



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”

Brayant Andrade Méndez

Universidad Nacional De Colombia
Facultad De Enfermería
Programa De Maestría En Enfermería
Bogotá, Colombia
2016

Validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”

Brayant Andrade Méndez

Tesis presentada como requisito para optar el título de:
Magister en Enfermería

Directora
Viviana Marycel Céspedes Cuevas
Doctora en Enfermería

Universidad Nacional De Colombia
Facultad De Enfermería
Programa De Maestría En Enfermería
Bogotá, Colombia
2016

(Dedicatoria o lema)

A mi abuelo Fortunato, quien me enseñó que la mejor inversión para la vida es la educación.

A mis hijos y esposa, por la paciencia y apoyo incondicional durante todo el proceso de formación.

Agradecimientos

A Dios, por ser guía espiritual y enseñarme el camino del bien.

A la profesora Viviana Céspedes por su orientación, conocimiento, comprensión, paciencia, acompañamiento y compromiso durante todo el proceso investigativo. Por esas palabras de motivación en los momentos difíciles, que lograron en mí retomar la marcha y continuar la lucha hasta la consecución de la meta.

A la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería y grupo de docentes de la maestría, quienes siempre demostraron la calidad académica y humana en la formación de sus estudiantes.

A las directivas del Hospital Universitario de Neiva, Comité de Ética Institucional y personal asistencial, quienes apoyaron la realización de la presente investigación y pusieron a disposición las instalaciones durante todas las fases de la investigación.

A los pacientes y a sus familias, razón de ser de Enfermería para quienes estuvo diseñada esta investigación.

Resumen

La determinación de la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular es indispensable para la planeación de intervenciones que impacten la salud pública. El objetivo de la presente investigación fue determinar la validez de constructo y la confiabilidad del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”. La investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitario de Neiva (Colombia) en el primer semestre de 2016, mediante un diseño de tipo metodológico, la muestra fue de 250 pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión definidos para el estudio. La presente investigación contó con aval de ética de la institución universitaria y de la IPS donde se realizó el estudio.

El estudio se llevó a cabo en diferentes fases, la primera fue el análisis del concepto desde la teoría de soporte utilizando la estrategia de Walker y Avant estableciendo los atributos esenciales de la adherencia, los cuales se evidenciaron en la formulación de los 38 ítems de la versión final del instrumento. La fase del estudio principal identificó que la muestra en su mayoría presentó más de 60 años, el factor de riesgo predominante fue la HTA y el diagnóstico médico más frecuente fue la enfermedad coronaria. Se realizó un análisis factorial exploratorio donde se obtuvieron seis factores y una varianza total explicada de 61.83%. La verificación del constructo se hizo mediante la validez discriminante y la construcción de una matriz multirasgo-multimétodo. El Alfa de Cronbach obtenido fue de 0,92 para la escala total y dimensional por encima de 0,80. Se concluye que la versión actual del cuestionario es válida y homogénea para la medición de la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Palabras Claves (DeSH, MeSH): Enfermedades Cardiovasculares, Adherencia al Tratamiento, Validez de las Pruebas, Confiabilidad

Abstract

Determining adherence to treatment of patients with cardiovascular disease is essential for planning interventions that impact public health. The aim of this investigation was to determine the construct validity and reliability of the "Questionnaire to measure adherence to treatment of patients with cardiovascular disease." The research was conducted at the University Hospital of Neiva (Colombia) in the first half of 2016, with a design methodological, the sample consisted of 250 patients diagnosed with cardiovascular disease who met the criteria for inclusion and exclusion defined for the study. This research was ethical endorsement of the university and the IPS where the study was conducted.

The study was carried out in different phases, the first was the analysis of the concept from theory support using the strategy of Walker and Avant establishing the essential attributes of adherence, which were evident in the formulation of the 38 items in the final version of the instrument. The main phase of the study identified the sample mostly presented more than 60 years, the predominant risk factor was hypertension and the most frequent medical diagnosis was coronary heart disease. An exploratory factor analysis where six factors and total explained variance of 61.83% were obtained was performed. Verification of the construct was made by discriminant validity and construction of a multi-method multitrait-matrix. Cronbach's Alpha was 0,92 for total and dimensional scale above 0,80. It is concluded that the current version of the questionnaire is valid and consistent for measuring adherence to treatment of patients with cardiovascular disease.

Key words: Cardiovascular Diseases, Medication Adherence, Validity of Tests, Reliability

Contenido

Resumen	V
Lista de Tablas	XI
Lista de Gráficas	XII
1. Marco de Referencia.....	12
1.1. Área Problema y Justificación del estudio	12
1.1.1. Significancia Social	12
1.1.2. Significancia Teórica	15
1.1.3. Significancia Disciplinar	21
1.2. Objetivos de la Investigación	25
1.2.1. Objetivo General	25
1.2.2. Objetivos Específicos.....	25
1.3. Definición de Conceptos.....	25
2. Marco Teórico	28
2.1. Posturas Teóricas para el abordaje del fenómeno	28
2.2. Desarrollo de conceptos centrales desde la crítica de las piezas de investigación seleccionadas	33
2.3. Revisión y crítica de instrumentación en la medición del fenómeno	36
2.4. Construcción y diseño de instrumentos para la medición en salud	38
2.5. Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular	41
3. Marco Metodológico	44
3.1. Diseño de la investigación.....	44
3.2. Universo y Población	44
3.3. Muestra	44
3.4. Criterios de inclusión.....	45

3.5. Criterios de exclusión	46
3.6. Selección del instrumento	46
3.7. Recolección de la Información	46
3.8. Fases de la investigación	47
3.8.1. Análisis del concepto desde la teoría de soporte	47
3.8.2. Prueba piloto	48
3.8.3. Estudio principal.....	48
3.8.3.1. Descripción de las variables sociodemográficas y clínicas.....	48
3.8.3.2. Exploración del constructo.....	48
3.8.3.3. Verificación del constructo.....	49
3.8.3.4. Análisis de la confiabilidad.....	49
3.9. Control de riesgos del diseño	50
3.10. Consideraciones Éticas	50
4. Análisis y Resultados	53
4.1. Análisis del concepto desde la teoría de soporte	53
4.2. Prueba piloto	79
4.3. Estudio Principal	80
4.3.1. Descripción de variables sociodemográficas y clínicas.....	80
4.3.2. Exploración del constructo.....	82
4.3.2.1. Análisis Factorial Exploratorio	82
4.3.3. Verificación del constructo	87
4.3.3.1. Análisis de Validez Discriminante.....	87
4.3.3.2. Construcción de la Matriz Multirasgo-Multimétodo	91
4.3.4. Análisis de la Confiabilidad	92
4.3.4.1. Medición de la confiabilidad por cada uno de los factores identificados	92
5. Discusión	94
6. Conclusiones y Productos obtenidos en la presente investigación	101
6.1. Conclusiones	101
6.2 Limitaciones y recomendaciones	103
A. Anexo: Aval comité de ética, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia	104
B. Anexo: Aval del comité de ética e investigación del Hospital Universitario de Neiva	105
C. Anexo: Autorización para el uso del Instrumento	107

