016, p.6) revelan que las puntuaciones varían según las poblaciones y pueden ser afectados por la edad; como lo investigado por Tavares, Barreto, Lodetti, Silva y Lessmann (2011) quienes hallaron que las personas mayores de 60 años con diabetes mellitus tuvieron una media de 81.57 de resiliencia, a diferencia de los menores de 60, con una media de 72.92. Sin embargo, Scali et al. (2012), no encontraron diferencias significativas para el nivel de resiliencia en las mujeres de alto riesgo entre 18 y 75 años de edad.

En cuanto al sexo, Davidson y Connor (2016, p.7) no han encontrado diferencias significativas en los diferentes estudios realizados, salvo algunas excepciones donde los varones tuvieron mayor puntaje. Por otro lado, refiriéndose a uno de los factores de la resiliencia como es el Control, cuyo eje central es la intuición, Gonzales (2012, p. 21) nos menciona que en la Universidad de Northwestern se encontró un puntaje mayor en las mujeres en la capacidad para tomar decisiones empleando la intuición.

En cuanto al tiempo de enfermedad y resiliencia, Willrich, Guerreiro y Hegadoren (2016, p. 5) en una muestra con pacientes diabéticos y con enfermedad renal crónica hallaron diferencias significativas en la media para personas hasta con 5 años de enfermedad comparadas con las de mayor a 16 años; sin embargo, aquellos con una enfermedad entre 6 y 15 años, variaron unos puntos menos en la media. Las personas con diabetes obtuvieron una superior resiliencia comparadas con las personas con enfermedad renal crónica, pues estas últimas tienen un mayor padecimiento al recibir tratamiento de hemodiálisis, además, estos pacientes tienen más predisposición a adquirir depresión, lo cual afecta la resiliencia (p. 6).

1.3.2. La diabetes mellitus

1.3.2.1. Definición de diabetes mellitus

Según la OMS, la diabetes mellitus (DM) es “una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce” (2016, p.1). Es una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) considerada como problema de salud pública que tiene prioridad de intervención.

Según Vásquez y Peralta (2013, p. 14) las personas en riesgo son las mayores de 45 años, en especial si su índice de masa corporal (IMC) es mayor a 25 o las personas menores de 45 con IMC>25 y tienen además: hipertensión arterial u otra enfermedad cardiovascular, inactividad física, antecedentes familiares de primer grado con diabetes, colesterol o triglicéridos alto, personas con precedentes de diabetes gestacional o su hijo nació macrosómico, ovarios poliquísticos o insulinoresistencia.

Además, entre los diversos cambios en la conducta que experimenta el paciente diabético, para esto, Del Castillo, Guzmán, García y Martínez (2012) mencionan las siguientes: dieta alimenticia personalizada, cuidado del peso corporal, autocontrol de los niveles de glucosa, mantención de actividad física, seguimiento de indicaciones farmacológicas y atenderse en consultorios multidisciplinarios (p. 192).

1.3.2.2. Tipos de diabetes

Existen varios tipos de diabetes las cuáles se describirán a continuación:

1.3.2.2.1. Diabetes tipo 1

En la DM tipo 1 se produce la “destrucción de las células β [betas] del páncreas y conducen a una deficiencia absoluta de insulina” (Tébar y Escobar, 2009 p.3). Este

tipo de diabetes era conocida como la infanto juvenil o la insulino dependiente y representa entre el 5 al 10% de todos los casos.

Esta a su vez se subdivide en dos tipos, una es la DM mediada por inmunidad, donde las células betas del páncreas se autodestruyen; esta enfermedad se presenta en su mayoría en personas menores de 25 años para ambos sexos, produciéndose en niños y adolescentes una destrucción de las células betas de manera rápida. La otra es la DM idiopática, en esta se desconoce su origen, no presentan anticuerpos (Tébar y Escobar, 2009 p.3).

1.3.2.2.2. Diabetes tipo 2

La DM tipo 2 es una variación metabólica de base ambiental y genética que tiene como indicadores el elevado nivel de azúcar en la sangre (hiperglucemia) de manera crónica; complicaciones cardiovasculares y microvasculares, así como síntomas asociados a la obesidad (Sancho, 2013, p.75).

Por otro lado, Tébar y Escobar (2009, p. 17) nos dicen que este tipo de diabetes es el más frecuente, con un 90-95% del total de los casos, esto se debe a la falta de estilos saludables en las personas que conllevan a la aparición de la obesidad abdominal presente en el 85% de los diabéticos de tipo 2. También se caracteriza por la secreción de insulina defectuosa, la resistencia a la acción periférica de la insulina o ambas.

1.3.2.2.3. Otros tipos específicos de diabetes mellitus

En este grupo de diabetes, se considera a la DM que no tiene relación con el tipo 1 ni el tipo 2. Mencionaremos primero dentro de esta clasificación según Tébar y Escobar (2009, pp.4-5) a los defectos congénitos de las células beta, quienes son generalmente pacientes menores de 25 años presentando mal funcionamiento de las células beta provocando carencia en la secreción de insulina. Segundo, los defectos en la acción de la insulina de causa genética, no es de tipo frecuente, se dan hiperglucemias en compañía de hiperinsulinemia según la gravedad que presenten. Tercero, las enfermedades del páncreas exocrino, es cuando los diversos

procesos exocrinos producidos sobre el páncreas llegan a dañar el páncreas endocrino y derivar en una DM, por ejemplo, la pancreatitis, las pancreatectomías, el cáncer, entre otras.

Continuando con este grupo de diabetes, tenemos en cuarto lugar, las endocrinopatías, se refiere a la aglomeración anormal de hormonas como la hormona de crecimiento, cortisol incompatible con la acción insulínica derivando en hiperglucemia y DM. Quinto, la inducida por fármacos u otras sustancias químicas, estas aceleran las alteraciones que ya existen sea en disfunción secretora o de resistencia de insulina. Sexto, las infecciones, algunos virus se han relacionado con la destrucción de células betas. Séptimo, las formas poco comunes de diabetes de causa inmune como el síndrome del hombre rígido que es una alteración del sistema nervioso central, y los anticuerpos antireceptores de insulina, impiden el vínculo de la insulina con su receptor. Octavo, otros síndromes genéticos asociados a DM, como trisomía 21, síndrome de corea, hipogonadismo primario, entre otros (Tébar y Escobar, 2009, p.5).

1.3.2.2.4. Diabetes gestacional

Según Muñoz (2013) se refiere al grado de intolerancia de la glucosa e hiperglucemia que surge por primera vez en la gestación; se diagnostica comúnmente en el segundo trimestre cuando la secreción de insulina de las células beta no logran neutralizar la resistencia de insulina provocada por las células placentarias.

1.3.2.3. Características psicológicas del paciente diabético

En las investigaciones de Vinaccia (2003, p. 162) se propone que el patrón de conducta tipo C aparece en los pacientes que tienen diagnóstico de alguna enfermedad crónica. La personalidad tipo C se caracteriza por expresar en exceso las emociones positivas como el cariño, la amistad, la amabilidad, reprimiendo las emociones negativas, mostrándose también obsesivos, inconformistas o pasivos (De la Serna, 2015).

En cuanto a la represión emocional, Anarte, López, Ramírez y Esteve (2000, citado en Vinaccia, 2003, p.164-165) nos dicen que se refiere a un estilo de afrontamiento con ciertas estrategias activas como el no involucrar a otras personas en los problemas personales o cooperar con otras personas con el fin de evitar conflictos. Estos mismos autores realizaron una investigación en 103 pacientes diabéticos, 100 con cáncer y 200 personas sanas, encontrando diferencias significativas en los patrones de conducta tipo C, concluyendo que esta personalidad es una característica en pacientes crónicos en especial en áreas de supresión emocional, racionalidad, necesidad de armonía y control.

Cabe resaltar que Vinaccia (2003, p. 167) se inclina más por postular que la personalidad tipo C es un patrón de conducta adaptativo posterior al diagnóstico, en vez de ser un factor predisponente a la enfermedad crónica; esto se debe a los cambios en las ideas que asume el paciente como por ejemplo la aceptación de la enfermedad, llevándolo a controlar sus emociones para evitar de esta manera la inestabilidad emocional.

Por otro lado, Čukić y Weiss (2016) realizaron un estudio en una muestra en 8490 pacientes diabéticos tipo 1 correlacionándolo con los rasgos de personalidad, resultando que a mayor neuroticismo había un 39% de mayor probabilidad de tener diabetes tipo 1.

1.3.2.4. Consecuencias psicológicas en el paciente diabético causadas por la enfermedad

En los pacientes que son diagnosticados con diabetes mellitus se pueden presentar diversas complicaciones psicológicas, las cuales según Sánchez (2007) pueden ser conductuales, cognitivas o emocionales. Pueden pasar por una etapa de negación, ira, enojo, incredulidad, evasión u ocultamiento del dolor; mientras que otras personas con el fin de reducir la depresión y la ansiedad, se inclinan por conocer y aprender sobre la enfermedad para estar más familiarizados con los datos y pronósticos médicos (p.52).

La personalidad del paciente es un factor importante para asumir la negación o aceptación del padecimiento, en especial para afrontar su nueva vida, considerando que el paciente puede percibir el cambio en su salud como si fuera un castigo, repercutiendo así en su autoestima, relaciones interpersonales, economía o dinámica familiar, existiendo la posibilidad de romper el equilibrio social y familiar (Roalaes-Nieto, 1999, citado en Sánchez, 2007, p.52).

En estos pacientes, los componentes emocionales, conductuales y los pensamientos juegan un rol importante en su vida. Según Sánchez-Sosa (2002, como se citó en Del Castillo et al., 2012), las emociones comprometen reacciones fisiológicas que repercuten en la salud pudiendo motivar estados de debilidad o impedir el autocuidado. También los pensamientos o creencias redirigen las emociones o acciones según la interpretación que se tenga de la enfermedad, si se tiene una percepción negativa, las emociones de tristeza aflorarán complicando el cumplimiento del tratamiento. Además, a esto se complementa la conducta instrumental, refiriéndose a tener las acciones y rutinas necesarias que favorezcan al tratamiento del paciente (p. 193).

Entre las complicaciones en la salud de estos pacientes pueden estar la falta de habilidades de afrontamiento pudiendo derivar en estrés, síntomas depresivos o trastornos de ansiedad. Sin embargo, no se puede dejar de lado la relevancia del apoyo familiar, considerando la calidez de unión existente entre sus miembros, la ayuda de los amigos, el nivel socioeconómico, los factores sociodemográficos (Del Castillo et al., 2012, pp. 193-194) que también influyen en la calidad de vida del paciente diabético.

1.3.3. Psicometría

1.3.3.1. Definición de psicometría

La psicometría se define como una rama de la psicología que por métodos, teorías y técnicas asociados a la administración y desarrollo de los test se encarga de medir indirectamente las variables psicológicas para describir, clasificar, diagnosticar, explicar o predecir para la toma de decisiones (Meneses et al., 2013, p. 38).

Por otro lado, Martínez, Hernández y Hernández (2014) nos dicen que la psicometría estudia los procesos de medición para la psicología englobando un conjunto de modelos formales que permiten constituir los cimientos para la adecuada medición de los fenómenos psicológicos y educativos (p.15).

1.3.3.2. Validez

1.3.3.2.1. Definición de validez

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide verdaderamente lo que una variable indica; por ejemplo, si se pretende medir la inteligencia pues eso debe medir y no otro constructo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.200).

1.3.3.2.2. Tipos de validez

- *La validez de contenido* hace mención a que los ítems que integra la escala, cuestionario o el test sean un reflejo de lo que se procura evaluar (Meneses et al., 2013, p.143). En este proceso se pretende que tenga representación de la mayoría de los componentes de la variable, según la literatura establecida (Hernández et al., 2014, p. 201).
- *La validez de criterio* se da cuando existe correlación entre los resultados del test y un criterio de interés que mida lo mismo, encontrando una medida adecuada con validez y confiabilidad (Meneses et al., 2013, p.143). Según la SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (2009, citado en

Hernández et al., 2014, p. 201) si este criterio determina comportamientos en el futuro, entonces se refiere a una validez predictiva, como las encuestas pre electorales que quieren conocer las preferencias de las personas. En cambio si el criterio se refiere al presente de manera simultánea o paralela, se llama validez concurrente (Kaplan y Saccuzzo, 2013, en Hernández et al., 2014, p. 201).

- *La validez de constructo* indica que tan acertado es el instrumento para medir y representar la variable o juicio teórico (Babbie, 2014, citado en Hernández et al., 2014, p. 203), representando de forma fiel al constructo psicológico y las relaciones entre diversos constructos, para esto se utiliza el análisis factorial exploratorio, así como el confirmatorio (Meneses et al., 2013, p.143).

1.3.3.3. Confiabilidad

1.3.3.3.1. Definición de confiabilidad

La confiabilidad está definida por el grado de precisión en que los resultados evidencian la puntuación verdadera reduciendo los errores de medida (Martínez et al., 2014, p.23). Esta fiabilidad está asociada a la evaluación repetitiva del instrumento al mismo sujeto produciendo resultados iguales o similares (Hernández et al., 2014, p. 200).

1.3.3.3.2. Métodos de confiabilidad

Para calcular la fiabilidad de un instrumento se consideran los siguientes métodos:

- *Método de formas paralelas* consiste en tener dos test que midan el mismo constructo pero que la redacción de los ítems sea diferente entre ambos, luego se aplica de forma simultánea a una muestra representativa donde se utilizará el test y finalmente se correlacionan ambas puntuaciones obteniéndose el coeficiente de fiabilidad (Muñiz, 2003, pp.35-36).
- *Método test-retest* se aplica en dos ocasiones el mismo instrumento a la misma muestra dejando un lapso de tiempo, luego se correlacionan los puntajes de

ambas pruebas y estos resultados obtenidos nos dan el coeficiente de fiabilidad (Muñiz, 2003, pp.35-36).

