

<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.4.2.2018.186.214-232>

VERSIÓN ACTUALIZADA DE LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Guadalupe Lizbeth Pedraza-Banderas, Cynthia Zaira Vega Valero y Carlos Nava Quiroz
UNAM
México

RESUMEN

La “adherencia terapéutica” es un término que tiene diferentes significados, lo cual influye en su estudio y medición; en el ámbito de la Psicología se concibe como comportamiento; sin embargo, hasta hoy se enfrentan problemas conceptuales relativos a la medición de dicha variable. Aunque hay diversos instrumentos psicométricos para evaluar la adherencia terapéutica, la mayoría no cumplen los lineamientos internacionales, siendo las principales fallas la confiabilidad y la estructura factorial. El objetivo de este estudio es presentar un instrumento psicométrico diseñado para medir la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, el cual se compone de 30 reactivos que dan lugar a tres factores: 1) atención médica; 2) cambios en el estilo de vida, y 3) barreras ante la medicación; en conjunto éstos explican 44% de la varianza, con una alta confiabilidad ($\alpha = 0.890$). Es necesario hacer estudios utilizando dicha herramienta para corroborar o debatir los resultados obtenidos en el presente estudio.

Palabras Clave:

adherencia terapéutica y enfermedades crónicas.

UPDATED VERSION OF THERAPEUTIC ADHERENCE ESCALATION

ABSTRACT

The therapeutic adherence is a term that has different meanings, which influences its study and approach, in the field of Psychology, it is conceived as behavior, however, to date there are conceptual and relative problems to the measurement of said variable. Although there are several psychometric instruments to assess therapeutic adherence, most of these do not meet international guidelines, the being main faults reliability and factorial structure. The aim of this study is to present a psychometric instrument designed to measure therapeutic adherence in patients with chronic diseases, in which 30 items that give rise to three factors: 1) medical attention; 2) changes in lifestyle, and 3) barriers to medication, which, they explain 44% of the variance, with high reliability ($\alpha = 0.890$). It is necessary to carry out studies using this tool to corroborate or contradict the results obtained in the present study.

Keywords:

Therapeutic adherence and chronic diseases.

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 5 de Septiembre de 2018 | Aceptado: Noviembre de 2018 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2018 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

VERSIÓN ACTUALIZADA DE LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Guadalupe Lizbeth Pedraza-Banderas, Cynthia Zaira Vega Valero y Carlos Nava Quiroz
UNAM
México



Guadalupe Lizbeth Pedraza Banderas
Doctorado Psicología y Salud, UNAM
Correo: psicoliz_unam@yahoo.com.mx

Psicóloga egresada de la FES Iztacala; actualmente es candidato a Doctor en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM, en el área de Psicología y Salud. La línea de investigación que la ha ocupado involucra al estrés, el afrontamiento, las emociones, la adherencia terapéutica y las enfermedades crónicas.

[Ver más...](#)



Cynthia Zaira Vega Valero
Profesor titular psicología, UNAM
Correo: vegavalero@hotmail.com

Profesora titular de la carrera de Psicología, Coordinadora de la maestría en Gestión Organizacional del posgrado de Psicología de la UNAM. En años recientes ha desarrollado investigaciones acerca de Psicología y Salud y Gestión Organizacional.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Lizbeth Pedraza participó en todo el proceso de elaboración. | Zaira Vega aprobó el material, supervisó todo el proceso de construcción y apoyó en el tratamiento estadístico de los datos. | Carlos Nava Asesoró y coordinó el tratamiento estadístico de los datos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM el apoyo brindado ante la presente investigación.

DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Universidad Nacional Autónoma de México.



Copyright: © 2018 Pedraza-Banderas, G.L., Vega-Valero, C.Z. & Nava-Quiroz, C.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a sus autoras.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	24
MÉTODO	25
Participantes, 25	
Materiales, 25	
Procedimiento, 25	
Mediciones, 27	
Análisis estadísticos, 27	
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS	28

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica es un término que tiene diferentes significados, lo cual influye en su estudio y medición. Para la Organización Mundial de la Salud “es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dimensiones o factores [...] los cuales son: socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento y el paciente” (OMS, 2004, p. 27);, para los médicos representa una variable clave ante el manejo y control de las enfermedades, mientras que para los psicólogos debe implicar comportamiento.

Si bien en el ámbito de la Psicología se concibe a la adherencia como comportamiento, hasta hoy se enfrentan problemas conceptuales y relativos a la medición de dicha variable. En primer lugar, se carece de una definición avalada por toda la comunidad científica (Ortiz & Ortiz, 2007) y se usan de manera indiscriminada diferentes términos, los cuales algunos autores consideran *equivalentes*, a pesar de que se han argumentado las diferencias entre ellos (OMS, 2004; Piña-López & Sánchez-Sosa, 2007).

Respecto a la medición se identificaron diversas propuestas acerca de cómo debe medirse la adherencia, así como un cúmulo de instrumentos psicométricos para su evaluación. Si bien las propuestas referentes a medición coinciden en que en la Psicología se deben considerar los componentes subjetivos (Martín & Grau, 2004) y las conductas pilares de los tratamientos médicos (Soria, Vega & Nava, 2009) —las cuales involucran, entre otras, el seguimiento de dieta, la correcta medicación y la realización de actividad física, además de cuidar que los comportamientos a evaluar conlleven una “implicación activa del paciente en el control de su enfermedad” (Varela, Salazar & Correa, 2008, p. 104); la mayoría de los instrumentos creados para evaluar esta variable, presentan problemas psicométricos importantes.