D. Anexo: Formato de consentimiento Informado	108
E. Anexo: Instrumento Original.....	110
F. Anexo: Lista de Chequeo de Recolección de la Información	112
G. Anexo: Instrumento Aplicado a la Muestra	113
H. Anexo: Versión final del Instrumento.....	115
I. Anexo: Presupuesto	117
J. Anexo: Cronograma	118
Bibliografía	120

Lista de Tablas

Tabla 1. Edad de los participantes.....	80
Tabla 2. Edad mayor de 60 años.....	80
Tabla 3. Sexo de los participantes.....	81
Tabla 4. Consolidado de factores de riesgos.....	81
Tabla 5. Diagnóstico médico.....	82
Tabla 6. KMO y test de Bartlett.....	83
Tabla 7. Varianza total explicada.....	84
Tabla 8. Matriz de componentes rotado.....	85
Tabla 9. Conjunto total de ítems del primer factor.....	88
Tabla 10. Conjunto total de ítems del segundo factor.....	88
Tabla 11. Conjunto total de ítems del tercer factor.....	89
Tabla 12. Conjunto total de ítems del cuarto factor.....	89
Tabla 13. Conjunto total de ítems del quinto factor.....	90
Tabla 14. Conjunto total de ítems del sexto factor.....	90
Tabla 15. Tabla resumen de correlación y confiabilidad por cada dimensión.....	91
Tabla 16. Matriz Multirasgo-Multimétodo de la Adherencia al Tratamiento.....	91
Tabla 17. Coeficiente Alfa de Cronbach. Escala total.....	92
Tabla 18. Resumen de la confiabilidad de cada uno de los factores.....	92

Lista de Gráficas

Grafica 1. Estructura esquemática del instrumento	77
Gráfica 2. Contraste entre las dimensiones temáticas iniciales y finales del instrumento.	97

1. Marco de Referencia

A continuación se presenta el marco de referencia que incluye el área problema y la justificación del estudio desde la significancia social, teórica y disciplinar del fenómeno de interés; la pregunta de investigación, los objetivos y las variables de estudio.

1.1. Área Problema y Justificación del estudio

De acuerdo a lo enunciado por Jacqueline Fawcett¹ la significancia social se presenta desde la magnitud de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, que incluye el fenómeno como una prioridad desde la salud pública, principalmente desde la necesidad de poseer pruebas de medición válidas y confiables que permitan la determinación de la adherencia con precisión.

La significancia teórica se describe desde la importancia del fenómeno de interés al abordarse como un vacío de investigación derivado desde el análisis del conocimiento generado.

La significancia disciplinar se asume desde la relevancia que tiene la investigación para enfermería y cómo este conocimiento redundará en la práctica de enfermería.

1.1.1. Significancia Social

Las personas con patologías crónicas requieren de tratamientos de larga duración para su adecuada evolución y control. Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. Por consiguiente, el llevar a cabo las indicaciones aportadas por el personal de salud a la luz del comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de constante atención por los profesionales de la salud y se considera una de las principales líneas de investigación, por ser un problema importante y no estar aún comprendido en su definición e incidencia, los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención².

¹ FAWCETT, Jacqueline; GARITY, Joan. Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice. Philadelphia: F.A. Davis Company. 2009, p. 21-33.

² LIBERTAD de los Ángeles et al. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):225-238.

La adherencia al tratamiento de las personas con enfermedades crónicas en los países desarrollados se estima en un 50%, en los países en vía de desarrollo las tasas son aun menores³. Es claro que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento y la deficiente adherencia a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento y la efectividad del fármaco⁴, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud⁵. De igual forma, se entiende que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se fundamenta en el autocuidado del paciente, el empleo de tecnología para el control de la patología, cambios en el modo de vida que se deriva del logro de las metas propuestas por el personal de salud y aceptadas por la persona. Así mismo, las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con la enfermedad experimentada por el paciente, lo que justifica realizar estudios para evaluar las necesidades de los pacientes y los factores que influyen en la no adherencia a los esquemas⁶.

En este sentido, las estadísticas en salud reflejan que las enfermedades cardiovasculares se reconocen cada vez más como un problema importante de salud pública evidenciado en el incremento de las tasas de morbilidad y la prevalencia de factores de riesgo, convirtiéndose progresivamente en un problema que demanda la intervención de los profesionales de salud y los entes gubernamentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el 2008 murieron por estas enfermedades 17.3 millones de personas, representando un 30% de la mortalidad mundial; 7.3 millones de esas muertes fueron causa de cardiopatía coronaria y 6.2 millones a los accidentes cerebrovasculares (ACV). Las muertes por enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23.3 millones de personas por ECV, considerada la primera causa de muerte en el mundo. La mayoría de estas patologías pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes y la hiperlipidemia⁷.

Por consiguiente, las ECV, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas se identifican en su conjunto como enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales han mostrado un rápido aumento y son la principal causa de muerte en el mundo. Para el 2008 las ENT causaron el 63% de las muertes y se estima un incremento del 15% (44 millones) entre 2010 y 2020, alcanzando el 73% de la mortalidad y el 60% de la carga de la morbilidad. A nivel macroeconómico, los expertos prevén que en los próximos 20 años como consecuencias de estas patologías la producción mundial presentará pérdidas acumuladas de US\$ 46 billones, resaltando que en la Región de las Américas, las ENT son la causa de tres de cada cuatro defunciones y 34% de las muertes debidas a esta causa son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a 69 años⁸.

³ SABATÉ Eduardo. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS. Washington, D.C., 2004. ISBN 92 75 325499.

⁴ NOGUÉS SOLÁN, M. L; SORLI REDÓ, J; VILLAR GARCÍA. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 24, N.º 3, p. 138-141, 2007.

⁵ BOWRY, Ashna et al. A Systematic Review of Adherence to Cardiovascular Medications. J Gen Intern Med, 2011. 26(12):1479-91

⁶ SABATÉ Eduardo. Op Cit., p.13

⁷ Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Marzo de 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, DC: OPS, 2014.

En Colombia según los certificados individuales de defunción reportados al DANE, se evaluaron los principales eventos que hacen parte del grupo de enfermedad cardiovascular para el periodo 1998-2011; de estas el 56.3% se relacionó con la enfermedad cardíaca isquémica, 30.6% con enfermedad cerebrovascular, 12.4% con enfermedad hipertensiva y 0.5% con enfermedad cardíaca reumática crónica. En el año 2006 se reportó una tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular de 130,2 por 100.000 habitantes⁹. A su vez, los profesionales del Instituto Nacional de Salud (INS) coinciden con los informes de la OMS en hacer referencia a que la enfermedad cardiovascular es atribuible a factores de riesgo modificables en su gran mayoría, por lo que recomiendan impulsar y fortalecer las diferentes actividades propuestas en los programas de promoción y prevención dirigidos al control de estas patologías¹⁰.