- *Método de dos mitades* se realiza una sola aplicación del instrumento y de cada una de las mitades se adquieren las puntuaciones del test correlacionando las puntuaciones de ambas partes mencionadas más una corrección total del test indicando la consistencia interna de las mismas (Muñiz, 2003, pp.35-36).
- *Método de consistencia interna* se consideran dos criterios: el coeficiente de Alfa de Cronbach, para instrumentos de respuestas variadas, y los coeficientes KR-20 y KR-21, para los de respuestas dicotómicas, desarrollados por J.L. Cronbach y, por Kuder y Richarson, respectivamente. Para ambos casos se realiza una sola aplicación del instrumento y se deduce el coeficiente a través de métodos estadísticos (Hernández et al., 2014, pp. 295-296).

1.3.3.3. Factores que afectan la confiabilidad

Según Muñiz (2003), la fiabilidad no solo depende de las características del instrumento, sino también de la variabilidad de la muestra, es decir de los sujetos participantes en dicha muestra. Además, en la fiabilidad influye la longitud del test, es decir a mayor número de ítems, mayor confiabilidad se puede obtener; también el nivel de las puntuaciones en el test, pues un instrumento no tiene la misma precisión para todo tipo de personas, eso dependerá del nivel de los ítems, del nivel de comprensión de los sujetos evaluados, de las intrucciones impartidas, en otras palabras el error típico de medida es variable (pp. 45,47,50).

1.3.3.4. Baremación

Para explicar este punto, Meneses et al. (2013) nos dice que a la baremación también se le conoce como escalamiento de una medida, este nos permite realizar la transformación de los puntajes obtenidos del sujeto atribuyéndole un significado al valor consignado (p.220).

La muestra que provea los datos que se someterán a esta transformación, se le llamará muestra normativa y reunirá tres características fundamentales: relevante, homogénea y representativa (Meneses et al., 2013, p. 221-224).

- Relevante, porque se busca que la muestra cumpla ciertos criterios para alcanzar objetivos específicos para que esta otorgue los parámetros de referencia, tomando en cuenta el tipo de sujetos que se desea describir.
- Homogénea, para controlar las secuelas de confusión que puedan producir un sesgo o inutilizar las interpretaciones, las personas evaluadas deberán ser similares a la muestra del baremo; esto también trae como consecuencia que la muestra se actualice cada cierto tiempo por el mismo dinamismo de la población y se realice la adaptación del instrumento al medio socio cultural en que se va a emplear, comprobando la validez y confiabilidad.
- Finalmente, representativa, para seleccionar a las personas que conformarán la muestra, es importante definir el tipo de muestreo a emplear.

1.3.3.5. Adaptación de instrumentos psicológicos

En las investigaciones de Fernández (2008, pp. 1-2) nos mencionan que el uso de los instrumentos psicológicos creados en un contexto cultural diferente al original es una práctica común y a la vez genera diversas dificultades, pues puede producir sesgos por el idioma, la familiaridad con el estímulo presentado y las diferencias en las características de la muestra. Estos sesgos pueden ocasionar graves errores en los resultados otorgando falsos positivos o negativos. Además de esto, la adaptación de los test en diferentes culturas obedece a la necesidad de confirmar la universalidad de las teorías, es decir establecer si el constructo psicológico existe en otros contextos a través de instrumentos equivalentes, así como a la dinámica de la globalización y fenómenos migratorios.

En los diferentes sesgos existentes, está el de constructo, el metodológico y del ítem. El sesgo de constructo es cuando el constructo medido no es igual en otros contextos culturales. En el sesgo metodológico está el de muestra (muestras incomparables entre sí), el sesgo en el instrumento (por las características de la

prueba como el idioma, contenido, materiales) y el sesgo por administración, por dificultades de comunicación en las instrucciones. El sesgo de ítem se obtiene cuando el reactivo tiene diversos significados en los contextos aplicados (Fernández, 2008, pp. 2-4).

Los autores Van de Vijver y Leung (1997, como se citó en Fernández, 2008, p.5) establecieron tres niveles de adaptación en los instrumentos psicológicos: el primero es la traducción; el segundo, la adaptación, cuando a la traducción se adiciona, elimina o transforma algunos ítems, y tercero, el ensamble, cuando el test original se modifica considerablemente y da como resultado un nuevo instrumento.

1.4. Formulación del problema

Como pregunta de investigación tenemos ¿Es la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson válida y confiable en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima?

1.5. Justificación del estudio

La presente investigación tiene pertinencia teórica ya que no se ha encontrado ningún antecedente nacional que haya adaptado la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en una población semejante a la utilizada en este estudio, por lo tanto, los resultados obtenidos podrán ser utilizados como punto de inicio para las futuras investigaciones.

Asimismo, presenta pertinencia metodológica ya que busca adaptar un instrumento psicológico en una muestra de pacientes diabéticos, acorde a nuestra realidad socio cultural. Este aporte contribuirá de una manera eficaz a solucionar uno de los problemas en salud mental descritos por el MINSA (2004, p. 41) quien manifiesta que hay carencia de instrumentos estandarizados a nuestra cultura, lo cual dificulta la realización de un trabajo sistematizado de recolección de datos sobre los problemas de salud.

Además, tiene pertinencia aplicativa ya que este instrumento nos permitirá tener un diagnóstico más certero del nivel de resiliencia de los pacientes diabéticos utilizando baremos peruanos, disminuyendo de esta manera los falsos positivos o negativos en una evaluación, la misma que es provocada por trabajar con test psicológicos adaptados en otros contextos o poblaciones que no están acordes con la muestra en cuestión.

Finalmente, tiene pertinencia social porque se podrá intervenir al paciente de manera integral fortaleciendo o aumentando los niveles de resiliencia para que posea adecuadas estrategias de afrontamiento ante la adversidad y mejore su calidad de vida, esto además puede llevar a fomentar talleres grupales de resiliencia para prevenir las consecuencias negativas de la diabetes como son la depresión, estrés o ansiedad.

1.6. Objetivos

1.6.1. General

Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima, 2017.

1.6.1. Específicos

Determinar la validez de contenido de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson.

Establecer el nivel de homogeneidad de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson a través de la correlación ítem-test.

Establecer la validez de constructo de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima.

Determinar la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima.

Determinar la confiabilidad por división por mitades de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima.

Establecer si existen diferencias significativas a nivel puntaje de resiliencia en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima, según edad, sexo y tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

Elaborar normas percentilares para la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima.

II. MÉTODO

2.1. Diseño y tipo de la investigación

La presente investigación tuvo un diseño de tipo no experimental transversal porque observó las variables en su ambiente natural, no manipulándolas en un laboratorio, para después analizarlas en un momento determinado y único (Hernández et al., 2014, p. 152).

Asimismo, el presente estudio fue de tipo instrumental o psicométrico ya que buscó adaptar una prueba psicológica (Montero y León, 2002).

Las pautas a desarrollar para dotar de propiedades psicométricas a la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson fueron las siguientes:

Para la validez de contenido y de constructo, confiabilidad por consistencia interna y elaboración de percentiles se siguió el modelo de enfoque exploratorio (Sánchez y Reyes, 2002, p. 37):

M ----- O

Donde:

M: Muestra de candidatos y jueces

O: Información importante que se recolectó de la muestra

Para el análisis de las diferencias según sexo, edad y tiempo de enfermedad, proceso que formó parte de la baremación, se empleó el modelo de comparación de grupos contrastantes (Alarcón, 1991, p. 224):

Grupos	G1	G2	G3 ... Gn
Observaciones	O1	O2	O3 ... On

Donde:

G: Agrupaciones que fueron comparadas

O: Puntuaciones de las agrupaciones de contraste

2.2. Variable

La variable de esta investigación es la resiliencia, para lo cual se detallan las precisiones:

2.2.1. Definición conceptual

Según los autores de la prueba, la resiliencia encarna las cualidades personales que permiten que uno pueda prosperar en medio de la adversidad (Connor y Davidson, 2003, p.76).

2.2.2. Definición operacional

Se refiere al puntaje obtenido a través de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC).

2.2.3. Factores o dimensiones

La escala original, cuyo resultados se manejan como escala ordinal, presenta cinco factores que mencionaremos a continuación con sus respectivos ítems:

- Tenacidad-autoeficacia-persistencia, con sus ítems: 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25.
- Control bajo presión, con sus ítems: 6, 7, 14, 15, 18, 19, 20
- Adaptabilidad y redes de apoyo, con sus ítems: 1, 2, 4, 5, 8
- Control y propósito, con sus ítems: 13, 21, 22
- Espiritualidad, con sus ítems: 3, 9

2.2.4. Variables sociodemográficas

Se consideraron las siguientes variables sociodemográficas:

Edad: De 40 a 75 años

Sexo: Femenino y masculino

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: 1 año a más

2.3. Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por 700 pacientes diabéticos del Hospital Nacional Dos de Mayo en Cercado de Lima (información obtenida del área de estadística del Hospital Nacional Dos de Mayo, dato de cantidad de atenciones de enero a junio del 2016).

Para considerar el tamaño de la muestra se consideró el criterio establecido por Nunnally (1991, p. 232), quien sustenta que la muestra mínima en un estudio psicométrico debe ser de la cantidad de ítems multiplicado por 10, por ello se estimó una muestra mínima de 250 pacientes.

Tomando en consideración lo anterior, se estableció como punto de corte mínimo 250 sujetos, aplicando finalmente la prueba a 265 pacientes diabéticos.

El tipo de muestreo utilizado en este estudio fue no probabilístico – intencional, pues no todos tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos, sino dependió del investigador; por lo tanto, los resultados de este estudio solo son válidos en la muestra y no son generalizables a toda la población (Hernández et al., 2014, p. 190).

Criterios de inclusión: Formaron parte de la muestra:

Pacientes entre 40 y 75 años de edad.

Personas de sexo femenino y masculino.

Pacientes con un diagnóstico mínimo de un año con la enfermedad.

Pacientes con cualquier tipo de diabetes.

Sujetos que sabían leer y escribir.

Pacientes internados o de consulta externa que acudieron al nosocomio.

Criterios de exclusión: No formaron parte de la muestra:

Personas que no sabían leer ni escribir.

Pacientes que presentaron trastornos mentales diagnosticados.

Aquellos que dejaron el cuestionario incompleto.

Aquellos pacientes que no desearon participar.

En los criterios mencionados, para considerar los rangos edad se ha tomado como referencia las etapas del desarrollo humano según Papalia, Feldman y Martorell (2012, p. 9) quienes consideran la adultez media (40 a 65 años) y la adultez tardía (66 años a más). Además, para los criterios del tiempo de diagnóstico de la enfermedad, se considera lo mencionado por Jansá, Muñoz y Peláez (2013, p. 68) al decir que se necesita por lo menos de un año para que una persona experimente que gran parte de las áreas de su vida son afectadas por la diabetes; los rangos para el tiempo de enfermedad se agruparon de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y de 16 a más (Willrich et al., 2012, p. 6).

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Ficha técnica

Nombre : Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

Autores : Connor, Kathryn y Davidson, Jonathan.

Procedencia : Estados Unidos (2003)

Administración : Individual o colectiva

Duración : Aproximadamente 20 minutos

Aplicación : Para adolescentes y adultos

Descripción de áreas de la prueba original:

El instrumento de la CD-RISC, consta de 25 ítems con cinco factores:

a. Factor 1: Tenacidad-autoeficacia-persistencia:

Es la convicción que tiene una persona al saber que está en la capacidad para enfrentar cualquier situación, aunque esta sea repentina puede buscar y encontrar soluciones.

b. Factor 2: Control bajo presión

Se refiere a la confianza en la intuición, la tolerancia del afecto negativo y los efectos de fortalecimiento del estrés, teniendo la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos con expectativas positivas sobre las acciones de uno mismo.

c. Factor 3: Adaptabilidad y redes de apoyo

Se refiere a la tolerancia al cambio, a la habilidad para ser flexibles y adecuarse a nuevas situaciones, además, a la posibilidad de entablar relaciones con otras personas quienes brinden apoyo, confianza y permitan el crecimiento personal.

d. Factor 4: Control y propósito

Es la capacidad que se posee para impulsar el bienestar hacia sí mismo, tomando las decisiones que mejor los dirigen hacia las metas que se han trazado en la vida.

e. Factor 5: Espiritualidad

Se consideran los beneficios que una persona posee al tener una vida espiritual.

Administración:

La CD-RISC está diseñado como una escala de autoevaluación, aunque en caso necesario, un ayudante puede leer cada instrucción al sujeto y registrar la respuesta. El sujeto está dirigido a responder a cada declaración con respecto al mes anterior, en caso de que una situación particular no haya surgido en ese tiempo, entonces la respuesta debe ser determinada por la forma en que la persona piensa que habría reaccionado.

Calificación e interpretación:

La puntuación de la escala se basa en la suma total de todos los artículos, cada uno de los cuales se puntúa de 0-4. Por el CD-RISC-25, la gama es, por tanto, de 0 a 100, con una puntuación más alta que refleja una mayor capacidad de resiliencia. No se recomienda otros métodos de puntuación tales como las subescalas definidos por el análisis factorial, o cualquier otro tipo de subescalas derivados, ni la adopción de un rango de puntuación 1-5 para cada artículo, como se ha informado en algunas publicaciones. Tampoco apoyamos el uso de escalas "parciales", como los elementos que han sido determinados por el análisis factorial u otra técnica estadística para producir una versión aparentemente "más pura" del CD-RISC.