En este último sentido, diversos instrumentos psicométricos publicados no tienen los lineamientos necesarios para ser utilizados, siendo afectadas sobre todo la fiabilidad y estructura factorial de éstos. Por ejemplo, en cuanto a fiabilidad, Nunnally y Bernstein (1995) consideran que en una prueba que se usa en el contexto de una investigación el valor alfa requerido debe ser mayor o igual a 0.7, y en casos de diagnóstico se espera que supere 0.8; no obstante, diversos estudios no cubren estos lineamientos (cf. Galindo, Rivera, Lerma & Jiménez,

2016; Mejía, Piña, Méndez & Laborín, 2013; Salinas, Espinosa & González, 2014); mientras que en el tenor de la estructura factorial, Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) mencionan que un factor debe ser integrado por mínimo cuando menos tres ítems, y que el estudio debe contar tener con por loal menos 200 casos; existen hay publicaciones que no cubren tales dichas características (cf. Rivera & Riveros, 2017; Salinas *et al.*, 2014), viéndose afectada la estabilidad de las pruebas psicométricas y la replicación de factores.

Dado que las pruebas psicológicas representan una de las principales herramientas de trabajo del psicólogo, tanto en la investigación como en la práctica profesional (Carretero-Dios & Pérez, 2007), es obligatorio cerciorarse que “éstas se basan en datos sólidos que garanticen la confiabilidad, validez y normas de aplicación” (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007, p.51), así mismo es importante elaborarlas con responsabilidad, basándose en un procedimiento respaldado con evidencias, procurando siempre cubrir los lineamientos establecidos. De cualquier manera, es necesario atender algunas directrices para tomar decisiones respecto a la creación y aplicación de pruebas psicológicas.

En la literatura se encuentran varias aportaciones enfocadas en propuestas metodológicas para la construcción de escalas de medición (cf. Carretero-Dios & Pérez, 2005, 2007; De Vellis, 2003, 2012; Hinkin, Tracey & Enz, 1997; Zapata & Canet, 2008), así como criterios clásicos y actuales de técnicas de análisis (cf. Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014); estos documentos son guías para desarrollar construcciones, selecciones, adaptaciones, validaciones y revisiones de pruebas psicológicas. Aunado a lo anterior, en la literatura revisada se acepta que los instrumentos de medida son susceptibles de ser mejorados; en los argumentos válidos se encuentran el paso del tiempo y el estado de conocimiento del tema (Wilson, Carter & Berg, 2009).

El constante avance en el estado del conocimiento de cualquier tema de interés produce el establecimiento de nuevos aspectos y/o variables que resultan importantes para su estudio; por ejemplo, respecto a la adherencia recientemente se identificó que el consumo de más de 13 medicamentos bucales, presentar obesidad y usar insulina intermedia aumentan más de tres veces la posibilidad de no adherirse al tratamiento (Toledano, Ávila, García & Gómez, 2008); en este mismo sentido, Martínez, González, Nicolau y Suárez (2010) afirman que la presencia de enfermedades bucales representan un indicador importante de fallas en la adherencia en pacientes diabéticos.

En este sentido, diversas pruebas psicométricas diseñadas para medir la adherencia no informan acerca

de la cantidad y tipo de medicamentos, lo cual hoy se puede considerar como una limitación; tal es el caso del instrumento de variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24), tanto en su versión original —la cual fue diseñada para ser usada en pacientes seropositivos— (Piña, Corrales, Mungaray & Valencia, 2006) como en su adaptación al cáncer de mama (Urzúa, Marmolejo & Barr, 2012), y de la escala de adherencia terapéutica (Soria *et al.*, 2009), la cual fue diseñada para pacientes con enfermedades crónicas en general.

Dado que las enfermedades crónicas representan un problema de salud a nivel mundial debido a su prevalencia, la alta presencia de factores de riesgo en población aún sana, los elevados índices de morbilidad y mortalidad, así como el alto costo para su atención a nivel familiar, nacional e internacional (OMS, 2012), en este estudio se tuvo interés particular en la escala de adherencia terapéutica.

La versión original de la EAT fue creada y presentada por Soria *et al.* (2009), consta de 21 reactivos, de los cuales siete refieren a la ingesta de medicamentos y alimentos, siete consideran algunas conductas de seguimiento médico durante tiempo prolongado, y otros siete a “la medida en que el individuo cree que lo que hace beneficia su salud” (Soria *et al.*, 2009, p.93).

Entre las cualidades de dicho instrumento están el tener adecuadas propiedades psicométricas, y que estas se replican en otras muestras (Olvera, 2012; Soria *et al.*, 2009; Tobar, 2016); no está dirigida a una enfermedad en particular, lo cual permite su aplicación en muestras de pacientes con patologías crónicas diversas (Pérez-Villanueva, 2013); abordar la interacción médico-paciente (Pérez-Villanueva, 2013), lo cual repercute de manera tanto positiva como negativas en el estado de salud; la existencia de un buen nivel de concordancia entre los reactivos y su agrupación factorial (Quiroz, 2012, 2014); identificar aspectos del tratamiento que presentan menor adherencia, así como los rasgos comunes de pacientes adherentes y no adherentes (Soria *et al.*, 2009), además de tener una definición aceptada por diversos profesionales (Carrillo, Marín & Ortiz, 2014; Castillo, 2016; Rodríguez & Rentería, 2016).

Sin embargo, dicha escala no contempla algunas de las variables que han mostrado ser relevantes en el abordaje de la adherencia terapéutica, como es el caso de la valoración del paciente respecto a la consulta médica (Alvarado-Aguilar *et al.*, 2011; Rodríguez & Rentería, 2016; Ventura, Martín, Morillo, Tébenes, & Casado, 2014), las preocupaciones del paciente relacionadas con su padecimiento (Rodríguez & Rentería, 2016), las modificaciones efectuadas al tratamiento (Lumillo-Gutiérrez &

Urpí-Fernández, 2013; Rodríguez & Rentería, 2016; Verdú, González, Grau & Alonso, 2014) y las conductas de autocuidado (Contreras, Espinosa & Esguerra, 2008; Del Monaco, 2013; Rodríguez & Rentería, 2016).