Es claro que para la identificación de prioridades de atención de salud en un país, es necesario un análisis amplio y minucioso tomando como herramienta el estudio de carga de la enfermedad propuesto por la OMS, del cual se deriva el indicador de años de vida saludable perdidos (AVISAS), el cual tiene relación con la muerte prematura, la duración, las secuelas de la enfermedad y la discapacidad asociada. En este sentido, una revisión de estudios realizados en países de Latinoamérica incluido Colombia, demuestra que dentro las diez primeras causas de morbilidad se encuentran las enfermedades no transmisibles, destacándose la enfermedad cardiovascular y la diabetes; estimando la carga global de enfermedad para Colombia en el año 2005 en 280 AVISAS totales por cada mil personas, 207 AVISAS atribuibles a discapacidad y 73 por mil personas AVISAS de mortalidad¹¹. Finalmente, el informe revela que estas patologías saturan los servicios de salud, para los cuales no se cuenta con programas de prevención y control específicos y que, por su alta prevalencia demandan recursos humanos y financieros que ponen en una situación de alerta a los sistemas de salud¹².

Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS refiere que la evaluación de la adherencia terapéutica es necesaria para A) planificar el tratamiento efectivo y eficiente, B) lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen, C) cambiar o modificar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación, D) promover la participación de los pacientes¹³.

El comportamiento de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con patología cardiovascular, ya que la no adherencia conlleva a mantener altos índices de morbimortalidad, mayor riesgo de complicaciones, disminución de la productividad¹⁴; lo cual tiene repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar, que afectan la calidad de vida de la población. Si bien es cierto que la medición objetiva de este

⁹ GOMEZ, Juan. Morbimortalidad cardiovascular en el mundo. Rev. Colomb. Cardiol. vol.19 no.6 Bogotá Nov/Dic. 2012.

¹⁰ Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Boletín No. 1, Diciembre 9 de 2013. Disponible en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf

¹¹ ACOSTA, Naydú; PEÑALOSA, Rolando; RODRIGUEZ, Jesús. Carga de enfermedad Colombia 2005. Cendex, Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá, octubre de 2008

¹² GÓMEZ H, CASTRO MV, FRANCO F, BEDREGAL P, RODRÍGUEZ J, ESPINOZA A, VALDEZ W, LOZANO R, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S72-S77.

¹³ SABATÉ Eduardo. Op Cit., p.13

¹⁴ ZAMBRANO R; DUITAMA JF; POSADA JI; FLÓREZ JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2). p.163-174

fenómeno es un tema complejo para la investigación, es preciso determinar la validez de constructo y la confiabilidad de una prueba que favorezca la determinación de la adherencia con precisión, a fin de generar resultados igualmente válidos.

1.1.2. Significancia Teórica

En total se examinaron 37 piezas de investigación seleccionadas de literatura relevante publicadas entre los años 2004 y 2015 en las bases de datos electrónicas EBSCO, Medline, Ovid Journals, OVID Nursing, Scielo, Science Direct y Pubmed, utilizando las ecuaciones de búsqueda Mesh (Psychometrics[Mesh] AND ("Medication Adherence"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh]) y palabras claves relacionadas con la adherencia al tratamiento ("adherence", "compliance", "non-adherence", "noncompliance"), en el idioma español, inglés y portugués. De igual forma, se realizó búsqueda específica de los instrumentos utilizados en investigación para la medición de la adherencia y la validación de los mismos.

Posterior a la selección de los artículos de investigación, se realizó un proceso de crítica desde los parámetros de coherencia interna, externa, estadística y de medida, así como desde los criterios de rigor investigativo para investigación cualitativa. Las verdades y los vacíos se ordenaron de acuerdo al método según el tipo de estudio: cualitativos (Fenomenológicos, Teoría Fundamentada, Etnográficos o Análisis de contenido), cuantitativos (descriptivos, predictivos o prescriptivos) y psicométricos.

A continuación se exponen las principales conclusiones que soportan la presente investigación desde su nivel conceptual-teórico-empírico. El desarrollo completo de la anterior estrategia descrita para la revisión integrativa de literatura desarrollada se expone en el marco teórico de la presente investigación:

Las variables socio-cognitivas están asociadas con el cumplimiento en las indicaciones terapéuticas, ya que aumentan los beneficios y reducen los costos del mismo. La teoría social cognitiva sugiere que al aumentar la auto-eficacia y el conocimiento sobre los beneficios del tratamiento y los riesgos a que se expone el individuo, ayuda a mejorar la adherencia. La teoría de auto-eficacia^{15,16}, de cognición social¹⁷ y otras teorías psicológicas^{18,19} se han asociado con la adherencia a través del conocimiento de los pacientes, su compromiso y motivación para el uso correcto de la medicación y actividades no farmacológicas como el ejercicio, la dieta, cumplimiento de controles, entre otros.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que la psicología de la salud aporta un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para entender, evaluar e intervenir sobre la conducta de la adherencia. Por consiguiente, la

¹⁵ LIEHR, Patricia and SMITH Jane. Theory of Self- Efficacy in Middle Range Theory for Nursing, Second Edition: Second Edition. Springer Publishing Company. 2008. p 49-64

¹⁶ ANDERSON and cols. The Diabetes Empowerment Scale, A measure of psychosocial self-efficacy. DIABETES CARE, Volume 23, number 6, june 2000

¹⁷ SANCHEZ, Yamilet. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Avances en psicología latinoamericana. Bogotá 2007. Vol 25. p. 7-21.

¹⁸ RESNICK, Barbara et al. Pilot Testing of the PRAISEDD Intervention Among African American and Low-Income Older Adults. Journal of Cardiovascular Nursing. September/October 2009. Vol. 24, No. 5. p. 352-361

¹⁹ RESNICK, Barbara et al. Evaluating the components of the Exercise Plus Program: rationale, theory and implementation. HEALTH EDUCATION RESEARCH. Vol.17 no.5 2002, p. 648-658.

investigación previa en el tema ha sido soportada en la Teoría Social Cognitiva²⁰, la Teoría de la Acción Razonada²¹, la teoría motivacional²², el Modelo de Creencias en Salud²³, el Modelo Transteórico²⁴ y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales²⁵. A su vez, Orueta et al²⁶ hace referencia al papel preponderante que ejerce la motivación en el proceso de la adherencia y su fuerte influencia sobre los factores como las creencias, los valores, la sintomatología percibida, la relación médico-paciente, el apoyo familiar y social, entre otros.