Aspectos psicométricos:

En el análisis de validez y confiabilidad realizado por los autores de la prueba se halló lo siguiente:

Validez: En la validez convergente, los puntajes de resiliencia correlacionaron positivamente (Pearson $r = 0.83$, $P < .0001$) con la medida de resistencia de Koshaba en los 30 pacientes psiquiátricos ambulatorios. Asimismo, se obtuvo una correlación negativa entre resiliencia y estrés percibido (Pearson $r = -0.76$, $P < .0001$), indicando que a mayor resiliencia corresponde menor estrés percibido; de similar manera fue con la Escala de Vulnerabilidad al estrés de Sheehan en 591 sujetos de muestras mezcladas (Spearman $r = -0.32$, $P < .0001$), y correlación negativa con la escala de incapacidad de Sheehan en pacientes psiquiátricos (Pearson $r = -0.62$, $P < .0001$).

Confiabilidad: El coeficiente de confiabilidad por el método de consistencia interna por Alfa de Cronbach fue de 0.89 para la escala total, con la muestra de 577 personas con población en general, y la correlación ítem-test fue de 0.30 a 0.70. La confiabilidad de test-retest se dio en 24 sujetos que tenían trastorno generalizado de ansiedad y pacientes con estrés post traumático, los cuales no tuvieron cambios clínicos entre la primera y segunda evaluación, con una alta correlación de 0.87 entre ambas evaluaciones.

2.5. Métodos de análisis de datos

El presente estudio corresponde al enfoque cuantitativo pues estuvo basado en la recolección de los datos que fueron procesados estadísticamente para obtener la interpretación de los resultados. Para efectuar el ingreso de datos y el procesamiento de los mismos se utilizó el programa SPSS 20.0

La población fue de 700 pacientes diabéticos, la muestra final recolectada fue de 265 pacientes diabéticos del Hospital Nacional Dos de Mayo, y fueron procesados con los estadísticos para validez, confiabilidad y baremación.

2.5.1. Validez

Validez de contenido

Coficiente V de Aiken: Para hallar la validez de contenido se utilizó este coeficiente pidiendo a los jueces que validaran los 25 ítems del instrumento, realizando pequeños ajustes gramaticales para que sean mejor comprendidos en el contexto a evaluar. El coeficiente V de Aiken suscita valores entre 0 y 1, mientras más alto sea el valor, la validez de contenido del ítem será mayor.

Prueba Binomial: Se utilizó para determinar la validez de contenido a través de la concordancia entre los diez jueces.

Validez de constructo

Análisis Factorial: Se utilizó para definir si el ajuste factorial de la agrupación en estudio coincide con las cinco escalas teóricamente consideradas. Para ello primero se aplicó la técnica del KMO y la prueba de esfericidad de Barlett para saber si el análisis factorial era viable.

2.5.2. Confiabilidad

Confiabilidad por consistencia interna: Para obtener este valor se procesó el Coeficiente Alfa de Cronbach. La r debe ser mayor a 0.70.

Confiabilidad por división por mitades: Este tipo de confiabilidad se realizó a través de la Prueba de Guttman.

2.5.3. Baremación

U de Mann-Whitney: Permitted a establecer si existieron diferencias significativas en los puntajes de la escala entre dos muestras, en este caso, según edad y sexo. De este modo se argumentó la elaboración de un baremo por población total y según la variable sexo.

Kruskal Wallis: Permitted establecer si existieron diferencias significativas en los puntajes de la escala según tiempo de enfermedad.

Percentiles: Los puntajes directos serán convertidos a puntajes estandarizados a través de la elaboración de percentiles.

2.6. Aspectos éticos

Las consideraciones éticas para la presente investigación se manifestaron a través del compromiso y el alto grado de responsabilidad en la elaboración de este estudio, evitando el plagio y/o falsedades, se ha respetado la propiedad intelectual de los autores citando cada texto o información empleada según las normas internacionales.

En cuanto a los aspectos éticos en la recolección de datos, se siguió las siguientes pautas:

- Se guardó la identidad y la confidencialidad de los participantes en la investigación y de los resultados obtenidos.
- Se expuso de manera transparente a los participantes el objetivo y alcances del estudio a través del consentimiento informado y se respetó su privacidad durante la encuesta.
- Se estableció el derecho de los participantes a dejar el estudio en el momento y circunstancias que ellos juzgaron convenientes.

III. RESULTADOS

3.1. Procedimientos de validez

3.1.1. Validez de contenido

Coeficiente V de Aiken: Este coeficiente puede generar valores entre 0 y 1, mientras más alto sea el valor obtenido, el ítem tendrá una mayor validez de contenido. Para determinar la validez de contenido, Escurra (1988, p. 107) señala la siguiente fórmula:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

En donde S, representa a la sumatoria de Si (valor asignado por el Juez), N equivale al número de jueces y C, es el número de valores del Inventario, en este caso dos (acuerdo y desacuerdo). Para que un ítem se considere válido, Escurra (1988, p. 108) sostiene que debe tener un coeficiente V de Aiken igual o mayor a 0.80, es decir, alcanzar como mínimo la ratificación de 8 jueces, en caso sean diez.

En la tabla 1 que viene a continuación, se muestran los resultados de la V de Aiken de la CD-RISC. Los valores alcanzados, superiores a 0.80, indican que ningún ítem será eliminado, conservándose los 25 de la escala de origen.

Tabla 1

Validez de contenido de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, según el Coeficiente V. de Aiken

Item	Jueces										Suma	V AIKEN
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
7	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00

Prueba Binomial: Permite establecer la validez de contenido. Para esto, se establece la H_0 y la H_a , y se interpretan los resultados:

H_0 : Si la proporción de los jueces es de 0.05 o mayor, la prueba no tiene validez de contenido.

H_a : Si la proporción de los jueces es menor a 0.05, sí hay concordancia entre los jueces y la prueba es válida.

Tabla 2

Validez de contenido de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, según la Prueba Binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
J1	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J2	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J3	Grupo 1	1	23	.92	.50	.000
	Grupo 2	0	2	.08		
	Total		25	1.00		
J4	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J5	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J6	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J7	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J8	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J9	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		
J10	Grupo 1	1	25	1.00	.50	.000
	Total		25	1.00		

En la tabla 2 se aprecia que las significancias son menores a 0.05, esto nos lleva a aceptar la H_a para los ítems y rechazar la H_0 , es decir, existe concordancia entre los jueces y el instrumento constituido por 25 ítems tiene validez de contenido.

Tabla 3

Lista de ítems primitivos y corregidos

Primitivos	Corregidos
Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado	Tengo al menos una relación cercana y segura que me ayuda cuando estoy estresado
Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme	Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, pienso que Dios puede ayudarme
Puedo enfrentarme a cualquier cosa	Puedo enfrentarme a cualquier situación
Cuando me enfrento con problemas intento ver el lado divertido de las cosas	Cuando tengo problemas intento ver el lado positivo de las cosas
Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones	Puedo recuperarme pronto tras sufrir enfermedades, heridas u otros padecimientos
Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón	Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por algún designio superior
Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado	Siempre me esfuerzo sin importar el resultado
Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	Creo que puedo lograr mis objetivos, a pesar de los obstáculos
Bajo presión, me centro y pienso claramente	Bajo presión, me concentro y pienso claramente
Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades de la vida	Soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades de la vida
Si es necesario, puedo tomar decisiones no populares o difíciles que afectan a otras personas	Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que afectan a otras personas
Al enfrentarse a los problemas de la vida a veces hay que actuar intuitivamente, aún sin saber por qué	Al enfrentarse a los problemas de la vida a veces hay que dejarse llevar por la intuición, aún sin saber por qué
Siento que controlo mi vida	Siento que tengo capacidad para controlar mi vida
Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino	Consigo mis objetivos a pesar de las dificultades que encuentro en el camino

En la tabla anterior podemos apreciar los ajustes en la terminología de algunos de los ítems originales después de la revisión de los jueces, obteniendo así la lista de los ítems corregidos en su redacción para que tuviera una mejor comprensión en el contexto donde se realizó la investigación.

3.1.2. Índice de homogeneidad

Abad, Garrido, Olea y Ponsoda (2006, p.16) sostienen que los ítems con pobres índices de homogeneidad miden un poco diferente a lo que refleja la escala en su conjunto, así, el reactivo no mide lo mismo que la prueba global, pues este estadístico contribuye a la consistencia dentro del instrumento. Si con el test se intenta evaluar un rasgo o constructo unitario, tendría que eliminarse aquellos elementos que tienen un resultado próximo a cero. Kline (1993, p. 176) coloca como valor mínimo 0,20. Aquellos ítems que resultan tener una correlación ítem test menor a dicho valor serán retirados de la versión final de la prueba.

En la siguiente tabla se aprecia que los valores de la correlación ítem-test con R de Spearman fluctúan entre 0,272 a 0.741, esto significa que los ítems en su totalidad permanecerán en la escala pues sus coeficientes sí se ajustan al criterio, cumpliendo lo indicado por Kline (1993).

Tabla 4

Correlación ítem-test de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

		Puntaje total de la prueba
P1	Coeficiente de correlación	,491**
	Sig. (bilateral)	.000
P2	Coeficiente de correlación	,418**
	Sig. (bilateral)	.000
P3	Coeficiente de correlación	,396**
	Sig. (bilateral)	.000
P4	Coeficiente de correlación	,702**
	Sig. (bilateral)	.000
P5	Coeficiente de correlación	,586**
	Sig. (bilateral)	.000
P6	Coeficiente de correlación	,640**
	Sig. (bilateral)	.000
P7	Coeficiente de correlación	,626**
	Sig. (bilateral)	.000
P8	Coeficiente de correlación	,584**
	Sig. (bilateral)	.000
P9	Coeficiente de correlación	,365**
	Sig. (bilateral)	.000
P10	Coeficiente de correlación	,538**
	Sig. (bilateral)	.000
P11	Coeficiente de correlación	,612**
	Sig. (bilateral)	.000
P12	Coeficiente de correlación	,489**
	Sig. (bilateral)	.000
P13	Coeficiente de correlación	,543**
	Sig. (bilateral)	.000
P14	Coeficiente de correlación	,496**
	Sig. (bilateral)	.000
P15	Coeficiente de correlación	,513**
	Sig. (bilateral)	.000
P16	Coeficiente de correlación	,535**
	Sig. (bilateral)	.000
P17	Coeficiente de correlación	,741**
	Sig. (bilateral)	.000
P18	Coeficiente de correlación	,272**
	Sig. (bilateral)	.000
P19	Coeficiente de correlación	,554**
	Sig. (bilateral)	.000
P20	Coeficiente de correlación	,422**
	Sig. (bilateral)	.000
P21	Coeficiente de correlación	,611**
	Sig. (bilateral)	.000
P22	Coeficiente de correlación	,643**
	Sig. (bilateral)	.000
P23	Coeficiente de correlación	,641**
	Sig. (bilateral)	.000
P24	Coeficiente de correlación	,685**
	Sig. (bilateral)	.000
P25	Coeficiente de correlación	,541**
	Sig. (bilateral)	.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

3.1.3. Validez de constructo: Análisis factorial

El análisis factorial se emplea cuando se desea conocer el número de factores asociados a determinados grupos de ítems. El tipo de rotación empleado en este caso fue el ortogonal Varimax, debido a que minimiza el número de variables con cargas altas y, por consiguiente, facilita la interpretación de los factores. La muestra estuvo conformada por 265 pacientes, muestra adecuada, según los criterios de Kline, quien afirma que un análisis factorial debe tener como mínimo, una muestra de 200 sujetos (Kline, 1993, p.188).

El Análisis de Componentes Principales es una técnica estadística de reducción de la información o de la dimensión (número de factores). Esto quiere decir, que al tener una fuente de datos con cuantiosas variables, el propósito será reducirlas a un número menor perdiendo la mínima información posible. En general se toma la decisión del número de factores a utilizar por el criterio de Kaiser que especifica la retención de todo componente con un *eigenvalue* mayor a 1 (De la Fuente, 2011, p.18).

Tabla 5

Validez de constructo mediante la técnica de Kaiser-Meyer-Olkin y la Prueba de esfericidad de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.921
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	2293.419
	gl	300
	Sig.	.000

Kaiser, Meyer y Olkin sugieren que si el $KMO \geq 0,90$ la propuesta de proceder con un análisis factorial es excelente; si $0,90 > KMO \geq 0,8$ es buena; si $0,80 > KMO \geq 0,7$ es aceptable; si $0,70 > KMO \geq 0,6$ es regular; si $0,60 > KMO \geq 0,5$ es mala, y si $KMO < 0,5$ es inadmisibles; cuanto mayor es el valor obtenido el análisis factorial es más adecuado (De la Fuente, 2011, p.25). En los resultados obtenidos se aprecia que el índice de adecuación de muestro de KMO para esta matriz fue de 0.921, valorado como “excelente”, en resumen se sugiere proceder con un análisis factorial.

En el análisis de la Prueba de esfericidad de Bartlett, cuando $p > 0.05$, nos indica que el modelo factorial no es el apropiado para explicar los datos. En la tabla 4 nos dice que la prueba de esfericidad tiene una $p < 0.001$, lo que señala que el modelo factorial es conveniente.

Tabla 6

Varianza total explicada de la CD-RISC

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	8.330	33.320	33.320	8.330	33.320	33.320
2	1.496	5.985	39.305	1.496	5.985	39.305
3	1.266	5.065	44.370	1.266	5.065	44.370
4	1.134	4.534	48.904	1.134	4.534	48.904
5	1.049	4.195	53.099			

Los factores observados, se caracterizan por agrupar los ítems en 4 factores: F1 con una varianza de 33.320%, F2 con una varianza de 5.985%, F3 con una varianza de 5.065% y F4 con una varianza de 4.534%.