Por tal motivo se consideró necesario hacer una versión actualizada de dicho instrumento, en la cual se contemplen variables adicionales, esto con la finalidad de conservar un instrumento que permita, a distintos profesionales implicados en la salud, la evaluación de los aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos, atendiendo a los lineamientos internacionales de construcción de pruebas. Por tanto, el propósito de este estudio fue presentar la versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica (VAEAT) y sus propiedades psicométricas.

MÉTODO

Participantes

Para la realización de este estudio, de corte transversal, se utilizó una muestra intencional, conformada por 200 participantes, los cuales padecen alguna enfermedad crónica cuyo diagnóstico y tratamiento médico tuvo lugar por lo menos seis meses antes del estudio. Todos se encontraban en condiciones físicas y psicológicas para responder; además, aceptaron participar en el estudio sin recompensa alguna.

Entre los participantes, 64% son mujeres y 36% hombres, con edades comprendidas entre 23 y 89 años ($M = 56$; $s = 13.54$); en cuanto a la institución de atención médica, 52% acude a instituciones públicas, 20% a particulares, y 28% se atiende en ambos tipos de instituciones.

Materiales

El instrumento que se actualiza es la escala de adherencia terapéutica (EAT; Soria, Vega & Nava, 2009). Como se mencionó, la escala comprende 21 reactivos, formando tres factores: control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia, los cuales permiten detectar el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Se responde con una escala de 0 a 100; se debe registrar el porcentaje que se considera indica la efectividad de su conducta.

Procedimiento

La actualización de la VAEAT se hizo considerando las pautas presentadas por Carretero-Dios y Pérez (2007), que son aplicables sólo a los autoinformes que contengan una escala de respuesta tipo Likert, cuya finalidad sea evaluar un constructo relacionado con la Psicología Clínica y/o

de la Salud, así como los pasos propuestos por DeVellis (2003) para el desarrollo de escalas.

Según los lineamientos citados, el primer paso es la creación de la definición conceptual; en el ámbito psicológico, en el presente estudio se propone entender a la adherencia terapéutica como un conjunto de conductas dirigidas a mejorar o mantener el actual estado de salud de una persona que tiene diagnosticada una enfermedad física, las cuales deben involucrar en alguna medida a la persona enferma e incluir las indicaciones recibidas por parte de profesionales de la salud.

Se verificó que la propuesta conceptual planteada cumpliera con las recomendaciones de la OMS (2004), que establecen no usar términos similares o equivalentes, involucrar de manera activa al paciente, atender indicaciones brindadas por personal sanitario y precisar el momento en que tiene lugar la adherencia, el cual es después de un diagnóstico médico.

Luego se elaboró una serie de reactivos, considerando una escala de respuestas tipo Likert, porque el interés estuvo enfocado en conocer la frecuencia de ocurrencia de dichos comportamientos. Los reactivos expresan situaciones particulares que tienen lugar en el contexto de la atención médica ante un padecimiento de tipo crónico; se evitó que presentaran redundancia, se cuidó medir una sola situación, así como la extensión de los mismos; los casos que exceden las 15 palabras es porque contienen elementos que apoyen a la comprensión; además, con el objetivo de identificar sesgos en las respuestas, se incluyeron como elementos de validación algunos reactivos en sentido negativo. Una vez definido el banco de reactivos por los investigadores, éste fue presentado a un grupo de expertos. Se atendieron las sugerencias propuestas y en conjunto se determinó una versión de prueba (prueba piloto) compuesta por 40 elementos, de los cuales 10 son negativos.

La prueba piloto fue aplicada a un grupo de 40 participantes, los cuales tienen los atributos que se quieren medir en la población objetivo (Babbie, 2000). Los criterios de inclusión fueron contar con diagnóstico y tratamiento médico desde por lo menos seis meses antes del estudio, no presentar ninguna limitante física o mental que interfiera con las respuestas y aceptar, sin recompensa alguna, participar de manera voluntaria en el estudio.

Para el análisis de las respuestas se creó una base de datos en el programa SPSS versión 24. Primero se calculó la fiabilidad de los reactivos con el coeficiente alfa de Cronbach y se identificó que los reactivos presentaran respuestas en todas las opciones. Dado que el resultado fue satisfactorio ($\alpha = 0.84$), se decidió aplicar el instrumento en una muestra más numerosa.

La aplicación del instrumento se hizo considerando las pautas éticas expuestas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). Los participantes fueron invitados al estudio explicándoles los objetivos de investigación, ofreciéndoles la oportunidad de declinar en el momento que así lo quisieran, externando que no habría consecuencia de ninguna clase, y que de aceptar se les solicitaba responder honestamente toda la escala. También se les notificó que la información que proporcionaran sería usada sólo con fines de investigación, cuidando siempre el anonimato de su identidad. Las pruebas fueron aplicadas por la investigadora principal, de manera individual, en las salas de espera de diferentes instituciones de salud.

Una vez obtenidos los datos, éstos fueron registrados en una base de datos y se procedió al análisis estadístico de los mismos. Siguiendo las pautas de DeVellis (2003), primero se hicieron los análisis de correlación, seguidos de los análisis de varianza y los de fiabilidad.

El siguiente paso fue el análisis de la estructura interna, que “generalmente es una parte del proceso de desarrollo de toda escala” (DeVellis, 2012, p.108), si bien por lo común, se ha utilizado el análisis factorial exploratorio por componentes principales para dicho fin, esta ocasión se decidió aplicarlo pero con el método de extracción de máxima verosimilitud (MV); esto porque no se pretendía “reducir el número de variables” (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010, p.26) y los reactivos tenían un número suficiente de categorías de respuesta “5 o más” (Lloret-Segura *et al.*, 2014, p. 1158).

La selección de factores se determinó con el gráfico de sedimentación, que es el segundo criterio más utilizado en el marco del análisis factorial (Cattell, 1966); esta decisión tuvo como base las recomendaciones expuestas por Lorenzo-Seva, Timmerman y Kiers (2011), que consideran los criterios objetivos ante la interpretación de la solución encontrada; por ejemplo, los supuestos de partida, los cuales eran tres factores a extraer.