Por consiguiente, la adherencia depende de la colaboración, la relación entre el paciente y el profesional de la salud y se encuentra influenciada por el significado de la salud, el sentido de riesgo personal a las enfermedades cardiacas, el nivel socioeconómico, el apoyo a las decisiones, la motivación, el deseo de cambio, la autoeficacia y las fuentes de información²⁷. Por lo tanto, la investigación de los factores psicológicos y motivacionales conlleva al cambio en el enfoque del tratamiento, orientándolo hacia la actitud del paciente y su aceptación del mismo, así como la importancia que éste le dé al cambio en su estilo de vida. En este sentido, se puede inferir que las medidas impulsadas desde las teorías pueden convertirse en la base para el desarrollo de instrumentos e intervenciones eficaces que conlleven al aumento del cumplimiento en el tratamiento.

La revisión de literatura aporta evidencia sobre el amplio interés por parte de profesionales de la salud en investigar a profundidad el fenómeno de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos desde la óptica de medicina, enfermería, psicología, nutrición, farmacéutica, entre otras; y en diferentes situaciones como la enfermedad cardiovascular en alto porcentaje^{28,29}; así mismo en patologías crónicas como el SIDA^{30,31}, la osteoporosis³², el trasplante renal³³ y los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como el sedentarismo, la obesidad y la dieta.

²⁰ GARCIA Luisa. Auto-Cuidados y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca. 7mo. Congreso Virtual de Cardiología.

²¹ GINARTE Yurelis. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5). p.502-5

²² GONZÁLEZ, David; SICILIA, Álvaro; FERNÁNDEZ Alberto. Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: medición de la regulación integrada en el contexto español. Psicotiema 2010. Vol. 22, N°4, p. 841-847

²³ VOILS et al. Initial validation of a self-report measure of the extent of and reasons for medication nonadherence. Med Care. 2012 December; 50(12) p. 1013-1019.

²⁴ RUGGIERO Laurie. Helping People With Diabetes Change Behavior: From Theory to Practice. Diabetes Spectrum, Vol 13 Number 3, 2000, p. 125

²⁵ ORTIZ, Manuel; ORTIZ, Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Méd Chile 2007. p.135: 647-652

²⁶ ORUETA R et al. Cumplimiento terapéutico. Actualización en medicina de familia. SEMERGEN. 2008;34(5). p.235-43

²⁷ MUNRO, Shannon. Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk Reduction. Nursing Forum Volume 44, No. 1, January-March 2009.

²⁸ INGARAMO, Roberto y Cols. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005; 34: p.104-111

²⁹ CROWLEY et al. Factors Associated with Non-Adherence to Three Hypertension Self-Management Behaviors: Preliminary Data for a New Instrument. Society of General Internal Medicine 2012. J Gen Intern Med 28(1). p.99-106

³⁰ MATHES T, PIEPER D, ANTOINE SL, et al. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients: a systematic review. HIV Med. 2013

³¹ PROTOPOPESCU C; RAFFI F; ROUX P, et al. Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy: a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Study Group. J Antimicrob Chemother. 2009 Sep;64(3). p.599-606.

³² PAPAIOANNOU A; KENNEDY CC; DOLOVICH L; LAU E, Adachi JD. Patient adherence to osteoporosis medications: problems, consequences and management strategies. Drugs Aging. 2007;24(1). p.37-55

La adherencia se ha descrito desde la investigación cualitativa como un trabajo³⁴ que difiere en la percepción de la naturaleza y complejidad por parte de los pacientes, como un “trabajo duro” y por parte de los profesionales, como “una tarea fácil”. Los pacientes se perciben a sí mismos con la comprensión de qué hacer, pero necesitan ayuda con la forma de llevar a cabo el auto-cuidado. Las preocupaciones personales, la interpretación de los síntomas, la privacidad y el contexto cultural influyen en la decisión de tomar el fármaco³⁵. A su vez, las personas menores de 40 años con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, refieren mayor dificultad en adoptar hábitos de vida saludable³⁶.

Desde la investigación cuantitativa revisada, la adherencia al tratamiento se ha descrito como el cumplimiento en las dosis, las vías de administración del fármaco, los controles clínicos y la persistencia en la duración del tratamiento; teniendo en cuenta las indicaciones ordenadas por el médico^{37,38}. De igual forma, el tratamiento no farmacológico se ha descrito como el cumplimiento de hábitos de vida saludable relacionados con la ejecución de ejercicio, la dieta saludable, bajar de peso, no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, entre otras³⁹.

Es necesario recalcar que existe una evidencia robusta de los factores que inciden en la adherencia farmacológica propuesta por la OMS⁴⁰. En este sentido, el grupo de investigación de Cuidado para la salud cardiovascular del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, ha realizado aportes importantes en la generación de un instrumento que mide dichos factores relacionados con la adherencia⁴¹ de investigaciones posteriores que han avanzado en su validez, confiabilidad y aplicación^{42,43,44,45}.

Por otra parte y a raíz de la falta de cumplimiento al tratamiento se han propuesto diversas estrategias de intervención para mejorar la adherencia, tales como: programas

³³ RUIZ, María Rocío. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enferm Nefrol* 2013; Octubre-Diciembre; 16 (4). p. 258-270

³⁴ GRANGER BB; SANDELOWSKI M; TAHSHJAIN H; SWEDBERG K; EKMAN I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *J Cardiovasc Nurs*. 2009 Jul-Aug;24(4). p.308-315

³⁵ LE, Rose et al. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32(3). p. 587-594

³⁶ CHAN et al. A Qualitative Descriptive Study of Risk Reduction for Coronary Disease among the Hong Kong Chinese. *Public Health Nursing* Vol. 31 No. 4, July/August 2014. p. 327–335

³⁷ INGARAMO, Roberto y Cols. Op Cit., p.16

³⁸ BEN AJ et al. The Brief Medication Questionnaire and Morisky- Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública* 2012;46 (2).

³⁹ ZAMBRANO R; DUITAMA JF; POSADA JI; FLÓREZ JF. Op Cit., p.14

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción Washington: 2004.

⁴¹ BONILLA. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2006.

⁴² HERRERA Ia. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Av Enferm*. 2008;26(1). p.36-42

⁴³ CONTRERAS A; FLÓREZ I; HERRERA A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Av Enferm*. 2008;26(2). p.35-42.

⁴⁴ ORTIZ C. Validez y confiabilidad del instrumento Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.

⁴⁵ HERRERA E. Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial Montería 2010 [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2010.

educativos, apoyo con mensajes de texto (SMS)^{46,47} e intervenciones que involucran conductas y atención psicológica⁴⁸. Estas intervenciones se basan en modelos teóricos y su objetivo es eliminar todas las barreras que el paciente percibe en el uso correcto de las indicaciones aportadas por el personal de salud.