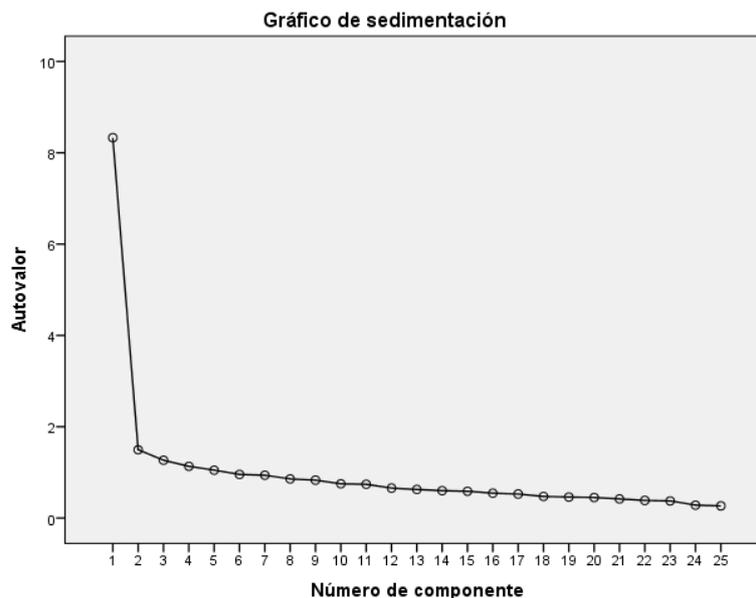


Figura 1. Gráfico de Sedimentación de la CD-RISC

Bajo un criterio de saturación mínimo de 0,35, se obtuvo 4 factores bien definidos, como se evidencia en la figura anterior, los cuales ilustran un 48.90% de la varianza total del instrumento.

Tabla 7

Comunalidades de los ítems de la CD-RISC

	Inicial	Extracción
P1	1.000	.472
P2	1.000	.338
P3	1.000	.471
P4	1.000	.552
P5	1.000	.477
P6	1.000	.581
P7	1.000	.517
P8	1.000	.474
P9	1.000	.443
P10	1.000	.408
P11	1.000	.477
P12	1.000	.393
P13	1.000	.452
P14	1.000	.300
P15	1.000	.360
P16	1.000	.570
P17	1.000	.621
P18	1.000	.557
P19	1.000	.451
P20	1.000	.644
P21	1.000	.457
P22	1.000	.544
P23	1.000	.635
P24	1.000	.533
P25	1.000	.498

En la presente tabla se revela las comunalidades de los ítems. La comunalidad de un ítem es la proporción de su varianza que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido. Se puede apreciar que los ítems 14 (30%) y 2 (33.8%) son los menos explicados por el modelo.

Tabla 8

Matriz de componentes rotados de la CD-RISC

	Componente			
	1	2	3	4
P6	.672			
P4	.651			
P5	.650			
P7	.649			
P1	.600			
P19	.599			
P8	.584			
P23	.572			
P17	.551			
P24	.535			
P11	.526			
P21	.505			
P2	.437			
P16		.743		
P12		.608		
P25		.580		
P22		.541		
P15		.501		
P10		.416		
P3			.597	
P9			.590	
P13			.489	
P14			.370	
P20				.752
P18				.710
Alfa de Cronbach	.883	.739	.515	.538

Después de examinar los componentes principales derivados del análisis factorial, se reagruparon los ítems en cuatro factores. Para ratificar que este modelo es el idóneo, se verificaron con sus índices de confiabilidad para el factor 1 ($\alpha = 0.883$), factor 2 ($\alpha = 0.739$), factor 3 ($\alpha = 0.515$) y factor 4 ($\alpha = 0.538$), confirmándose que el modelo presenta índices de confiabilidad aceptables.

Tabla 9

Nueva matriz de operacionalización de la variable

Factores o dimensiones obtenidos	Descripción de las nuevas áreas	Ítems
Adaptabilidad - redes de apoyo-persistencia	Se refiere a la tolerancia al cambio, a la habilidad para ser flexibles y adecuarse a nuevas situaciones siendo constantes para alcanzar sus objetivos; además, a la posibilidad de entablar relaciones con otras personas quienes brinden apoyo, confianza y permitan el crecimiento personal.	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 17, 19, 21, 23, 24
Tenacidad- autoeficacia	Es la convicción que tiene una persona al saber que está en la capacidad para enfrentar cualquier situación, aunque esta sea repentina, puede buscar y encontrar soluciones.	10, 12, 15, 16, 22, 25
Espiritualidad y propósito	Se consideran los beneficios que una persona posee al tener una vida espiritual y esta la ayuda a tomar las decisiones que mejor los dirigen hacia las metas que se han trazado en la vida, impulsando así su bienestar.	3, 9, 13, 14
Control	Se refiere a la confianza en la intuición y en las decisiones que uno asume, teniendo la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos con expectativas positivas.	18, 20

3.1.3.1. Modelos teóricos no considerados

No se han considerado los modelos teóricos de 3 y 5 factores debido a que sus índices de confiabilidad eran bajos.

Tabla 10

Matriz de componentes rotados de tres factores de la CD-RISC

	Componente		
	1	2	3
P6	.692		
P4	.657		
P7	.651		
P5	.651		
P8	.598		
P1	.594		
P19	.582		
P17	.573		
P24	.551		
P11	.550		
P23	.534		
P21	.521		
P2	.470		
P13	.463		
P16		.666	
P12		.586	
P25		.576	
P3		.538	
P22		.533	
P10		.477	
P15		.456	
P14		.408	
P20			.776
P18			.714
P9			.401
Alfa	.893	.761	.466

Como puede apreciarse en la tabla, el factor 1 tiene un α de 0.893, el factor 2 un α de 0.761 y factor 3 un α de 0.466, confirmándose que el modelo de 3 áreas presenta menos índices de confiabilidad que el modelo de cuatro factores.

Tabla 11

Matriz de componentes rotados de cinco factores de la CD-RISC

	Componente				
	1	2	3	4	5
P7	.646				
P23	.642				
P5	.632				
P4	.632				
P1	.631				
P6	.607				
P19	.567				
P8	.523				
P24	.498				
P17	.494				
P11	.485				
P3		.624			
P13		.616			
P2		.593			
P22		.495			
P25		.489			
P21		.445			
P14		.425			
P16			.781		
P12			.640		
P15			.444		
P10			.422		
P20				.758	
P18				.756	
P9					.813
Alfa	.885	.759	.606	.538	No es posible realizar el Alfa de un ítem

Al realizar el análisis factorial de 5 dimensiones, se obtuvo en el factor 1 un α de 0.885, en el factor 2 un α de 0.759, factor 3 un α de 0.606, en el factor 4 un α de 0.538 y para el factor 5 no fue posible obtener el índice de confiabilidad debido a que solo contaba con un ítem, por lo tanto se concluye que este modelo no es el indicado.

3.2. Procedimientos de confiabilidad

Abad et al. (2006, p.43) postulan que la consistencia interna refiere al grado en que los ítems correlacionan o son consistentes entre sí dentro de una misma prueba. Dos de los métodos más utilizados para calcular estos coeficientes son: Alfa de Cronbach y el método de división por mitades.

3.2.1. Método de confiabilidad por consistencia interna Alfa de Cronbach

El coeficiente *alfa de Cronbach* es un método de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los reactivos. Los valores que se pueden obtener están entre 0 y 1, en el cual: 0 equivale a *confiabilidad nula* y 1 es *confiabilidad total* (Hernández et al. 2014, p. 207), siendo el punto de corte 0.70.

En la tabla que se muestra a continuación se aprecia que el alfa de Cronbach de la escala total es de 0.907, es decir, posee un nivel alto de consistencia interna.

Tabla 12

Confiabilidad por consistencia interna por método de Alfa de Cronbach de CD-RISC

Alfa de Cronbach	N de elementos
.907	25

3.2.2. Método de confiabilidad de división por mitades

Díaz (1993, p. 377, citado en Ferreras, 2008) afirma que para hallar la fiabilidad por este método, se necesita la elaboración de dos formas semejantes del mismo test escogiendo los ítems que ocupan cada una de las mitades.

Esta fiabilidad se consigue calculando el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades paralelas y corrigiendo seguidamente el coeficiente alcanzado a través de la fórmula Spearman-Brown (Díaz, 1993, p. 377, citado en Ferreras, 2008). Si el coeficiente es mayor a 0.70, la prueba es confiable.

Tabla 13

Confiabilidad por método dos mitades de CD-RISC

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.839
		N de elementos	13 ^a
	Parte 2	Valor	.835
		N de elementos	12 ^b
		N total de elementos	25
Correlación entre formas			.779
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.876
	Longitud desigual		.876
Dos mitades de Guttman			.875

En la tabla se aprecia una correlación de 0.875 entre ambas mitades, esto nos señala una elevada confiabilidad por este método.

3.3. Procedimiento de baremación

Los baremos consisten en conceder a cada una de las posibles puntuaciones directas un valor numérico (en una determinada escala) que da a conocer el lugar que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que adquieren las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas (Abad et al., 2006, p.119).

3.3.1. Prueba de normalidad: Kolmogorov-Smirnov

La presente tabla nos muestra que los factores 1, 2, 3 y 4 más el total presentan una distribución no normal ($p < 0.05$). Estos datos, por lo tanto, respaldan el uso de estadísticos no paramétricos.

Tabla 14

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para resiliencia

		Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia	Tenacidad- autoeficacia	Espiritualidad y propósito	Control	Total
N		265	265	265	265	265
Parámetros normales ^{a,b}	Media	36.18	17.71	10.78	3.63	68.30
	Desviación típica	10.156	4.555	3.008	2.081	16.492
Diferencias más extremas	Absoluta	.096	.100	.103	.120	.107
	Positiva	.061	.084	.066	.120	.060
	Negativa	-.096	-.100	-.103	-.099	-.107
Z de Kolmogorov- Smirnov		1.565	1.628	1.670	1.954	1.739
Sig. asintót. (bilateral)		.015	.010	.008	.001	.005

3.3.2. Resiliencia y sexo

Como se puede apreciar existen diferencias significativas según la variable sexo a nivel del factor Control, pues p es menor a 0.05 ($p < 0.05$), por lo tanto se justifica la realización de baremos para varones y mujeres.

Tabla 15

U de Mann-Whitney de la muestra según la variable sexo

	Adaptabilidad - redes de apoyo- persistencia	Tenacidad- autoeficacia	Espiritualidad y propósito	Control	Total
U de Mann- Whitney	5777.000	6153.500	5840.000	5429.000	6388.500
W de Wilcoxon	25083.000	25459.500	8255.000	7844.000	25694.500
Z	-1.800	-1.114	-1.692	-2.462	-.682
Sig. asintót. (bilateral)	.072	.265	.091	.014	.495

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 16

Estadísticos descriptivos de la resiliencia según sexo

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia	Femenino	196	127.97	25083.00
	Masculino	69	147.28	10162.00
	Total	265		
Tenacidad-autoeficacia	Femenino	196	129.90	25459.50
	Masculino	69	141.82	9785.50
	Total	265		
Espiritualidad y propósito	Femenino	196	137.70	26990.00
	Masculino	69	119.64	8255.00
	Total	265		
Control	Femenino	196	139.80	27401.00
	Masculino	69	113.68	7844.00
	Total	265		
Total	Femenino	196	131.09	25694.50
	Masculino	69	138.41	9550.50
	Total	265		

Los promedios del área de Control de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson son más altos en el sexo femenino ($X= 139.80$), mientras que en el sexo masculino es menor ($X= 113.68$).

3.3.3. Resiliencia y edad

En la siguiente tabla observamos que no existen diferencias significativas a nivel de los factores ni el total, según la variable edad, por lo tanto no se realizaron baremos por grupo etario.

Tabla 17

U de Mann-Whitney de la muestra según la variable edad

	Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia	Tenacidad- autoeficacia	Espiritualidad y propósito	Control	Total
U de Mann-Whitney	6211.000	6144.500	6376.500	5715.500	6458.000
W de Wilcoxon	26111.000	8355.500	8587.500	7926.500	8669.000
Z	-.660	-.785	-.355	-1.596	-.202
Sig. asintót. (bilateral)	.509	.432	.723	.111	.840

3.3.4. Resiliencia y tiempo de enfermedad

De similar manera observamos en la siguiente tabla que no existen diferencias significativas a nivel de los factores ni el total, según el tiempo de enfermedad, por lo tanto no se realizaron baremos por esta variable.