En cuanto a la rotación, en la literatura revisada se sugiere que “la selección del mejor criterio de rotación debe hacerla el investigador” (Sass & Schmitt, 2010, p. 99) no obstante, después de una revisión de estudios, Lloret-Segura *et al.* (2014) recomiendan el uso de la rotación oblicua, porque ésta funciona sin importar el modelo teórico del que se parte; esto es, sin importar si los factores son independientes o relacionados.

Por último se atendió la evaluación del grado de adecuación de la matriz por medio del cálculo de la medida Kaiser-Mayer-Olkin (KMO); este cálculo permite detectar si la matriz es adecuada para ser factorizada; de ser así, “ofrecerá resultados estables, replicables en otras muestras, independientemente del tamaño de la muestra o del

número de factores, o del número de ítems" (Lloret-Segara *et al.*, 2014, p.1159). Se considera que en el AFE un valor de varianza explicada menor a 0.50 es inadecuado, de 0.60 a 0.69 es mediocre, y de 0.80 en adelante es satisfactorio (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

Una vez identificados los tres factores y realizados los análisis necesarios se procedió a evaluar la fiabilidad tanto de la escala como de cada factor. Este dato constituye un criterio esencial en los instrumentos; diversos autores afirman que este valor se calcula hasta que se tiene un agrupamiento definitivo de ítems por componente y no en versiones previas o experimentales (Carretero-Dios & Pérez, 2007; De Vellis, 2003, 2012); en el caso del presente estudio, este dato fue calculado luego de establecer, con los análisis correspondientes, los factores que subyacen de la escala.

Se empleó el coeficiente alfa de Cronbach porque es el más recomendado para escalas tipo Likert (Cortina, 1993); los valores que se retomaron son los expuestos por Nunnally y Bernstein (1995), casi 0.70 resultarían adecuados si el objetivo de la escala es la investigación, mientras para diagnóstico o clasificación, el valor mínimo aconsejado debe situarse en torno a 0.80.

Mediciones

Adherencia terapéutica

Definición conceptual: conjunto de conductas dirigidas a mejorar o mantener el actual estado de salud de una persona diagnosticada con una enfermedad física, las cuales deben involucrar, en alguna medida, a la persona enferma e incluir las indicaciones recibidas por parte de profesionales de la salud.

Definición operacional: es el puntaje obtenido de la VAEAT. Se entiende que en la medida que el valor sea más alto, el paciente es más adherente.

Análisis estadísticos

Análisis de datos

Con base en las recomendaciones de DeVellis (2003) y Carretero-Dios y Pérez (2007), se calculó el nivel de correlación con el coeficiente de correlación de Pearson, dada la naturaleza de los datos; en seguida se obtuvo la estructura subyacente a los reactivos; ésta se determinó con un AFE por el método de extracción MV y rotación oblicua equamax, mientras que los índices de adecuación muestral se calcularon con el coeficiente KMO y la prueba de esfericidad de Barlett; por último se calculó la fiabilidad de la escala y de sus factores subyacentes con el coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

El primer análisis que se hizo fue el de correlaciones; los resultados obtenidos en este estudio muestran que sólo cuatro reactivos (R12, R26, R36 y R23) presentaron correlaciones con pocos elementos de la escala (máximo con seis reactivos), siendo significativas, pero bajas; por tanto, fueron eliminados. Asimismo se observa que los reactivos 1 y 2 presentan una correlación elevada, lo que indica, en este contexto, redundancia (tabla 1).

Tabla 1

Reactivos con problemas de correlación.

	R1	R12	R23	R26	R36
R2	.81**				
R10				.16*	
R13		.17*			
R14		.22**			
R15			.24**		
R23		.20**			
R24			.18**	**	
R25			.24**		
R28					.20**
R29			.15*		
R30					.16*
R33					.16*
R34					.16*
R35		.16*			
R38			.18**		

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Los 36 reactivos restantes fueron sometidos a un AFE; éste fue el segundo análisis efectuado. En este paso se identificó la estructura subyacente a la prueba y el grado de adecuación, con las siguientes características: visualización de gráfico de sedimentación, número de factores a extraer 3; éstos se determinaron por las propiedades teóricas de construcción, método de extracción MV y rotación equamax; además se solicitó suprimir coeficientes menores a 0.32, presentación ordenada por tamaños y el valor del coeficiente KMO.

El gráfico de sedimentación indica una solución de tres factores, como puede observarse en la figura 1. Lo anterior coincide con los supuestos teóricos; de este modo el instrumento presenta resultados significativos tanto en el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 1079.122$; $p < 0.000$) como respecto al grado de adecuación (KMO

= 0.866), explicándose 41.11% de varianza; no obstante, los reactivos 27 y 28 no saturaron en ningún factor; por tal motivo, éstos se eliminaron y se volvió a calcular un segundo AFE.

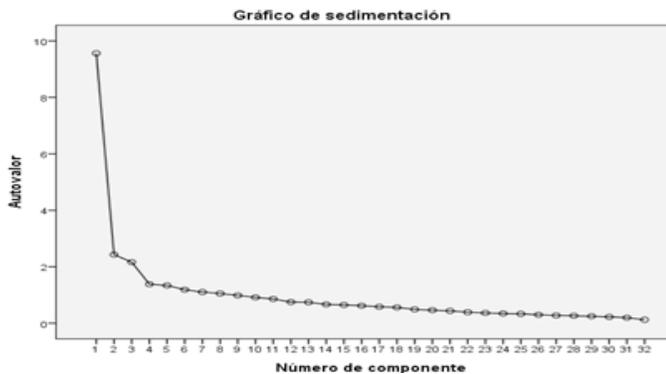


Figura 1
Gráfico de sedimentación correspondiente a la VAEAT.

El segundo AFE mostró valores más elevados en cuanto al grado de adecuación y la varianza explicada ($KMO = 0.871$, 42.95%); además se observó que el reactivo 30 presentó saturaciones muy parecidas en dos factores (0.329 y 0.354), por lo que fue eliminado y se calculó un tercer AFE.