Las necesidades educativas relacionadas con la motivación a la adherencia del paciente y su familia deben profundizarse en estudios investigativos, ya que es un aspecto muy importante de la adherencia⁴⁹. En este sentido, Meredith y cols⁵⁰ destacan la relevancia de conocer la preferencia del método de aprendizaje de los sujetos de cuidado, ya que no es suficiente la información básica acerca de una enfermedad o tratamiento, sino que debe incluir las creencias de los pacientes sobre su salud, los beneficios, las barreras y los riesgos de cumplir o no el tratamiento; por lo que los aspectos psicológicos, cognitivos y conductuales son importantes en el cumplimiento y la adherencia al tratamiento. De igual forma, la evidencia aporta recomendación en ofrecer “programas estructurados de seguimiento, liderados por equipos multidisciplinarios que impartan educación, motivación y soporte por personal entrenado”⁵¹.

Un número importante de investigadores han estudiado la relación entre la autopercepción de la adherencia y la consecución de objetivos terapéuticos como el control de la tensión arterial⁵², la glicemia⁵³, la pérdida de peso⁵⁴, los niveles de coagulación⁵⁵ y la disminución de la carga viral en los casos de paciente con VIH, determinando que existe una relación directa entre adherencia y logro de metas terapéuticas.

Finalmente, se puede decir que la adherencia farmacológica y no farmacológica es determinante para el éxito del tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular y enfermedades crónicas⁵⁶ y el no adherirse conlleva a tener riesgo de complicaciones como el infarto agudo de miocardio (IAM), ACV, falla renal y aumento en la mortalidad; lo

⁴⁶ LEON et al. Improving treatment adherence for blood pressure lowering via mobile phone SMS-messages in South Africa: a qualitative evaluation of the SMS-text Adherence Support (StAR) trial. *BMC Family Practice* (2015) 16:80

⁴⁷ HORVATH T, AZMAN H, KENNEDY GE, RUTHERFORD GW. Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3

⁴⁸ ALVARADO; AGUILAR S, et al. Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo). *GAMO Vol. 10 Núm. 3*, mayo – junio 2011.

⁴⁹ ZHAO S, ZHAO H, WANG L, Du S, Qin Y. Education is critical for medication adherence in patients with coronary heart disease. *Acta Cardiol*. 2015 Apr;70(2). p.197-204

⁵⁰ MEREDITH A.J. and Cols. The Relationship of Transition Readiness, Self-Efficacy, and Adherence to Preferred Health Learning Method by Youths with Chronic Conditions. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015

⁵¹ Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial primaria (HTA). Bogotá. Colombia. Abril de 2013

⁵² INGARAMO, Roberto y Cols. Op Cit., p.13

⁵³ ANDERSON, Robert et al. A Comparison of the Diabetes-related Attitudes of Health Care Professionals and Patients. *Patient Education and Counseling*, 21 (1993) p.41-50

⁵⁴ TORRESANI, Maffei , Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *DIAETA (B.Aires)* 2011; 29(137) p.31-38

⁵⁵ ÁVILA, Christiane et al. Adhesión farmacológica al anticoagulante oral y factores que influyen en la estabilidad del índice de estandarización internacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. jan.-feb. 2011.

⁵⁶ VOILS et al. Op Cit., p. 16.

que genera un problema de salud pública al ocasionar enfermedades de altos costos económicos que altera la calidad de vida del paciente y su familia⁵⁷.

Dentro de los vacíos encontrados en la revisión de las piezas investigativas se exponen:

1. La necesidad de generar investigación sobre esta temática en el ámbito colombiano para la determinación de la adherencia; debido a que se ha trabajado ampliamente sobre los factores que influyen en la adherencia⁵⁸ pero no se tiene claridad si el paciente es adherente al tratamiento o no⁵⁹.
2. Teniendo en cuenta la falta de cumplimiento del tratamiento y conociendo las consecuencias que acarrea esto, los autores plantean programas educativos que involucren conductas y atención psicológica⁶⁰. Estas intervenciones se basan en modelos teóricos cuyo objetivo es eliminar todas las barreras que el paciente percibe en el uso del tratamiento^{61,62}.
3. Resulta preciso fortalecer los conocimientos de auto-eficacia de la enfermedad evidenciado desde los modelos de aprendizaje que plantean la fuerte relación existente entre las percepciones cognitivas del paciente y el cumplimiento a las terapias, basados en teorías cognitivas como la de aprendizaje social⁶³, que involucra las percepciones del paciente en cuanto al conocimiento de la enfermedad, las ventajas y desventajas del tratamiento. A su vez, el efecto a corto plazo sobre la adherencia al tratamiento⁶⁴, relacionado con las expectativas de resultado.
4. La ausencia de validez de los instrumentos de medición que existen actualmente, no permiten determinar realmente cual es el concepto abstracto que investigan, lo cual tiene relevancia a la hora de inferir el grado del paciente para adherirse al tratamiento. A su vez, es imperativo que los instrumentos posean validez de constructo, debido a que permite establecer una relación objetiva con la teoría⁶⁵.

Ahora bien, desde la crítica de la medición existente en el área se puede resaltar:

1. En la literatura se encuentra gran variedad de métodos e instrumentos de medición de la adherencia dentro de los cuales se presentan los métodos electrónicos (MEMS), las mediciones de variables biológicas y los métodos de autoinformes⁶⁶ que son fáciles de utilizar y resultan costo efectivos^{67,68}.

⁵⁷ BOWRY, Ashna et al. A Systematic Review of Adherence to Cardiovascular Medications. *J Gen Intern Med*, 2011. 26(12):1479-91

⁵⁸ BONILLA, Claudia Patricia y GUTIÉRREZ de Reales, Edilma. Op Cit.

⁵⁹ MARTÍNEZ, Jose et al. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. *Revista médica Vol 17 N°2*, Diciembre de 2011.

⁶⁰ ORTIZ Manuel, ORTIZ Eugenia. Op Cit.

⁶¹ MUNRO, Shannon. Op Cit., p.16

⁶² GONZÁLEZ David, Sicilia Alvaro y Fernández Alberto. Op Cit.

⁶³ BANDURA, Albert. Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *En: Psychological Review*. 1977, Vol. 84, pp. 191-215.

⁶⁴ Qi BB, RESNICK B, SMELTZER SC, BAUSELL B. Self-efficacy program to prevent osteoporosis among Chinese immigrants: a randomized controlled trial. *Nurs Res*. 2011 Nov-Dec;60(6):393-404

⁶⁵ POLIT Denise and HUNGLER Bernadette. *Investigación científica en ciencias de la salud*. Sexta edición. McGraw-Hill. 2005

⁶⁶ RODRÍGUEZ CHAMORRO Ma et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7

⁶⁷ NOGUÉS Solán, M. L. Sorli Redó, J. Villar García. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 24, N.º 3*, pp. 138-141, 2007.