Tabla 18

Kruskal Wallis de la muestra según la variable tiempo de enfermedad

	Adaptabilidad - redes de apoyo- persistencia	Tenacidad- autoeficacia	Espiritualidad y propósito	Control	Total
Chi-cuadrado	4.357	3.697	.104	1.950	2.697
gl	3	3	3	3	3
Sig. asintót.	.225	.296	.991	.583	.441

3.3.5. Baremos

Tabla 19

Baremos para la muestra total

Nivel	Pc	Área 1: Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia	Área 2: Tenacidad- autoeficacia	Área 3: Espiritualidad y propósito	Área 4: Control	Total	Pc
Muy bajo	1	0-10	0-6			0-23	1
	2	11-12	7	0-4		24-27	2
	3	13				28-30	3
	4	14-16				31-33	4
	5	17	8-9	5			5
	6	18				34-39	6
	7	19				40	7
	8					41	8
	9	20	10-11	6		42-44	9
Bajo	10	21-22				45-47	10
	15	23-25	12	7	0-1	48-50	15
	20	26-28	13			51-56	20
Promedio	25	29-30	14	8		57-59	25
	30	31-32	15		2	60-62	30
	35	33-34	16	9		63-64	35
	40	35				65-67	40
	45	36	17	10	3	68-69	45
	50	37-38				70-72	50
	55	39	18	11		73-74	55
	60	40	19			75	60
	65	41	20			76-77	65
Alto	70	42-43		12	4	78-79	70
	75		21			80-81	75
	80	44-45		13	5	82	80
	85	46	22			83-85	85
	90	47	23	14			90
	91				6	86	91
	92					87	92
	93	48					93
	94	49				88	94
Muy alto	95			15	7	89	95
	96	50					96
	97					90-92	97
	98					93	98
	99	51 a más	24 a más	16 a más	8 a más	94 a más	99
Media		36.18	17.71	10.78	3.63	68.30	Media
DS		10.156	4.555	3.008	2.081	16.492	DS

Tabla 20

Baremos para la muestra según sexo femenino

Nivel	Pc	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Total	Pc
Muy bajo	1	0-7	0-6	0-3		0-23	1
	2	8-11	7	4		24-29	2
	3	12-14				30-33	3
	4	15-16	8-9				4
	5	17		5		34-38	5
	6	18				39	6
	7	19				40	7
	8		10-11	6		41	8
	9	20				42	9
Bajo	10	21	12	7	0-1	43-44	10
	15	22-25				45-49	15
	20	26-27	13	8		50-53	20
Promedio	25	28-29	14			54-58	25
	30	30-31	15		2	59-61	30
	35	32-33	16	9		62-63	35
	40	34		10		64-66	40
	45	35-36	17		3	67-68	45
	50	37		11		69-70	50
	55	38	18			71-73	55
	60	39	19			74-75	60
	65	40-41		12	4	76-77	65
	70	42				78-79	70
75	43	20-21			80-81	75	
Alto	80	44		13	5	82	80
	85	45-46	22			83-84	85
	90	47	23	14	6	85-86	90
Muy alto	91					87	91
	92						92
	93				7	88	93
	94	48				89	94
	95	49		15			95
	96	50				90	96
	97					91-92	97
	98	51				93	98
	99	52 a más	24 a más	16 a más	8 a más	95 a más	99
	Media		35.65	17.58	10.96	3.84	68.04
DS		9.998	4.398	2.952	2.063	16.331	DS

Tabla 21

Baremos para la muestra según sexo masculino

Nivel	Pc	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Total	Pc
Muy bajo	1	0-10	0-4			0-18	1
	2						2
	3		5-7	0-4		19-27	3
	4	11-12					4
	5						5
	6	13		5		28-29	6
	7		8			30-33	7
	8						8
	9	14-20				34-42	9
Bajo	10	21-23	9-11			43-47	10
	15	24-26	12	6		48-51	15
	20	27-30	13			52-56	20
Promedio	25	31	14	7		57-61	25
	30	32-34	15	8	0-1	62-65	30
	35	35-36	16			66	35
	40	37-38	17	9	2	67-71	40
	45	39	18			72	45
	50	40	19	10		73-74	50
	55				3		55
	60	41-42	20			75-76	60
	65	43		11		77-78	65
	70	44	21			79-80	70
75	45-46	22	12	4	81	75	
Alto	80	47				82-84	80
	85		23	13	5	85	85
	90	48					90
Muy alto	91			14			91
	92						92
	93						93
	94			15		86	94
	95						95
	96	49-50				87	96
	97					87-89	97
	98						98
	99	51 a más	24 a más	16 a más	6 a más	94 a más	99
	Media		37.70	18.07	10.26	3.03	69.06
DS		10.519	4.992	3.128	2.029	17.040	DS

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación busca contribuir con una herramienta psicológica para medir la resiliencia en pacientes diabéticos, adaptada a nuestro medio, utilizando baremos peruanos. A continuación discutiremos los resultados obtenidos:

En primer lugar, refiriéndonos a la validez de contenido, los valores del coeficiente de la V de Aiken oscilaron entre 0.90 y 1, indicando que ningún ítem sería eliminado. Así mismo se encontró concordancia entre los diez jueces en la prueba binomial, con niveles de significancia menores a 0.05. Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Riveros et al. (2016) en una muestra de pacientes crónicos en Colombia, quienes encontraron valores superiores a 0.80 en todos los ítems al realizar la validez de contenido, empleando el índice de Lawshe. Estos resultados se deben a que, en opinión de los jueces, todos los ítems eran comprensibles, ajustándose solo algunas palabras en la redacción. A esto se agrega lo señalado por Ecurra (1988, p. 108), quien afirma que, para que un ítem sea considerado válido, debe tener un coeficiente V de Aiken igual o mayor a 0.80, es decir, alcanzar como mínimo la ratificación de 8 jueces, en caso sean diez.

En cuanto al índice de homogeneidad, los valores de la correlación ítem-test oscilaron entre 0,272 a 0.741, no eliminándose ningún ítem. Resultados similares fueron hallados por Singh y Yu (2010) quienes en una muestra de estudiantes universitarios y graduados en la India, lograron una correlación ítem-test con valores entre 0.29 a 0.65. Además, Baek et al. (2010) alcanzaron resultados de correlación ítem-test entre 0.321 y 0.667 en una muestra de enfermeras, universitarios y bomberos en Corea. Esto demuestra que existe relación entre cada uno de los ítems con la prueba en su conjunto, comprobando su alto índice de homogeneidad. Según Kline (1993, p. 176), para que un ítem sea considerado como homogéneo, debe tener un coeficiente mayor a 0,20.

Para la validez de constructo, se utilizó la técnica de KMO con un hallazgo de 0.921 considerado “excelente” para realizar un análisis factorial, y la prueba de esfericidad de Bartlett con $p > 0.05$. Se obtuvo como resultado que el modelo teórico de cuatro factores era el más adecuado al tener dimensiones más consistentes en su confiabilidad, discrepando con la escala original de cinco factores. A los nuevos factores se le denominaron: Adaptabilidad-redes de apoyo-persistencia, Tenacidad-autoeficacia, Espiritualidad y propósito, y por último, Control; estos fueron nombrados según la predominancia de los ítems al ser reagrupados de manera distinta a la original. Los resultados se asemejan a lo encontrado por Crespo et al. (2014) quienes al adaptar la CD-RISC en cuidadores en situaciones de estrés crónico en España obtuvieron cuatro factores: afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés, capacidad de superación y logro de objetivos, valoración positiva y confianza. Asimismo, Dong et al. (2013) encontraron cuatro factores: flexibilidad frente a los cambios, apoyo social y familiar, espiritualidad y, por último, vida orientada a objetivos, en la muestra de pacientes psiquiátricos en Estados Unidos.

La explicación a este resultado está en que las características de la muestra son variables de una zona a otra, y cada una posee comportamientos diferentes influenciados por la cultura, geografía, entre otros. Unida a esta explicación, está lo manifestado por Ponce (2015, p.243) quien menciona que la escala en su totalidad es fuertemente unidimensional, sin embargo a nivel de dimensiones resulta inestable (no permanecen estables de un lugar a otro); hecho confirmado por los mismos autores (Davidson y Connor, 2016, p.5) quienes recomiendan usar puntuaciones totales, pues según la naturaleza de la muestra y localidad surgen diversos factores.

Para hallar la confiabilidad, se procesó con el método de consistencia interna por Alfa de Cronbach, obteniéndose un resultado elevado ($\alpha = 0.907$) y confiabilidad por dos mitades logrando un valor de 0.875. Similares logros fueron los encontrados por Crespo et al. (2014) quienes en una muestra de 111 cuidadores en situaciones de estrés crónico en España, hallaron un Alfa de Cronbach de 0,90 y confiabilidad por dos mitades de 0.86. Los valores alcanzados nos indican que el instrumento para medir resiliencia es confiable al ser preciso en su medición. Esto se sustenta con lo

dicho por Hernández et al. (2014, p. 207) quienes mencionan que si la fiabilidad se acerca a 1 se consigue una confiabilidad total.

Finalmente, se realizó el proceso de baremación. Para ello, primero se determinaron si existieron diferencias significativas a nivel del puntaje de resiliencia según variables sexo, edad y tiempo de enfermedad.

Los resultados indicaron que existen diferencias significativas a nivel de puntaje de la prueba según la variable sexo, obteniendo el factor Control, definido como la confianza en la intuición y en las decisiones que uno asume, una significancia de 0.014 ($p < 0.05$), la media fue más alta para el sexo femenino ($X = 139.80$), mientras que para el sexo masculino fue menor ($X = 113.68$). Esto se asemeja a lo hallado por Aloba et al. (2016) quienes en una muestra de 234 familiares cuidadores de pacientes con trastorno psiquiátrico en Nigeria, descubrieron diferencias significativas en la variable sexo ($p = 0,037$), con la diferencia que las puntuaciones medias más altas fueron para los varones ($X = 28,21$), y para las mujeres fueron menores ($X = 26,37$). Por otro lado, Davidson y Connor (2016, p.7) no han encontrado diferencias significativas en los diferentes estudios realizados, salvo algunas excepciones. Esto sugiere que entre los varones y mujeres pueden presentarse ciertas diferencias a nivel de la resiliencia de manera inestable. Con respecto a esto, los autores de la prueba (Davidson y Connor, 2016, p.7) nos dicen que las relaciones entre la puntuación de CD-RISC y la variable sexo aún son poco concluyentes. En esta línea, Gonzales (2012, p. 21), al realizar una investigación en la Universidad de Northwestern, encontró que las mujeres tenían un puntaje mayor en la capacidad para tomar decisiones llevadas a cabo por la intuición (este último es un componente del factor Control que forma parte de la resiliencia), que los varones.

Refiriéndose a la variable edad, no se estableció diferencias significativas. De similar manera Scali et al. (2012), no encontraron diferencias significativas para el nivel de resiliencia en 238 mujeres entre 18 y 75 años de edad en Francia. Por lo tanto, se puede decir, que la edad en esta investigación no es influyente para establecer el nivel de resiliencia. Asimismo, Liu et al. (2015, como se citó en Davidson y Connor,

2016, p.6) no encontraron que esta variable sea un factor determinante en la puntuación de resiliencia.

En cuanto al tiempo de enfermedad, tampoco se establecieron diferencias significativas en este estudio. Resultados discrepantes fueron encontrados por Willrich et al. (2016, p.5) quienes en una investigación en pacientes diabéticos y con enfermedad renal crónica en Brasil, hallaron diferencias significativas mínimas en la media. La explicación a esta diferencia está en el tipo de muestra empleada, mientras Willrich empleó una muestra con diabetes y enfermedad crónica renal, en la presente investigación solo se emplearon pacientes con diabetes. Estos resultados se fundamentan en que las personas con diabetes poseen un nivel de resiliencia mayor comparadas con las personas que tienen enfermedad renal crónica, pues estas últimas tienen un mayor padecimiento al recibir el tratamiento de hemodiálisis, sumado a esto, los pacientes renales tienen una mayor predisposición a desarrollar depresión, lo cual afecta la resiliencia (Willrich et al., 2016, p.6).

Finalmente queda abierta la posibilidad para enriquecer el presente aporte, usando muestras distintas y más amplias, que permitan generalizar con mayor confianza los resultados obtenidos.

V. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los objetivos planteados y los resultados alcanzados, en la presente investigación se ha corroborado lo siguiente:

PRIMERA: La Escala de Resiliencia de Connor-Davidson posee una adecuada validez de contenido, con una puntuación V de Aiken con valores entre 0.90 y 1. Asimismo, se encontró concordancia entre los diez jueces en la prueba binomial, con niveles de significancia menores a 0.05.

SEGUNDA: Los índices de homogeneidad fueron adecuados, los valores de la correlación ítem-test oscilaron entre 0,272 a 0.741, no eliminándose ningún ítem.

TERCERA: En la validez de constructo con análisis factorial se obtuvieron cuatro factores, que explican el 48.90% de la varianza total del instrumento con dimensiones más consistentes: para el factor 1 ($\alpha = 0.883$), factor 2 ($\alpha = 0.739$), factor 3 ($\alpha = 0.515$) y factor 4 ($\alpha = 0.538$), confirmándose que el modelo presenta adecuada estabilidad. A los nuevos factores se le denominaron: Adaptabilidad - redes de apoyo-persistencia, Tenacidad-autoeficacia, Espiritualidad y propósito, y por último, Control.

CUARTA: La confiabilidad por el método de consistencia interna por Alfa de Cronbach fue de 0.907 y la confiabilidad por método de dos mitades de Guttman fue de 0.875, siendo en ambos casos elevado.

QUINTA: Los resultados indicaron que existen diferencias significativas a nivel de puntaje de la resiliencia según la variable sexo, teniendo el factor Control una significancia de 0.014 ($p < 0.05$). Las variables edad y tiempo de enfermedad no establecieron diferencias significativas.

SEXTA: Se elaboraron normas percentilares para la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson para la muestra total y a nivel de la variable sexo.

VI. RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio se pueden derivar las siguientes recomendaciones:

1. Considerar adaptar el instrumento en muestras más amplias con pacientes de otras enfermedades crónicas.
2. Diseñar talleres de intervención en los pacientes diabéticos que les permitan elevar el nivel de resiliencia y esto contribuya a su salud psicológica para una mejor calidad de vida.
3. Promover la investigación psicométrica en otras poblaciones para trabajar con instrumentos adaptados a nuestra realidad.