El tercer AFE mostró, de nuevo, incrementos en los valores de ajuste y varianza explicada ($KMO = 0.872$, 43.47%); asimismo se observó que el reactivo 3 presentó saturaciones muy parecidas en dos factores (0.336 y 0.338), por lo que fue eliminado y se calculó un cuarto AFE.

El cuarto análisis mostró un valor $KMO = 0.869$, un porcentaje de varianza explicada de 43.82%, así como evidencia de que el reactivo 2 presenta saturaciones muy parecidas en todos los factores (0.336, 0.392 y 0.407), por lo que fue eliminado y se calculó un quinto AFE.

En esa ocasión el valor KMO obtenido fue de 0.874, el porcentaje de varianza explicada de 43.92% y evidencia de problemas con el reactivo 1; éste presentó saturaciones muy parecidas en todos los factores (0.328, 0.387 y 0.397), por lo que fue eliminado.

El sexto y último análisis mostró un valor $KMO = 0.876$, un porcentaje de varianza explicada de 44.06% y valores de saturación mayor a 0.32 en todos los reactivos; si bien los reactivos 6, 10 y 11 presentan saturaciones en dos factores, éstas se diferencian por más de 0.30; por tanto, el reactivo se define en el factor que mayor valor presenta; finalmente se calculó el valor de fiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos resultados indican que la escala es adecuada para ser usada con fines de investigación y diagnóstico (tabla 2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue presentar una versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica que superara las limitantes detectadas en la primera versión. Si bien, ambas versiones cuentan con propiedades psicométricas adecuadas, la versión que aquí se propone fue modificada atendiendo a diferentes propuestas respecto al estudio de la adherencia en el ámbito psicológico y siguiendo lineamientos internacionales de construcción de pruebas; así mismo, sus propiedades psicométricas fueron calculadas empleando análisis estadísticos adecuados y rigurosos.

En primer lugar, en este estudio se propone una definición de adherencia terapéutica, la cual contempla recomendaciones expresadas por diversos autores (Martín & Grau, 2004; Piña, 2013; Ribes-Iñesta, 2010; Soria *et al.*, 2009; Varela *et al.*, 2008), y se usan de modo adecuado el término “terapéutica”, porque se consideraron más de tres factores de la adherencia (OMS, 2004), lo cual es una aportación a nivel conceptual; en este mismo sentido, la presente escala contempla conductas de autocuidado y barreras ante la ingesta de medicamentos, que son variables muy referidas en la literatura (Rodríguez & Rentería, 2016).

A nivel metodológico, luego de construir una versión actualizada de la escala, siguiendo uno a uno los lineamientos internacionales presentados por Carretero-Dios y Pérez (2005, 2007), y las pautas expuestas por diversos metodólogos (Cattell, 1966; Cortina, 1993; DeVellis 2003, 2012; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura *et al.*, 2014; Lorenzo-Seva *et al.*, 2011), se recomienda que la eliminación, modificación o mantenimiento de un reactivo se haga de acuerdo con el criterio de saturación en el factor y no con el valor de comunalidad, porque de haber considerado los valores de comunalidad se hubiesen perdido elementos que son importantes y adecuados en la presente escala (Lloret-Segura *et al.*, 2014).

En este sentido, el presente estudio muestra evidencia de que al efectuar el análisis la correlación entre elementos como primer paso, luego de hacer la factorización considerando el criterio de gráfico de sedimentación, atender la agrupación de reactivos considerando los planteamientos teóricos, así como a otras sugerencias y criterios expuestos, se obtienen agrupaciones coherentes y confiables estadísticamente hablando, lo cual apoya las propuestas expresadas por diversos autores (De Vellis, 2003, 2012; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura *et al.*, 2014).

La agrupación final obtenida con los datos de esta muestra presenta congruencia teórica. El primer factor

Tabla 2
Matriz de configuración correspondiente a los reactivos de la VAEAT.

REACTIVOS	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	.774		
40. Estoy más seguro (a) de lo que tengo cuando me informan los resultados arrojados en los análisis clínicos.	.721		
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para mejorar.	.692		
22. Si el médico me explica detalladamente en qué consiste mi enfermedad y qué es lo que tengo que hacer para mejorar mi salud, entonces me adhiero al tratamiento.	.672		
21. Me apegó al tratamiento, aunque éste sea complicado.	.625		
6. Estoy pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	.545	.375	
31. Asisto a revisiones periódicas, aunque no me sienta mal.	.544		
39. Hago todo lo que está en mis manos para mantenerme controlado (a).	.542		
11. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro (a) de lo que tengo y me apegó más al tratamiento.	.541	.457	
29. Ingiero mis medicamentos respetando la dosis indicada por el médico.	.533		
9. Si el médico me inspira confianza, entonces sigo el tratamiento.	.508		
33. Notar mejoría en mi estado de salud, favorece que me adhiera al tratamiento.	.495		
10. Después de haber terminado un tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	.476	.330	
18. Como me lo recomienda el médico, acudo a realizarme análisis clínicos periódicamente, aunque no me sienta mal.	.461		
5. Asisto a mis consultas de manera puntual.	.421		
34. Cuando presento síntomas de deterioro, me adhiero más al tratamiento.	.345		
8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.		.849	
4. Respeto la dieta indicada, aunque ésta sea rigurosa.		.776	
7. Atiendo todas las recomendaciones del médico, en cuanto a los cambios en mi estilo de vida (por ejemplo, dejar de fumar, no consumir alcohol, sal, azúcar, picante, etc.).		.615	
37. Respeto la dieta indicada por el médico, sin importar el lugar donde me encuentre.		.556	
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio, lo hago.		.473	
35. Realizo las mediciones indicadas en casa, por ejemplo, tomas de presión arterial, el nivel de glucosa, etc.		.387	
13. Cuando tengo muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.			.678
15. Si en poco tiempo no percibo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.			.658
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque éste no esté concluido.			.605
25. Si el medicamento es costoso, ingiero cantidades menores a las indicadas por el médico.			.548
38. Realizo algún tipo de modificación al tratamiento, sin consultarlo con el médico.			.434
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.			.424
24. Suspendo el tratamiento, si éste me produce muchas molestias.			.411
32. Acudo al médico, únicamente cuando presento algún síntoma.			.342
Varianza explicada	27.46%	9.32%	7.27%
Valor alpha	α = .898	α = .783	α = .743