⁶⁸ ROLLEY John and Cols. Medication Adherence Self-report Instruments Implications for Practice and Research. *Journal of Cardiovascular Nursing*. November/December 2008. Vol. 23, No. 6, pp 497-505.

2. Existen instrumentos que miden la adherencia en patologías específicas como la diabetes⁶⁹, HTA^{70,71,72,73}, falla cardíaca^{74,75}, SIDA⁷⁶, entre otras. Así mismo, de forma independiente el tratamiento farmacológico⁷⁷ y el no farmacológico^{78,79}.
3. En la revisión bibliográfica de los diferentes artículos psicométricos no se describen los criterios de validez necesarios para soportar su uso y brindar claridad sobre el constructo que pretenden medir y en algunos de ellos se limitan a mencionar únicamente la confiabilidad sin reporte de la validez^{80,81,82,83}. Así mismo, se puede concluir que los métodos de medición de la adherencia al tratamiento con que se cuenta actualmente siguen siendo limitados y algunos de ellos no son asequibles⁸⁴.
4. Se observa la necesidad de poseer un instrumento genérico que mida la adherencia al tratamiento en las personas con enfermedad cardiovascular; ya que no existe una estrategia psicométrica para la medición del fenómeno⁸⁵. Por consiguiente, la medición de forma estandarizada de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico a través de un instrumento permite objetividad en la identificación de las personas adherentes y no adherentes, brindando un indicador investigativo con las características de validez necesarias que exige el rigor de las investigaciones psicométricas⁸⁶.
5. Dentro de los instrumentos de autoinforme más referenciado y validado por diferentes estudios en diferentes países⁸⁷ se encuentra el test de Morisky Grenn⁸⁸, el cual presenta problemas de validez al sobreestimar la no adherencia⁸⁹ y evaluar exclusivamente la adherencia al tratamiento farmacológico.
6. En el campo de la validación de instrumentos que miden la adherencia al tratamiento a nivel colombiano se cuenta con el instrumento de Bonilla⁹⁰ que mide los factores

⁶⁹ GOMES Lilian y cols. Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2014 Jan.-Feb.;22:11-8.

⁷⁰ INGARAMO, Roberto y Cols. Op Cit. pp.104-111

⁷¹ CASTAÑO, José et al., Op Cit.

⁷² KORB-Savoldelli et al. Op Cit.

⁷³ RODRIGUES MTP et al. Instrument to measure adherence in hypertensive patients. Rev Saúde Pública 2013;47(3):1-7

⁷⁴ACHURY SALDAÑA, DM., Sepúlveda Carrillo, GJ.,Rodríguez Colmenares, SM., Giraldo. Op Cit.

⁷⁵ WU JIA-Rong et al. Medication Adherence in Patients Who Have Heart Failure: a Review of the Literature. Nursing Clinics of North America Volume 43, Issue 1, March 2008, Pages 133–153

⁷⁶ MATHES T, Pieper D, Antoine SL, et al. Op Cit.

⁷⁷ KORB-Savoldelli et al., Op Cit.

⁷⁸ GONZÁLEZ David, SICILIA Alvaro y FERNÁNDEZ Alberto. Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: medición de la regulación integrada en el contexto español. Psicotiema 2010. Vol. 22, N°4, pp. 841-847

⁷⁹ TORRESANI , Maffei , Squillace C, Belén L, Alorda B. Op Cit.

⁸⁰ GONZÁLEZ David, SICILIA Alvaro y FERNÁNDEZ Alberto. Op Cit.

⁸¹ GARFIELD et al. Developing the Diagnostic Adherence ton Medication Scale (the DAMS) for use in clinicalnPractice. BMC Health Services Research 2012, 12:350

⁸² BEN AJ et al. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-n Green Test to evaluate medication adherence. Rev Saúde Pública 2012;46 (2).

⁸³ ARREBOLA Vivas y cols. Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. Nutr Hosp. 2013;28(5):1530-1535

⁸⁴ BURKE L, YANG K, ACHARYA S. Adherence to Cardiovascular Treatment Regimens. Ovid Technologies, Inc. 2014.

⁸⁵ CROWLEY et al. Op Cit

⁸⁶ HO, Michael et al. Op Cit

⁸⁷ YANG et al. Validation of Chinese version of the Morisky Medication Adherence Scale in patients with epilepsy. Seizure 23 (2014) 295–299

⁸⁸ MORISKY DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10(5):348Y354.

⁸⁹ ÁVILA, Christiane et al. Adhesión farmacológica al anticoagulante oral y factores que influyen en la estabilidad del índice de estandarización internacional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jan.-feb. 2011

⁹⁰ BONILLA op cit.

relacionados con la adherencia, el instrumento para la adherencia de pacientes con falla cardíaca⁹¹, el instrumento Martín Bayarré Grau (MBG) en pacientes hipertensos⁹² y el uso del resultado de enfermería “Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión” que corresponde a la Clasificación de Resultado de Enfermería (CRE) o Nursing Outcomes Classification (NOC) en pacientes hipertensos de la ciudad de Bucaramanga⁹³.

7. Un estudio realizado en Bogotá por la enfermera Luisa Fernanda Achury⁹⁴, tuvo como objetivo determinar el efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en pos IAM en rehabilitación cardíaca. Durante el planteamiento de la propuesta investigativa determinó la necesidad de diseñar un instrumento válido que midiera la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, logrando el diseño del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”.
8. El instrumento en mención consta de 29 ítems agrupados en 6 dimensiones. Presenta validez facial, de contenido y de constructo abordada esta última mediante análisis factorial con rotación Varimax, el cual arrojó una estructura de 6 componentes con el 57,36% de la varianza explicada⁹⁵. Con relación al nivel de confiabilidad algunas dimensiones presentan una fiabilidad aceptable, débil y pobre que ameritan revisión.

Al evidenciar la poca disponibilidad de instrumentos relacionados con el tema y la necesidad de tener un instrumento válido que tenga un soporte teórico, se decide realizar una investigación metodológica para la validación de constructo del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”, a fin de enriquecer el conocimiento de Enfermería con relación a la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular, en especial en la oferta de sistemas de medición validados para la investigación.

1.1.3. Significancia Disciplinar

Actualmente, se considera la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos como el eje fundamental para el logro de las metas propuestas, en especial con los pacientes que presentan enfermedad cardiovascular. A su vez, se convierte en un reto para todos los profesionales que trabajan con estos pacientes, llevando a la necesidad de identificar los comportamientos de salud y analizarlos con una visión holística del ser, que facilite la comprensión de sus interrelaciones y reciprocidad con el ambiente, que condiciona en buena parte las respuestas a la enfermedad o los riesgos⁹⁶.