VII. REFERENCIAS

- Abad, F.; Garrido, J.; Olea, J. y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Acosta, I. y Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la Resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17 (2), pp. 24-32.
- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: UPCH.
- Alireza, S., Piven, E., Rassafiani, M., Ali, S. y Mohammadi, F. (2014). Standardization of Connor-Davidson Resilience Scale in Iranian subjects with Cerebrovascular Accident. *Journal of Rehabilitation Sciences and Research*, 1 (4), pp. 73-77. Recuperado de <http://jrsrc.sums.ac.ir/index.php/jrsrc/article/view/39/53>.
- Aloba, O., Ajao, O., Akinsulore, S., Mapayi, B., Alimi, T. y Esan, O. (2016). Exploration of the Psychometric Properties and Correlates of the 10 item Connor-Davidson Resilience Scale among Family Caregivers of Nigerian Patients with Psychiatric Disorder. *International Journal of Mental Health & Psychiatry*, 2 (3), pp. 1-8. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/303643158>
- Baek, H., Lee, K., Joo, E., Lee, M. y Choi, K. (2010). Reliability and Validity of the Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Psychiatry Investigation*, 7 (1), pp. 109-115. Recuperado de <http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0162PI/pi-7-109.pdf>.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), pp. 125-146.
- Bedón, Y. (2013). Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral. *PsiqueMag*, 2 (1), pp. 51-63.

Recuperado de <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/10/10>.

Camacho, E. y Galán, S. (2015). *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. Guadalajara: Manual Moderno.

Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18 (1), pp. 76–82. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/10576109>

Costa, S., Barontini, M., Forcada, P., Carrizo, P. y Almada, L. (2010). Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 78 (5), pp. 425-431. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v78n5/v78n5a09.pdf>.

Crespo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2014). Adaptación española de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22 (2), pp. 219-238. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/260882710>.

Čukić, I. y Weiss, A. (2016). Personality Correlates of Type 1 Diabetes in a National Representative Sample. *Psychological Topics*, 25 (1), pp. 45-58. Recuperado de http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=230447.

Cyrułnik, B. (2007). *La maravilla del dolor: El sentido de la resiliencia*. Buenos Aires: Granica S.A.

Cyrułnik, B. (2005). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.

Davidson, J. y Connor, K. (2016). *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual*. Unpublished: Autor.

De la Fuente, S. (2011). *Componentes principales*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

De la Serna, J. (2015). *Alexitimia, un mundo sin emociones*. Berlin: GD Publising.

- Del Castillo, A., Guzmán, R., García, M. y Martínez, C. (2012). Intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de estrés en pacientes con diabetes tipo II. En Galán, S. y Camacho, E. (Ed.), *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada* (pp. 191-208). México D.F.: Manual Moderno.
- Dong, F., Nelson, C., Shah-Haque, S., Khan, A. y Ablah, E. (2013). A Modified CD-RISC: Including Previously Unaccounted for Resilience Variables. *Kansas Journal of Medicine*, 6 (1), pp. 11-20. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2271/1131>
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología de la PUCP*, 6 (2), pp. 103-111.
- Estrada, D. y Hernani, N. (2014). *Relación de los factores socioeconómicos con los niveles de resiliencia en pacientes del servicio de oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin, Arequipa 2014*. (Tesis inédita de licenciatura en Trabajo Social). Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú.
- Fernandes, L., Teva, I. y Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33 (3), pp. 257-276. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art09.pdf>.
- Fernández, A. (2008). Adaptación de test a otras culturas. En Tornimbeni, S., Pérez, E. y Olaz, F. (Ed.), *Introducción a la psicometría* (pp. 1-5). Buenos Aires: Paidós.
- Ferreras, A. (2008). Estrategias de aprendizaje. *Construcción y validación de un cuestionario-escala*. (Tesis inédita de doctorado en Educación). Universitat de València, Valencia, España. Recuperado de <http://www.tesisenxarxa.net/>
- Fu, C., Leoutsakos, J. y Underwood, C. (2014). An examination of resilience cross-culturally in child and adolescent survivors of the 2008 China earthquake using the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Affective Disorders*, 155 (1), pp. 149-153. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713007830>.

- García-Vesga, M. y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica.
- González, M. (2012). La Intuición y el pensamiento gerencial. *Debates IESA*, 17(1), 17-23. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77.
- González, M. (2013). *Estrategias resilientes de los matrimonios mixtos o interculturales en Andalucía en la década 2000-2010*. (Tesis inédita de doctorado en Sociología, Universidad de Huelva). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10272/7518>
- Green, K., Hayward, L., Williams, A., Dennis, P., Bryan, B. y Taber, K. (2014). Examining the Factor Structure of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Post-9/11 U.S. Military Veteran Sample. *Assessment*, 21 (1), pp. 443-451. Recuperado de <http://asm.sagepub.com/content/21/4/443.short>.
- Grotberg, E. (2003). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A. y Suárez, E. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. (pp. 18-30). Barcelona: Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Interamericana.
- Jansá, M., Muñoz, A. y Peláez, P. (2013). Diabetes Mellitus tipo 1. En Figuerola, D. (Ed.), *Manual de educación terapéutica en diabetes* (pp. 51-73). Madrid: Díaz de Santos.
- Joseph, S. y Linley, A. (2008). Positive Psychological perspectives on posttraumatic stress: A integrative psychosocial framework. En Joseph, S. y Linley, A. (Ed.), *Trauma, recovery and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 3-20). New Jersey: Wiley.
- Jung, Y., Min, J., Shin, A., Han, S., Lee, K., Kim, T., Park, J., Choi, S., Lee, S., Choi, K., Park, Y., Woo, J., Bhang, S., Kang, E., Kim, W., Yu, J. y Chae, J. (2012). The Korean Version of the Connor–Davidson Resilience Scale: An Extended

- Validation. *Stress and Health*, 28 (1), pp. 319–326. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/231214952>.
- Karairmak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179 (3), pp. 350–356. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178109003576>.
- Kline, P. (1993). *A Handbook of Test Construction*. New York: Methuen.
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (1), pp. 93–111.
- Lyons, J. (2008). Using a life span model to promote recovery and growth in traumatized veterans. En Joseph, S. y Linley, A. (Ed.), *Trauma, recovery and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. (pp. 233–249). New Jersey: Wiley.
- Madariaga, J., Forés, A., Goñi, E., Palma, Pérez-Muga, O., Rodríguez, A., Villalba, C. y Gil, G. (2013). *La construcción social de la resiliencia*. País Vasco: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Maddi, S. (2013). *Hardiness. Turning Stressful Circumstances into Resilient Growth*. California: Springer.
- Marca, M. (2014). *Resiliencia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 en un hospital de Essalud*. (Tesis inédita de licenciatura en Psicología Clínica). Universidad César Vallejo, Lima, Perú.
- Martínez, R., Hernández, M. y Hernández, V. (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza.
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J. y Valero, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona: UOC.
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: Autor.

- Ministerio de Salud (2015). *La diabetes*. Lima: Autor
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (1), pp. 503-508.
- Muñiz, J. (2003). *Teoría clásica de los test*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, A. (2013). Diabetes y gestación. En Figuerola, D. (Ed.), *Manual de educación terapéutica en diabetes* (pp. 85-102). Barcelona: Díaz de Santos.
- Notario-Pacheco, B., Martínez-Vizcaíno, V., Trillo-Calvo, E., Pérez-Yus, M., Serrano-Parra, D. y García-Campayo, J. (2014). Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (14), pp. 1-9. Recuperado de <http://www.hqlo.com/content/12/1/14>
- Nunnally, J. (1991). *Teoría Psicométrica*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud (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
- Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Ponce, F. (2015). Análisis exploratorio de modelos de ecuaciones estructurales sobre la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en Chile y España. *Salud & Sociedad*, 6 (3), 238-247.
- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), pp. 69-82. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>.

- Real Academia Española (2016). *Resiliencia*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=WA5onlw>
- Reyzábal, M. y Sanz, A. (2014). *Resiliencia y acoso escolar*. Madrid: La Muralla.
- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S. y Margarita, J. (2016). Validez de constructo y confiabilidad del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población colombiana con enfermedades crónicas. *Salud & Sociedad*, 7 (2), 130-137.
- Rodrigues, V. y Fernandes, M. (2011). Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. *Organizações e Trabalho*, 11 (2), pp. 36-50. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v11n2/v11n2a04.pdf>.
- Rutter, M. (2003). Genetic influences on risk and protection. En Luthar, S. (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities* (pp. 489-506). New York: Cambridge.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), pp. 316-331.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31 (1) pp. 205-209. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213407000452>.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., y Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Sánchez y Reyes, H. (2002). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Universitaria.
- Sánchez, J. (2007). Psicoterapia cognitivo-conductual en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. En Hernández, N. y Sánchez, J. (Ed.), *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (pp. 49-67). Montevideo: Libros en Red.

- Sancho, M. (2013). Diabetes Mellitus tipo 2. En Figuerola, D. (Ed.), *Manual de educación terapéutica en diabetes* (pp. 75-84). Madrid: Díaz de Santos.
- Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M. y Chaudieu, I. (2012). Measuring Resilience in Adult Women Using the 10-Items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of Trauma Exposure and Anxiety Disorders. *Plos One*, 7 (6), pp. 1-7. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039879>.
- Serrano-Parra, M., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M., & Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5 (2), pp. 49-57. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v5n2/v5n2a06.pdf>.
- Singh, K. y Yu, X. (2010). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Sample of Indian Students. *J Psychology*, 1 (1), pp. 23-30. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/266578914>.
- Soler, I., Meseguer de Pedro, M. y García, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48 (1), pp. 159-166
- Suarez, E. (2013). Two decades later: The resilience and post-traumatic responses of Indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), pp. 200-210
- Tavares, B., Barreto, F. d., Lodetti, M., Silva, D. y Lessmann, J. (2011). Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20 (4), pp. 751-757. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/14.pdf>.
- Tébar, F. y Escobar, F. (2009). *La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica*. Madrid: Médica Panamericana.

- Vanistendael, S. (2013). Resiliencia y espiritualidad. En Vanistendael, S., Gaberan, P., Humbeeck, B., Lecomte, J., Manil, P. y Rouyer, M. (Ed.), *Resiliencia y humor* (pp. 61-65). Barcelona: Gedisa.
- Vásquez, C. y Peralta, G. (2013). Diabetes: concepto, clasificación y diagnóstico. En Figuerola, D. (Ed.), *Manual de educación terapéutica en diabetes* (pp. 13-26). Madrid: Díaz de Santos.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (1), pp. 161-168.
- Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y. y Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64 (1), pp. 499–504. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2010.02130.x/epdf>.
- Willrich, J., Guerreiro, D. y Hegadoren, K. (2016). Factores sociodemográficos y condicionantes de salud asociados a la resiliencia de personas con enfermedades crónicas: un estudio transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24 (1), 1-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02786.pdf.
- Yi, J., Vitaliano, P., Smith, R., Yi, J. y Wienger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13 (1), pp. 311-325. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/6299590>.
- Yu, X., Lau, J., Mak, W., Zhang, J., Lui, W. y Zhang, J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (2), pp. 218-224. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X10000702>.

Anexo 1: Estadísticos descriptivos de Resiliencia

En la presente tabla se observa que el nivel de resiliencia de la muestra es Promedio (PD de 68.30, equivalente a Pc 45)

El factor 1 Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia presenta el promedio más alto (PD de 36.18, equivalente a Pc 45), seguido por el factor 2 Tenacidad-autoeficacia (PD de 17.71, equivalente a Pc 45).

Los puntajes de Asimetría revelan que en solo dos factores (3 y 4) la distribución de los datos es simétrico, en los demás (factor 1 y 2) y en el total es asimétricamente negativo. Los puntajes de curtosis revelan que los factores 1, 2 y el total presentan una concentración normal alrededor de la media (mesocúrtica), en los factores 3 y 4 es platicúrtica.

Tabla 22

Estadísticos Descriptivos de Resiliencia

	F1: Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia	F2: Tenacidad- autoeficacia	F3: Espiritualidad y propósito	F4: Control	Total
Media	36.18	17.71	10.78	3.63	68.30
Mediana	38.00	18.00	11.00	4.00	72.00
Moda	44	24	11 ^a	4	83 ^a
Desv. típ.	10.156	4.555	3.008	2.081	16.492
Asimetría	-.698	-.575	-.270	.186	-.748
Curtosis	-.088	-.091	-.658	-.557	.091

Niveles de resiliencia

En el factor 1 Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia se aprecia que el 49.4% de la población tiene un nivel de resiliencia promedio, seguido de un 16.6% con un nivel de resiliencia alto, siendo la media de 36.18.

Tabla 23

Factor 1: Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	24	9.1
Bajo	35	13.2
Promedio	131	49.4
Alto	44	16.6
Muy Alto	31	11.7
Total	265	100.0

Media: 36.18

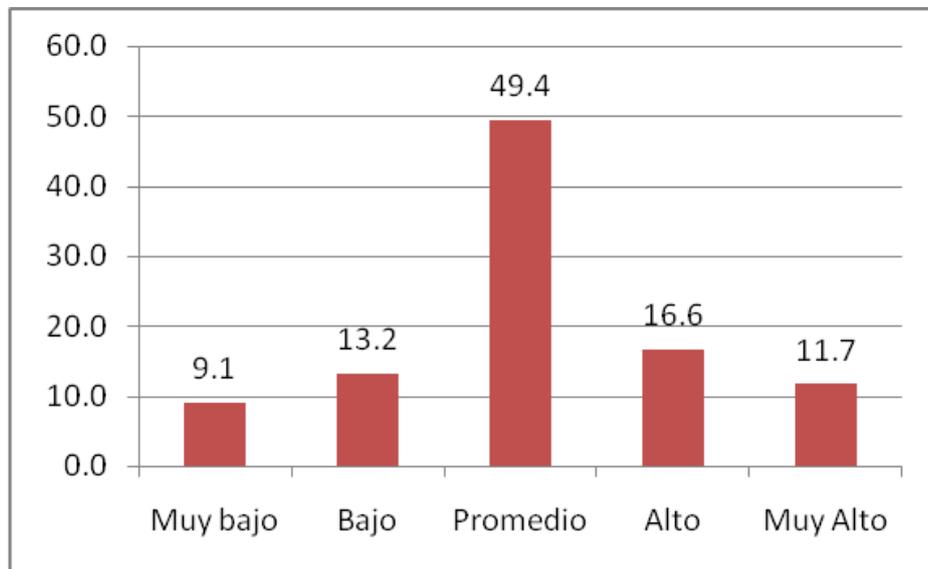


Figura 2. Porcentajes del factor Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia

En el factor 2 Tenacidad-autoeficacia se aprecia que el 57.7% de la población tiene un nivel de resiliencia promedio, seguido de un 12.1% con un nivel de resiliencia alto; siendo la media de 17.71.