concentra 16 reactivos; todos refieren aspectos relacionados con la atención médica y el cumplimiento de recomendaciones efectuadas por el personal sanitario; el segundo factor se conforma por seis reactivos, que refieren cambios en el estilo de vida, y son uno de los pilares más importantes ante el control de un padecimiento de tipo crónico; por último, el tercer factor se conforma por ocho reactivos que expresan situaciones reportadas con frecuencia en la literatura como barreras o aspectos que interfieren ante la adherencia; de manera particular, ante la administración de medicamentos.

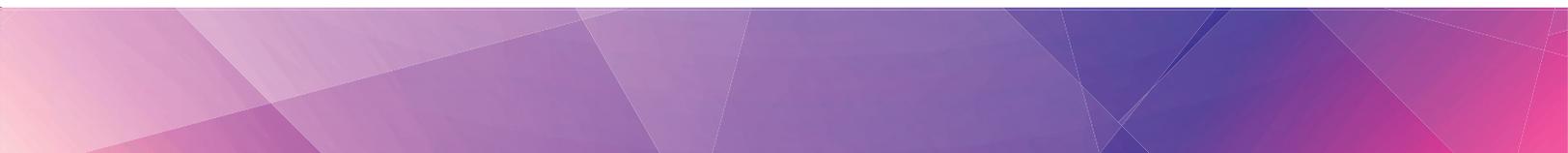
La creación y presentación de este instrumento atiende a la necesidad de tener pruebas que permitan identificar la frecuencia de ocurrencia de conductas pilares para el control de enfermedades crónicas (Martín & Grau, 2004). Dicho instrumento representa una herramienta de trabajo para diversos profesionales de la salud interesados en conocer los aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica, pudiendo ser utilizada tanto en el ámbito de la investigación y/o como herramienta de diagnóstico, porque se obtuvieron valores adecuados para ambas condiciones (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Nunnally & Bernstein, 1995). Queda pendiente efectuar estudios cuyos datos apoyen o refuten los obtenidos en el presente.

REFERENCIAS

- Alvarado-Aguilar, S., Ochoa-Carrillo, F., Guerra-Chávez, H., Muriera-Rojas, Y., Galindo-Vázquez, O. & Zapata-Isodoro, M. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: Perspectiva del Oncólogo. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10 (3), 136-142. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-adherencia-terapeutica-del-paciente-con-X1665920111242435>.
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. México: Thomson.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705307>
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de test en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 863-882. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf
- Carrillo, A., Marín, M. & Ortiz, L. (2014). Adherencia del paciente a la diálisis peritoneal. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 23 (2), 112-120. Recuperado de <http://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/201701/ADHERENCIA%20DEL%20PACIENTE%20A%20LA%20DIA%CC%81LISIS%20PERITONEAL.pdf>
- Castillo, A. (2016). *Enfrentando la enfermedad con inteligencia emocional*. Psicología Online. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/articulos/2015/enfrentando-la-enfermedad-con-inteligencia-emocional.html>
- Cattell, B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10.
- Contreras, F., Espinosa, J. C. & Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 18 (2), 165-179. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>
- Cortina, M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232494582_What_Is_Coefficient_Alpha_An_Examination_of_Theory_and_Applications
- Del Monaco, R. (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: Tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud Colectiva*, 9 (1), 65-78. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652013000100006&lng=es&tlng=es
- DeVellis, R. (2003). *Scale development: theory and applications* (second edition). London: Sage.
- DeVellis, R. (2012). *Scale development: theory and applications* (third edition). London: Sage.
- Ferrando, P. J. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Galindo, O., Rivera, L., Lerma, A. & Jiménez, J. (2016). Propiedades psicométricas del inventario de solución de problemas revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 26 (2), 263-271. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2202>
- Hinkin, T. R., Tracey, J. B. & Enz, C. A. (1997). Scale construction: Developing reliable and valid measurement instruments. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 21(1), 100-120. doi: [10.1177/109634809702100108](https://doi.org/10.1177/109634809702100108)
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, E. & Kiers, L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364. doi: [10.1080/00273171.2011.564527](https://doi.org/10.1080/00273171.2011.564527).
- Lumillo-Gutiérrez, I. & Urpí-Fernández, M. (2013). Intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia a la medicación crónica. *Enfermería Clínica*, 23 (3), 133-134. doi: [10.1016/j.enfcli.2013.03.003](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.003)
- Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>
- Martínez, A., González, F., Nicolau, O. & Suárez, B. (2010).