⁹¹ ACHURY Saldaña, SEPÚLVEDA Carrillo, Rodríguez Colmenares. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardíaca. Revista electrónica trimestral de enfermería. N° 26. Abril de 2012

⁹² MARTÍNEZ, José et al. Op cit

⁹³ PÁEZ ESTEBAN, et al. Validez de constructo de un instrumento de enfermería para evaluar adherencia al tratamiento antihipertensivo. Enfermería Global. N° 34 Abril 2014

⁹⁴ ACHURY, Luisa. La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio. Tesis para optar el título de magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2015

⁹⁵ Ibid

⁹⁶ BONILLA, Claudia Patricia. Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Al respecto, el profesional de enfermería como agente de salud debe conocer el tipo de población que atiende, hacer una valoración y diseñar estrategias que permitan al paciente conocer claramente la relevancia de ejecutar un tratamiento efectivo tanto con medicamentos como desde el seguimiento de las recomendaciones de diferente índole⁹⁷. En este sentido, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no son exclusivas del primer nivel, estas deben aplicarse también en el segundo y tercer nivel, reconociendo que allí son más especializadas y motivan al profesional a buscar estrategias que estimulen la adherencia y el bienestar. Al respecto, Rolley⁹⁸ hace énfasis en que las enfermeras cardiovasculares juegan un papel importante en promover y supervisar la adherencia en atención primaria, secundaria y terciaria.

En particular, la investigación metodológica de enfermería relacionada con adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular, permite identificar los problemas reales de salud y potenciales, que facilitan la toma de decisiones con base en el conocimiento y la evidencia existente del cuidado de Enfermería. Rodríguez⁹⁹ refiere que se hace relevante profundizar en la investigación de este fenómeno, dado que permite fortalecer el área investigativa, al mismo tiempo que se explora un tema que requiere gran atención por parte de profesionales y de las instituciones de salud.

Por consiguiente, la realización de investigaciones enfocadas en la identificación, el análisis y la medición del fenómeno de la adherencia por parte de enfermería, se justifica en la importancia que se tiene dentro del equipo interdisciplinario y el deber social con la salud de la comunidad. Así mismo, el enfermero toma un papel más amplio en una gran variedad de competencias, que a menudo asume desde la educación del paciente, asegurándose que este sujeto entienda el régimen y organice el seguimiento necesario¹⁰⁰.

En este sentido, diseñar instrumentos validados en enfermería es de gran importancia en la medida en que estas escalas miden y determinan fenómenos o conceptos propios de la disciplina, convirtiéndose en elementos de trabajo importantes en aquellos aspectos de la investigación sobre el cuidado de la salud humana, objeto de la enfermería¹⁰¹.

La adherencia al tratamiento es definida por la OMS¹⁰² como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. La anterior definición, está enmarcada dentro del concepto de cumplimiento, el cual implica la obediencia y la expectativa de que los pacientes pasivamente sigan las órdenes otorgadas por el prestador de salud. En

⁹⁷ BONILLA, Op Cit.

⁹⁸ ROLLEY John and CoIs. Medication Adherence Self-report Instruments Implications for Practice and Research. *Journal of Cardiovascular Nursing*. November/December 2008. Vol. 23, No. 6, pp 497-505.

⁹⁹ RODRÍGUEZ Acelas, Alba Luz y GÓMEZ Ochoa, Ana. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Revista avances en enfermería*. VOL. XXVIII No. 1 ENERO-JUNIO 2010.

¹⁰⁰ BURKE L, Yang K, Acharya S. *Adherence to Cardiovascular Treatment Regimens*. Ovid Technologies, Inc. 2014.

¹⁰¹ BONILLA, Claudia Patricia y GUTIÉRREZ de Reales, Edilma. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *av.enferm.*, XXXII (1): 53-62, 2014.

¹⁰² SABATÉ Eduardo. Op Cit

contraposición, MUNRO¹⁰³ define la adherencia como persistencia en la práctica y el mantenimiento de las conductas de salud deseadas, como producto de la participación activa y el acuerdo. En este sentido, depende del desarrollo de una relación concordante y la toma de decisiones compartidas entre el paciente y el profesional de la salud.

Es claro que Enfermería como profesión brinda cuidados a las personas en estado de salud y/o enfermedad dentro de su ciclo vital, atendiendo las respuestas humanas de los individuos, familias y comunidades en forma integral¹⁰⁴. Así mismo, necesita diferentes teorías para entender los fenómenos que ocurren en la vida diaria, que son objeto de estudio e intervención durante la práctica profesional. En este orden de ideas, uno de los fenómenos que influye preponderante en el éxito de los tratamientos y la salud de las personas, está relacionado con la adherencia terapéutica y esta a su vez, es interpretado a través de grandes ejes conceptuales como el autocuidado y la autoeficacia.

El modelo conceptual de Autocuidado de Dorothea Orem, hace relación a la importancia de generar adecuadamente los requisitos y capacidades que deben tener las personas para mantener la vida y desarrollarse de una forma normal; así mismo, la agencia de autocuidado es un proceso de participación dinámico que le permite a la persona tomar decisiones, discernir y realizar acciones dirigidas a mantener la adherencia¹⁰⁵. Lo anterior, funciona como una estrategia para abordar e intervenir a aquellas personas con enfermedad cardiovascular y fomentar el autocuidado como un todo, aportando elementos disciplinares para intervenir un problema real que afecta a la población mundial¹⁰⁶.

La Teoría de la Autoeficacia emerge de la teoría social cognitiva y se construye a partir del determinismo recíproco, conceptualizando a la persona, la conducta y el ambiente como una interacción de reciprocidad triádica. A su vez, tiene dos grandes componentes: Las expectativas de autoeficacia, la cual hace referencia al sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertas situaciones de la vida y las expectativas de resultado, entendidas como la percepción que tienen las personas de las posibles consecuencias de una acción¹⁰⁷. Por lo antes comentado, se deduce que aquellas personas que se consideran a sí mismos como altamente eficaces en el cumplimiento de una determinada conducta, derivarán resultados favorables para ese comportamiento.

Por consiguiente, la teoría de autoeficacia ha sido utilizada en investigaciones por enfermería en aspectos como el cuidado, la educación, las competencias de enfermería a nivel profesional e investigaciones de intervención y las encaminadas en predecir comportamientos en el tiempo. Así mismo, estudios relacionados con los comportamientos asociados con el ejercicio, la actividad física, las habilidades de enfermería, la promoción de comportamientos de salud y el manejo de enfermedades

¹⁰³ MUNRO, Shannon. Op Cit., p.16

¹⁰⁴ OLIVARI, Cecilia y URRÁ, Eugenia. Autoeficacia y conductas de salud. CIENCIA Y ENFERMERIA XIII (1): 9-15, 2007

¹⁰⁵ VELANDIA, Anita et al. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. salud pública. 11 (4): 538-548, 2009

¹⁰⁶ OLIVELLA, Madeleine y Cols. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. AQUICHAN, VOL. 1 2 N° 1 - Chía, Colombia - abril 2012.