Tabla 24

Factor 2: Tenacidad-autoeficacia

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	24	9.1
Bajo	26	9.8
Promedio	153	57.7
Alto	32	12.1
Muy Alto	30	11.3
Total	265	100.0
Media: 17.71		

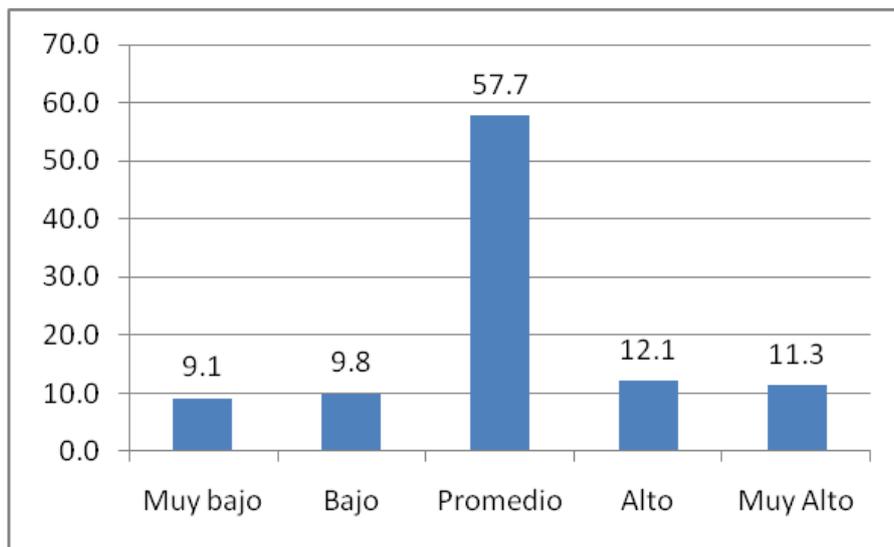


Figura 3. Porcentajes del factor Tenacidad-autoeficacia

En el factor 3 Espiritualidad y propósito se aprecia que el 51.7% de la población tiene un nivel de resiliencia promedio, seguido de un 22.3% con nivel de resiliencia alto; siendo la media de 10.78.

Tabla 25

Factor 3: Espiritualidad y propósito

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	25	9.4
Bajo	17	6.4
Promedio	137	51.7
Alto	59	22.3
Muy Alto	27	10.2
Total	265	100.0
Media: 10.78		

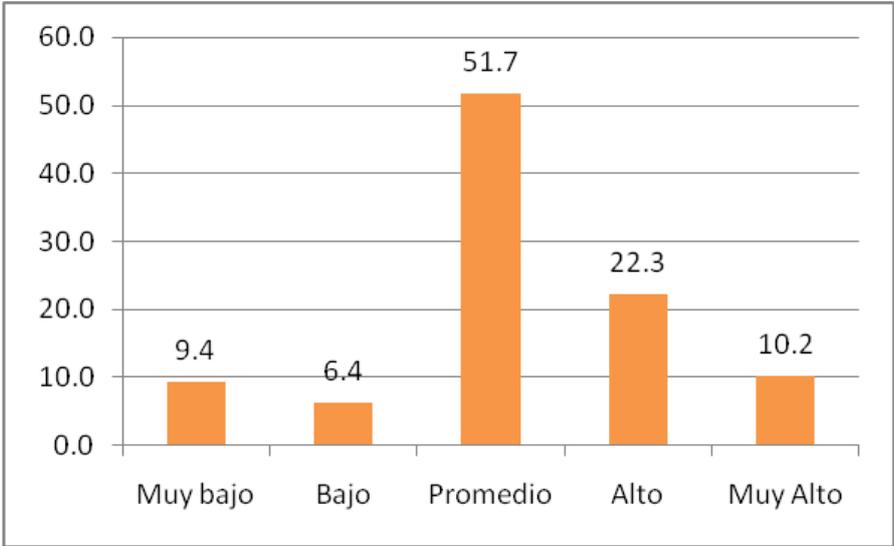


Figura 4. Porcentajes del factor Espiritualidad y propósito

En el factor 4 Control se observa que el 53.6% de la población tiene un nivel de resiliencia promedio, seguido de un 20.4% con nivel de resiliencia muy alto; siendo la media de 3.63.

Tabla 26

Factor 4: Control

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	41	15.5
Promedio	142	53.6
Alto	28	10.6
Muy Alto	54	20.4
Total	265	100.0
Media: 3.63		

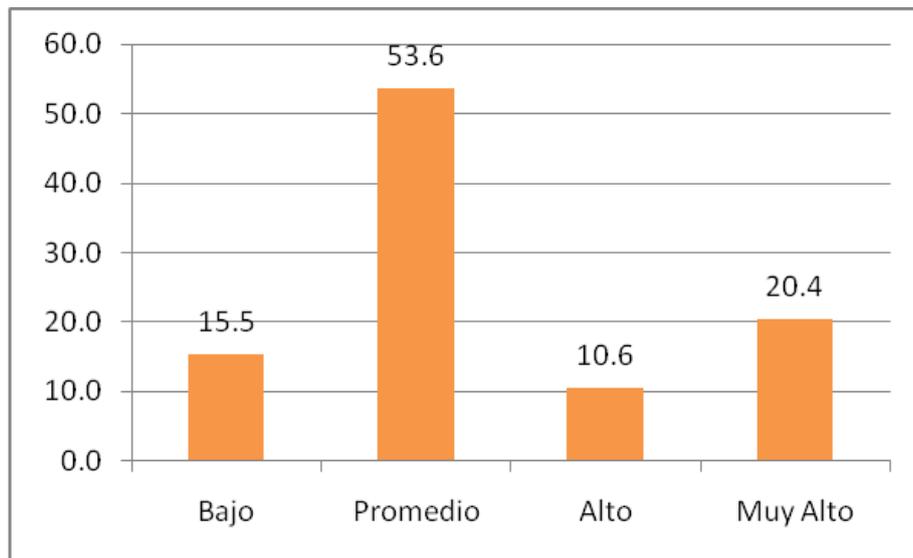


Figura 5. Porcentajes del factor Control

En la resiliencia total se aprecia que el 53.6% de la población tiene un nivel de resiliencia promedio, seguido de un 13.2% con nivel de resiliencia bajo; siendo la media de 68.30.

Tabla 27

Resiliencia total

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	25	9.4
Bajo	35	13.2
Promedio	142	53.6
Alto	29	10.9
Muy Alto	34	12.8
Total	265	100.0
Media: 68.30		

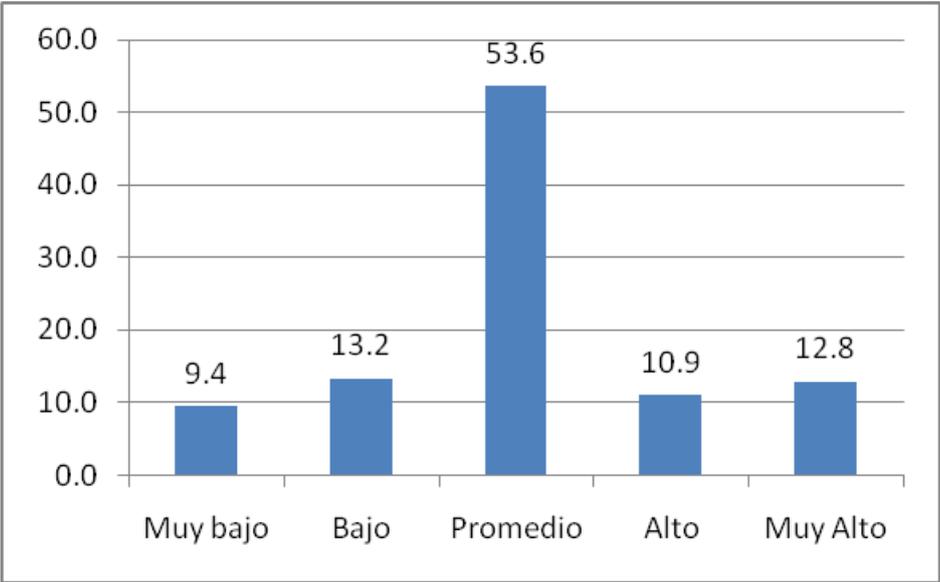


Figura 6. Porcentajes del total de resiliencia

Variables socio demográficas

En la siguiente tabla, se aprecia que el 74% de la muestra corresponde al sexo femenino, seguido de un 26% del sexo masculino, indicando que la mayoría de pacientes diabéticos eran mujeres.

Tabla 28

Distribución de la muestra según la variable sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	196	74.0
Masculino	69	26.0
Total	265	100.0

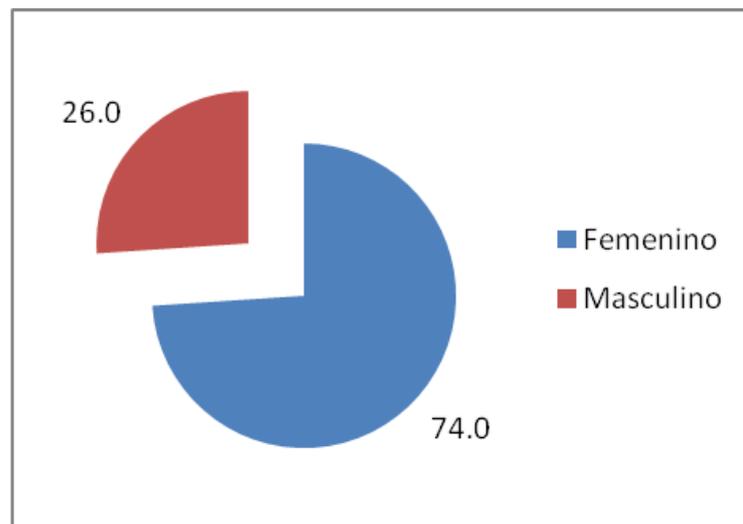


Figura 7. Distribución de la muestra según la variable sexo

En la tabla se observa que el 75.1% de la muestra corresponde al grupo etario de adultez media (40 a 65 años), seguido del 24.9% de adultez tardía (66 años a más).

Tabla 29

Distribución de la muestra según la variable edad

	Frecuencia	Porcentaje
40 a 65 años	199	75.1
66 años a más	66	24.9
Total	265	100.0

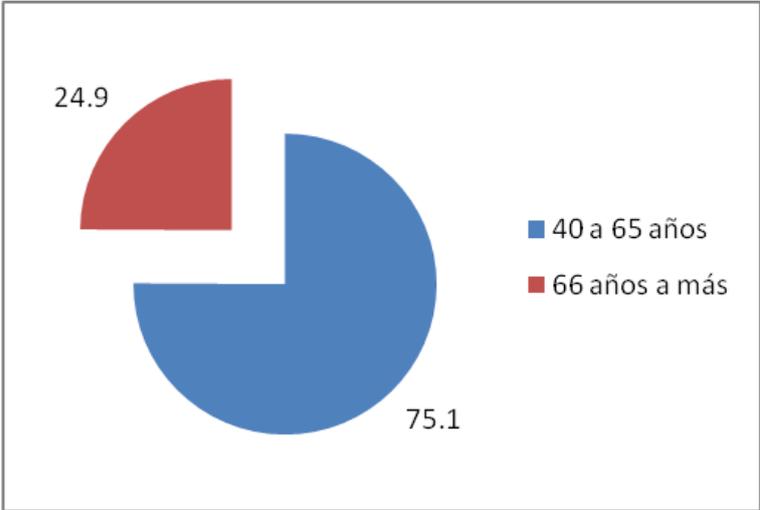


Figura 8. Distribución de la muestra según la variable edad

En la tabla se muestra que el 44.5% de la muestra pertenece a los pacientes diabéticos que tienen de 1 a 5 años con el diagnóstico de la enfermedad, seguido del 26.8% de pacientes que tienen 6 a 10 años.

Tabla 30

Distribución de la muestra según la variable tiempo de enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	118	44.5
6 a 10 años	71	26.8
11 a 15 años	22	8.3
16 años a más	54	20.4
Total	265	100.0

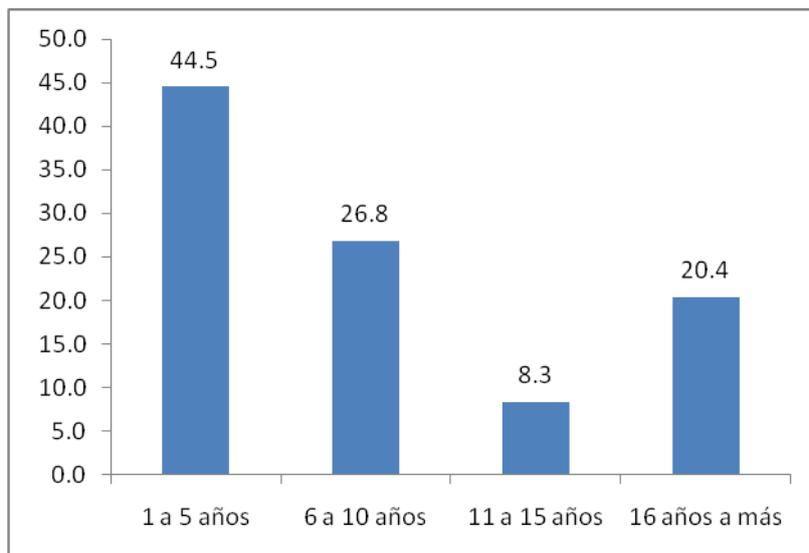


Figura 9. Distribución de la muestra según la variable tiempo de enfermedad

Anexo 3: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital del distrito del Cercado de Lima, 2016

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Yessica Vanessa Valenzuela Arroyo

El consentimiento informado permite que usted conozca el motivo por el cual se le pide su colaboración para el presente estudio. Por esta razón se le invita a participar de manera voluntaria respondiendo una prueba para evaluar resiliencia la cual le tomará unos pocos minutos de su tiempo.