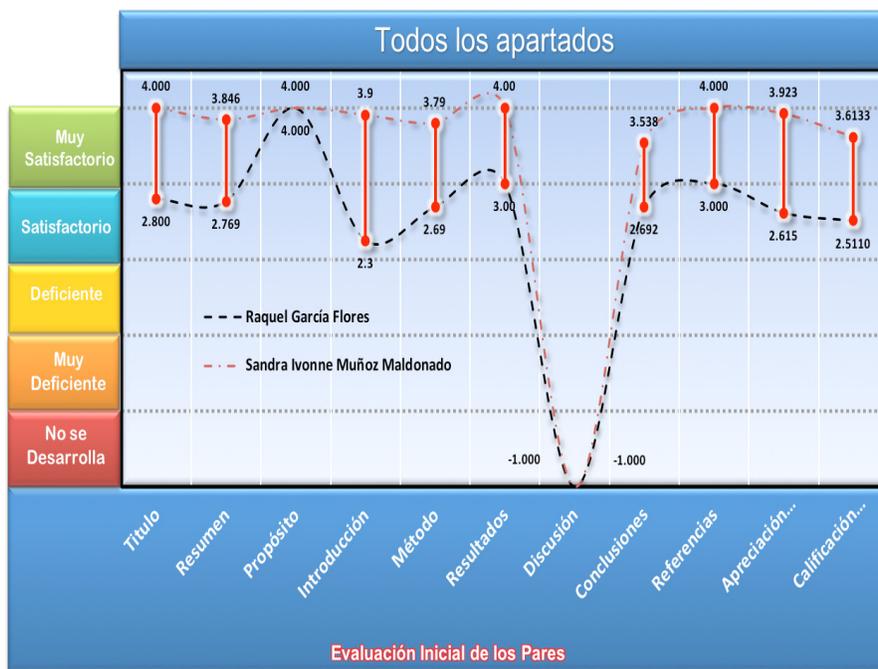
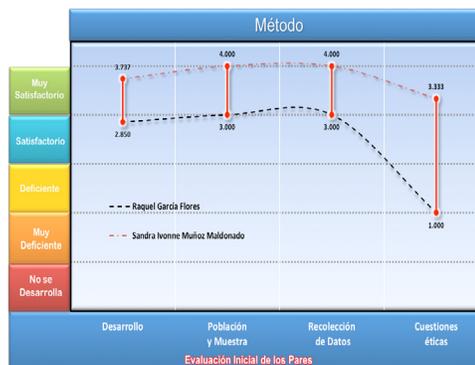
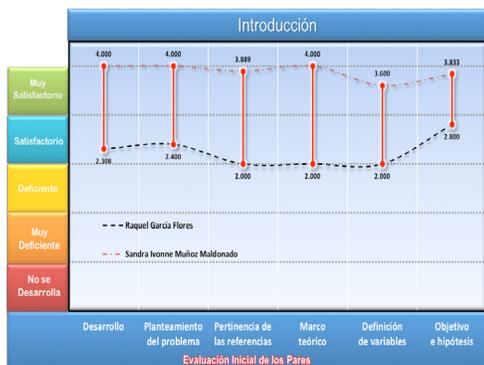
- Manifestaciones orales en portadores de diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14 (1). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc041410.pdf>
- Mejía, R., Piña, J., Méndez, J. & Laborín, J. (2013). Versión peruana de un cuestionario que mide variables psicológicas relacionadas con la adhesión (VPAD) en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 10 (1), 141-153. doi: [10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41953](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41953).
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1995). *Teoría psicométrica*. México: Mc Graw Hill.
- Olvera, S. (2012). *Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial*. Tesis de maestría. México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado el 25 marzo de 2017, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/PC/NC/nc-adherencia.htm>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N° 311. Recuperado de <http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014
- Pérez-Villanueva, T. (2013). *Factores determinantes en la adherencia terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2*. Tesis de licenciatura. Perú: Universidad Nacional de Trujillo.
- Piña, J. (2013). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/sida: una propuesta integradora. *Conductual, Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1 (3), 47-62. Recuperado de http://conductual.com/sites/default/files/pdfarticles/Adhesi%C3%B3n%20al%20tratamiento%20en%20personas%20con%20VIH_Pi%C3%B1a.pdf
- Piña, J., Corrales, A., Mungaray, K. & Valencia, M. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19 (4), 217-228. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000400001&script=sci_abstract&tlng=es
- Piña-López, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 399-407. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500005
- Quiroz, C. A. (2012). *Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de neuro rehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS*. Tesis de maestría. Colombia, Santiago de Cali. Universidad Autónoma de Manizales.
- Quiroz, C. A. (2014). Instrumento para evaluar adherencia de personas adultas a procesos de neuro rehabilitación funcional, basado en las dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (1), 52-61. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13378/20779778>
- Ribes-lñesta, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 27, 55-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016325006>
- Rivera, L. & Riveros, A. (2017). Construcción y validación de un instrumento de conciencia en enfermedad para personas con sobrepeso u obesidad exógenas. *Psicología y Salud*, 27 (1), 103-115. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2441>
- Rodríguez, C., M. L. & Rentería, R.A. (2016). Factores que impiden la adherencia aun régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Psicología y Salud*, 26 (1), 51-62. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1898>.
- Salinas, J.L., Espinosa, V. & González, H. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II e hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 905-929. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/47225>.
- Sass, A. & Schmitt, A. (2010). A comparative investigation of rotation criteria within exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 45, 73-103. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232890796_A_Comparative_Investigation_of_Rotation_Criteria_Within_Exploratory_Factor_Analysis.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas. Cuarta edición.
- Soria, R., Vega, C. Z. & Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009.000100008
- Tobar, A. S. (2016). *Estrategias de afrontamiento del dolor y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos en el hospital "Dr. Julio Enrique Paredes C."* Unidad Oncológica Solca Tungurahua Ambato. Tesis de licenciatura. Ecuador. Universidad Técnica de Ambato.
- Toledano, J., Ávila, L., García, S. & Gómez, H. (2008). Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39 (4), 9-17. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57911113003>
- Urzúa, A., Marmolejo, A. & Barr, C. (2012). Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. *Universitas Psychologica*, 11 (2), 587-598. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84872475531&partnerID=40&md5=2af36866c6467c5f3ba293b62af8271e>
- Varela, M., Salazar, I. & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record>
- Ventura, M., Martín, T., Morillo, R., Tébenes, M. & Casado,

- A. (2014). Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Farmacia Hospitalaria*, 38 (4), 291-299. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-634320140004_00005
- Verdú, J., González, M., Grau, A. & Alonso, C. (2014). Experiencias negativas previas a un tratamiento farmacológico pueden influir en la adherencia terapéutica. *Pharmaceutical Care España*, 16 (6), 228-231. Recuperado de <http://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/201>
- Wilson, I., Carter, E. & Berg, M. (2009). Improving the self-report of HIV antiretroviral medication adherence: Is the glass half full or half empty? *Current HIV/AIDS Reports*, 6, 177-186. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691062/>
- Zapata, R. G. & Canet, G. M. (2008). Propuesta metodológica para la construcción de escalas de medición a partir de una aplicación empírica. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 8 (2), 1-26.