- **¿Cuál es el propósito del estudio?**
El objetivo de la investigación es adaptar la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, a fin de que pueda ser usada para evaluar pacientes y desarrollar talleres destinados a mejorar esta capacidad. La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para prosperar en medio de la adversidad.
- **¿Qué sucede si participo en el estudio? ¿Cuánto tiempo estaré en el estudio?**
Su participación consiste en brindar algunos datos de filiación y responder a un cuestionario que consta de 25 preguntas que son para marcar; esto le tomará unos 15 minutos aproximadamente. Luego dicha información será procesada tomando en cuenta las respuestas que Ud. indique.
- **¿Cuáles son los beneficios por participar en este estudio?**
Ud. podrá conocer o reflexionar sobre cuáles son sus fortalezas personales con que cuenta para afrontar la enfermedad y le permitirá darse cuenta en qué puede corregirse para continuar mejorando.
- **¿Cuáles son las posibles molestias o riesgos por participar en el estudio?**
Este cuestionario no contiene preguntas que puedan ser intimidantes, pero si usted se siente incómodo con alguna de ellas está en la libertad de no responder.
- **¿Cómo protegeremos su información?**
La información brindada por Ud. se mantendrá en absoluta reserva, su identidad será protegida y solo se trabajarán con datos generales como edad, sexo y tiempo de enfermedad, por ello que en la hoja de la prueba no se le pregunta su nombre.
- **¿Qué hacer si tiene preguntas sobre el estudio?**
Si Ud. tiene consultas adicionales sobre este estudio, puede obtener mayor información con las siguientes personas:

Datos del contacto del investigador principal:

Yessica Valenzuela Arroyo, celular: 99261-3159, e-mail: yeriva@hotmail.com (para preguntas en cuanto al estudio).

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dr. Jorge A. FARINSUECA GUTIERREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Datos del contacto del Comité de Ética

(para preguntas sobre sus derechos como voluntarios, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados)

Presidente del Comité de Ética del HNDM: Dr. Jorge Alejandro Yarinsueca Gutierrez. Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana S/N, altura de la cuadra 13 de Av. Grau, Cercado – Lima; Teléfono: 3280028 anexo 8234; correo electrónico: comite.etica.hndm@gmail.com

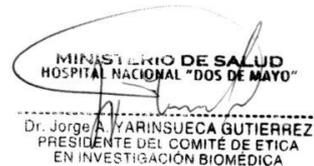
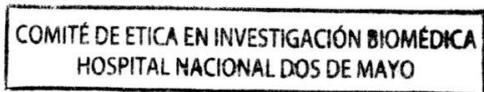
Declaración del Consentimiento

El participante tuvo tiempo y oportunidad de aclarar sus dudas respondiendo a sus preguntas de manera satisfactoria, no siendo obligado ni influido indebidamente a participar en el estudio, haciéndolo de manera voluntaria.

-----	-----	-----
Nombre y apellido del participante	lugar y fecha	FIRMA
-----	-----	-----
Nombre y apellido de persona a	lugar y fecha	FIRMA
Cargo del proceso de consentimiento		

“Certifico que he recibido una copia del Consentimiento Informado”

FIRMA DEL PARTICIPANTE



Anexo 4: Cartas de autorización de la Institución



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU

EVALUACIÓN N° 065- 2016 -CEIB-AI-OACDI-HNDM

"ADAPTACION DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON EN PACIENTES DIABETICOS EN UN HOSPITAL DEL DISTRITO DEL CERCADO DE LIMA, 2016"

Investigador Principal: **YESSICA VALENZUELA ARROYO**

El Comité de Ética en Investigación concluye que:

- 1 El protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos
- 2 El investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación
- 3 El consentimiento informado brinda la información necesaria en forma adecuada

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El investigador alcanzará al comité un informe al término del estudio

El presente documento tiene vigencia por un año. Si aplica, el protocolo y reporte parcial deberán ser enviados al comité para reevaluación, aproximadamente cuatro semanas antes de expirar la fecha de la presente aprobación

Atentamente,

Lima, 15 de diciembre 2016

COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dr. Jorge A. YARINSUECA GUTIERREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

JAYG*PCEIB*HNDM
C.c. Archivo

www.minsa.gob.pe/h2demayo
hdosdemayo@minsa.gob.pe
hdosdemayo@hotmail.com

Parque Historia de la
Medicina Peruana s/n
Cercado de Lima
Tlf. 328-00-28, 328-00-35
RUC: 20160388570



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Dos de mayo"

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL
MAR DE GRAU"

CARTA N° 0 912 - 2016 -OACDI-HNDM

Lima, 28 de diciembre 2016

Estudiante:

YESSICA VALENZUELA ARROYO

Investigador Principal

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REF. : REGISTRO 021812

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que con Memorándums N°s.898-2016-DME-HNDM, el departamento de Medicina Especializada, informa que no existe ningún inconveniente, para poder desarrollar el trabajo de investigación titulado: "ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON EN PACIENTES DIABETICOS EN UN HOSPITAL DEL DISTRITO DEL CERCADO DE LIMA, 2016"

En tal sentido esta oficina autoriza la realización del trabajo de investigación, para el cual se debe cumplir con el compromiso (hoja adjunta), que deberá firmar en la oficina del Área de Investigación de este hospital.

Debiendo mantener informado sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia del proyecto al concluirse.

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dr. JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO
C.M.P. 21974 R.N.E. 19950
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación

Anexo 5: Matriz de consistencia

TÍTULO: Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital del distrito del Cercado de Lima, 2017				
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES		
¿Es la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson válida y confiable en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima?	General Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima, 2017.	Variable : Resiliencia		
	Específicos Determinar la validez de contenido de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson. Establecer el nivel de homogeneidad de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson a través de la correlación ítem-test. Establecer la validez de constructo de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima. Determinar la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos de un hospital del Cercado de Lima.	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
		La resiliencia encarna las cualidades personales que permiten que uno pueda prosperar en medio de la adversidad (Connor y Davidson, 2003, p.76).	Puntaje obtenido a través de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC).	Adaptabilidad - redes de apoyo-persistencia Tenacidad-autoeficacia Espiritualidad y propósito Control

TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICOS
<p>Tipo</p> <p>Es de instrumental o psicométrico ya que buscó desarrollar o adaptar pruebas psicológicas (Montero y León, 2002).</p> <p>Diseño</p> <p>La presente investigación tuvo un diseño de tipo no experimental transversal porque observó las variables en su ambiente natural, no manipulándolas en un laboratorio, para después analizarlas en un momento determinado y único (Hernández et al., 2014, p. 152).</p>	<p>Población</p> <p>La población estuvo conformada por 700 pacientes diabéticos del Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Tamaño de muestra</p> <p>El tamaño de la muestra final ha sido de 265 pacientes diabéticos del Hospital Nacional Dos de Mayo.</p> <p>Tipo de muestreo</p> <p>No probabilístico de tipo intencional.</p>	<p>VARIABLE. Resiliencia</p> <p>Nombre: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson</p> <p>Autores: Connor, Kathryn y Davidson, Jonathan.</p> <p>Objetivo: Medir el nivel de resiliencia</p> <p>Áreas:</p> <p>Adaptabilidad -redes de apoyo- persistencia</p> <p>Tenacidad-autoeficacia</p> <p>Espiritualidad y propósito</p> <p>Control</p> <p>Aspectos psicométricos:</p> <p>Alfa de Cronbach fue de 0.89 para la escala total, con la muestra de 577 personas con población en general, y la correlación ítem-test fue de 0.30 a 0.70. En validez de constructo se obtuvo cinco factores.</p> <p>Estudio realizado:</p> <p>Se halló V de Aiken entre 0.9 y 1, prueba binomial $p < 0.001$. Índices de homogeneidad entre 0,272 a 0.741. Validez de constructo de cuatro factores. Confiabilidad $\alpha = 0.907$ y por método de dos mitades de Guttman fue de 0.875, diferencias significativas a nivel variable sexo, baremos totales y según sexo.</p>	<p>DESCRIPTIVA</p> <p>Media</p> <p>Mediana</p> <p>Moda</p> <p>Asimetría</p> <p>Curtosis</p> <p>Percentiles</p> <p>INFERENCIAL:</p> <p>R de Spearman</p> <p>U de Mann-Whitney</p> <p>Kruskal Wallis</p> <p>Kolmogorov-Smirnov</p> <p>Análisis factorial</p> <p>Alfa de Cronbach</p> <p>Dos mitades de Guttman</p> <p>PRUEBA:</p> <p>Se utilizó el software SPSS 20.</p>

Anexo 6: Validación por Jueces Expertos

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

1

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: OSWALDO ABRDADOR PAIDCUS BRIA

Formación académica: PSICÓLOGO

Áreas de experiencia profesional: CLÍNICO

Tiempo: 20 AÑOS

Cargo actual: DOCENTE

Institución: UCV


Firma del Juez

C.Ps.P.: 5596

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

2

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: María Elena Salazar Yamada

Formación académica: Psicóloga

Áreas de experiencia profesional: Clinica - Organizacional

Tiempo: 28c

Cargo actual: Jefe del Servicio de Psicología - Hospital "Alberto Sabogal"

Institución: ESSALUD



Firma del Juez

0736

C.Ps.P.:

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

3

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: Norao Antonio Estillo Peña
Formación académica: Asesor en Psicología Clínica
Áreas de experiencia profesional: Psicología Clínica
Tiempo: 5 Años
Cargo actual: Coordinador Técnico de Asesoramiento
Institución: Universidad César Vallejo


Firma del Juez
C.Ps.P.: 12156

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: Dra Silvia Rojas Regalado

Formación académica: Dra en psicología

Áreas de experiencia profesional: psicología forense

Tiempo: 29 años

Cargo actual: Perito psicóloga forense.

Institución: Dirección Ejecutiva de Criminalística


Firma del Juez

C.Ps.P.: 192734

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: CARLOS VENTURA DAVID

Formación académica: ESPECIALISTA TERAPIA C-C.

Áreas de experiencia profesional: CLÍNICA

Tiempo: 16 AÑOS

Cargo actual: DOCENTE

Institución: UCU


CARLOS VENTURA DAVID D
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 5563

Firma del Juez

C.Ps.P.:

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

6

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: Santiago Valero Alamo

Formación académica: Maestría en Psicología

Áreas de experiencia profesional: Empleos y Recursos

Tiempo: 36 años

Cargo actual: Jefe del Centro de Prevención y Control de Empleos y Recursos PNP

Institución: Policia Nacional del Perú


Firma del Juez

C.Ps.P.:0947.....

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

7

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: Jessica Sullcahuaman A.

Formación académica: Psicóloga Clínica

Áreas de experiencia profesional: Clínica - Docencia

Tiempo: 9 años

Cargo actual: Psicoterapeuta - Docente

Institución: VIDA NOEVA - UCV

Firma del Juez

C.Ps.P.: 14417

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

8

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: Juana Elisa Dioses Rizzi

Formación académica: Maestría en Psicopedagogía - Diplomado en Atención Primaria.

Áreas de experiencia profesional: Clínica - Educativa.

Tiempo: 22 años.

Cargo actual: Psicóloga

Institución: Marina de Guerra del Perú


Firma del Juez Juana Elisa Dioses Rizzi
PSICOLOGA
C.Ps.P. 5098
C.Ps.P.: 6006

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

9

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: ALFREDO JESÚS BARRIENTOS CARBAJO.

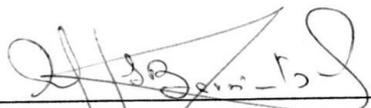
Formación académica: Psicólogo con Maestría

Áreas de experiencia profesional: clínico.

Tiempo: 30 años

Cargo actual: Psicólogo

Institución: 0 Salud - SAN LUIS.



Firma del Juez

C.Ps.P.: 3147.

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

10

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento Escala de Resiliencia de Connor-Davidson que forma parte de la investigación Adaptación de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital de Cercado de Lima, 2016.

Como es de su conocimiento la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos de éste sean utilizados eficientemente, aportando, tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por eso le agradecemos su valiosa colaboración.

DATOS DEL JUEZ

Nombre y apellidos del juez: Luis Alberto Guzmán Robles

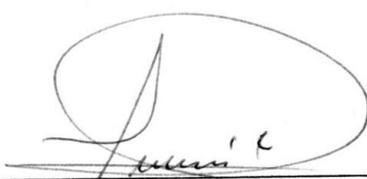
Formación académica: MgTER

Áreas de experiencia profesional: Psicología Clínica - Educación

Tiempo: 12 AÑOS ORGANIZACIONAL

Cargo actual: DOCENTE TIEMPO COMPLETO UCV

Institución: UCV



Firma del Juez

C.Ps.P.: 124979