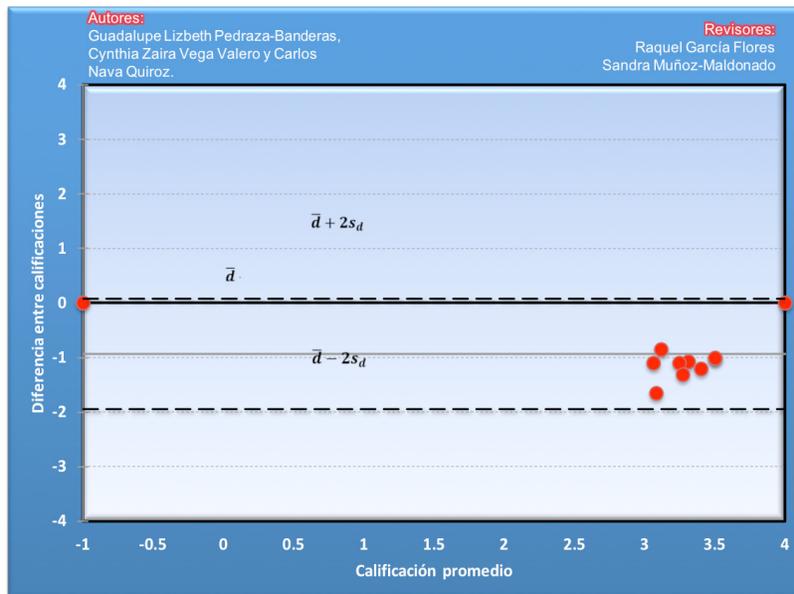


DIMENSIÓN CUANTITATIVA

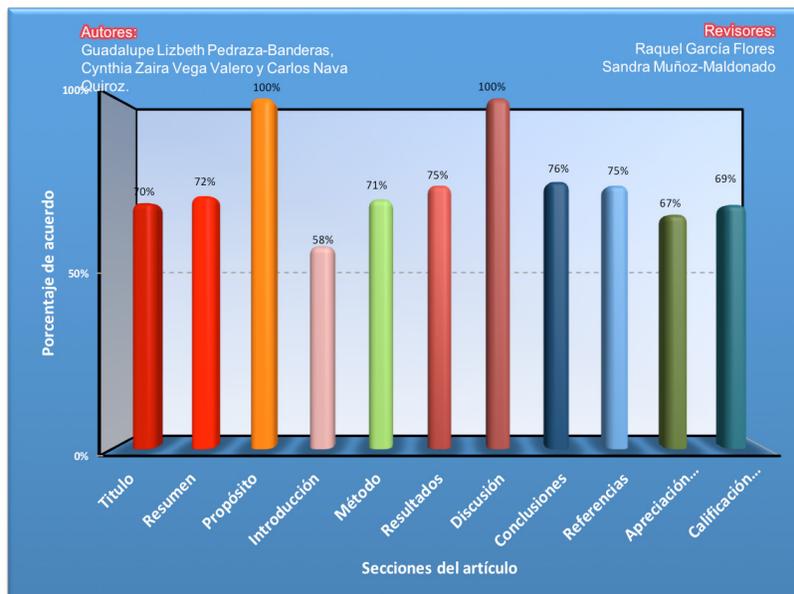
Perfil de Evaluación entre pares



Índice de Concordancia



Índice de Acuerdo



DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Raquel García Flores	Sandra Ivonne Muñoz Maldonado
Título/Autoría	
ninguna	El título es claro y preciso
Resumen	
las palabras clave lineamientos internacionales y propiedades psicométricas no son adecuados al estudio, es importante agregar otras. Disminuir el número de palabras. Es importante mejorar la redacción del objetivo.	El resumen contiene 159 palabras, sólo es necesario reducir.
Próposito del Estudio	
	el propósito es claro congruente con lo que se presenta en el método, resultados y discusión
Introducción	
<p>en la introducción se maneja una definición supuestamente de la OMS sin embargo al recurrir al documento en el Capítulo I se proporciona la definición de adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” Y esta misma definición se utiliza en el método sin embargo en la Introducción se menciona que “acorde a los lineamientos citados el primer paso es la creación de la definición conceptual, en el presente estudio no se propone una definición, se retoma la propuesta por Soria et al., (2009) la cual enuncia que la adherencia terapéutica es un conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las prescripciones médicas que conllevan al control de la enfermedad.” lo cual no coincide con lo mencionado en la definición conceptual descrita en la página 15.</p>	<p>se enlistan objetivos en el artículo, no se aportan hipótesis dada la naturaleza del estudio que es descriptivo del desarrollo de la Escala</p>

Revisor 1	Revisor 2
Método	
el método es adecuado para el objetivo del estudio	En la descripción del instrumento no se describe el nivel de confiabilidad de la EAT original
Resultados	
los resultados del análisis estadístico del instrumento es adecuado.	Los resultados son claros y congruentes con el proceso planteado para la versión actualizada de la escala
Discusión	
no hay discusión, se salta de resultados a conclusiones.	El artículo no contiene una sección de discusión de resultados, algunos de los elementos de este tipo se justifican en el procedimiento a seguir para el desarrollo de la escala, sin embargo no se discuten como tal para conformar un apartado que compare los resultados con otros estudios similares o incluso con la versión original de la escala.
Conclusiones	
si mejora la introducción van a mejorar las conclusiones. Falta incluir las limitaciones del estudio, las contribuciones del estudio respecto a la investigación precedente, las repercusiones prácticas y/o teóricas de los resultados del estudio.	Las conclusiones son referentes al desarrollo de la escala que el objetivo principal del artículo
Referencias	
las referencias son adecuadas.	las referencias están completas y de acuerdo al estilo APA