¹⁰⁷ SUAREZ, Pilar et al. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. Psicothema 2000. Vol. 12, Supl. n° 2, pp. 509-513

crónicas, hacen uso de los supuestos de Bárbara Resnick como máxima exponente en Enfermería quien determina la relación entre autoeficacia y comportamiento¹⁰⁸.

Por lo anterior, se puede evidenciar la relación directa entre Autocuidado-Adherencia – Autoeficacia, entendiendo que la adherencia es un fenómeno complejo que requiere de la capacidad de los individuos de llevar a cabo las indicaciones acordadas con el personal de salud y es así como se ve que las intervenciones que se propongan para tal fin deben ser adecuadamente diseñadas, individualizando la población, utilizando el pensamiento reflexivo y fomentando la habilidad de las personas para llevar a cabo comportamientos saludables, además de evaluar si las personas cuentan con los requisitos y las capacidades necesarias para mantener un adecuado balance que les permita generar conductas necesarias para adherirse de forma correcta a los tratamientos indicados¹⁰⁹.

Es relevante incluir elementos teóricos en la medición e intervención de fenómenos en salud; como lo afirma Lenz & Shortridge-Baggett¹¹⁰ en el desarrollo de instrumentos válidos y confiables para medir la autoeficacia es y ha sido un desafío permanente para Enfermería. Es así como el logro de la adherencia está influenciado por factores como la motivación, las creencias y la autoconfianza¹¹¹, generando la persistencia en la práctica, el mantenimiento de comportamientos y con gran relevancia la participación activa y el acuerdo, lo cual está relacionado con la autoeficacia.

En este sentido, para el logro de las metas en adherencia al tratamiento de personas con enfermedad cardiovascular es relevante la permanencia y continuidad en los comportamientos de salud, debido a que son patologías crónicas que requieren terapia por toda la vida para el control de la misma y la prevención de complicaciones, ya que la decisión de iniciar un tratamiento por sí sola no es suficiente para lograr cambios en salud, si esta no se mantiene durante toda la vida. La anterior proposición es sustentada a través de la teoría de autoeficacia y autodeterminación¹¹², sugiriendo que el grado de motivación para realizar un comportamiento debe estar interiorizado, generando el logro del mantenimiento de la conducta en salud.

Por consiguiente, es relevante para Enfermería involucrar más aspectos psicosociales de las teorías socio-cognitivas como la motivación, el mantenimiento y el aprendizaje en relación a las conductas de salud, que impacten en la salud pública y en el desarrollo disciplinar. Lo anterior sustenta la necesidad de tener un instrumento válido, con un sustento teórico sólido, que permita identificar la adherencia a los tratamientos de las personas con enfermedad cardiovascular.

Después de la revisión bibliográfica y análisis crítico, es evidente que la motivación y las creencias son atributos relevantes en la determinación de la adherencia al tratamiento, los cuales están inmersos en los juicios que realiza la persona en reconocer las capacidades y resultados que obtiene al realizar acciones en el cuidado de la salud. Lo

¹⁰⁸ PETERSON, Sandra and BREDOW Timothy. Barbara Resnick in Middle range theoris. Third edition. Wolters Kluwer Healt. 2013.

¹⁰⁹ HERRERA Gina y SILVA Jorge. Resultados de intervenciones en adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial analizados desde el modelo de Dorothea Orem: una revisión integrativa. Universidad Nacional de Colombia, 2014.

¹¹⁰ LENZ, Elizabeth R. & SHORTRIDGE-BAGGETT, Lillie M. Self-efficacy in Nursing: Research and Measurement Perspectives. Vol. 15. Springer Publishing Company Inc., 2002. 116 p.

¹¹¹ MUNRO, Shannon. Op Cit., p.16

¹¹² CONNER Mark. Initiation and Maintenance of Health Behaviors. En APPLIED PSYCHOLOGY: AN INTERNATIONAL REVIEW, 2008, 57 (1), 42–50.

anterior coincide con la postura teórica asumida por la autora del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” por lo que se conserva coherencia de construcción, con el fin de fortalecer este producto a nivel conceptual, aportando un instrumento válido y confiable a la comunidad científica y contribuyendo al desarrollo de la línea de investigación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Universidad Nacional.

Finalmente, el resultado de esta investigación será la base para la generación de propuestas investigativas que conlleven la identificación de estrategias de intervención en el medio Colombiano.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar la validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar la validez de constructo del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”.
- Determinar la confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”.

1.3. Definición de Conceptos

Autoeficacia

Son los juicios que hace la persona de sus capacidades para organizar y ejecutar sus acciones. A su vez, se conceptualiza como la relación recíproca entre la persona, ambiente y comportamiento; demostrando que a través del pensamiento reflexivo, uso del conocimiento, destrezas y otras herramientas de autoinfluencia, la persona decide cómo comportarse¹¹³.

Adherencia al Tratamiento

Es el juicio que ejecuta una persona en relación con la participación activa en el inicio y mantenimiento de un tratamiento, tomando como base sus capacidades, motivación y

¹¹³ LIEHR, Patricia and SMITH Jane. Op Cit

conocimientos, con elementos relevantes de autocuidado y autoeficacia; para el logro de las metas acordadas con el personal de salud que redundan en el control de su enfermedad y prevención de complicaciones^{114,115}.

Adherencia al Tratamiento Farmacológico

Son prácticas de cuidado que las personas deciden ejecutar, motivadas por la creencia de los beneficios que conlleva el consumo correcto de medicamentos, tomando como referente los conocimientos y reconociendo sus capacidades en el mantenimiento de estos comportamientos saludables, los cuales son acordados con el prestador de salud^{116,117}.

Adherencia al Tratamiento no Farmacológico

Son prácticas de cuidado que las personas deciden ejecutar, motivadas por la creencia de generar cambios en el estilo de vida y disminuir el riesgo, tomando como referente los conocimientos, la motivación y reconociendo sus capacidades en el mantenimiento de estos comportamientos saludables, los cuales son acordados con el prestador de salud¹¹⁸.

Enfermedad Cardiovascular

Es un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos que conlleva alteración de la irrigación sanguínea en diferentes órganos generando hipo perfusión tisular de los mismos¹¹⁹. Entre los que se incluyen: La cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, arritmias cardíacas, la cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares¹²⁰.

Definición Operativa

En esta investigación metodológica se tomará el “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”, que tiene como dimensiones las expectativas y las conductas de autoeficacia, el seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, la necesidad de apoyo para la adherencia, las conductas de adherencia a largo plazo, el manejo de las situaciones tensionantes y la realización de actividad física.

¹¹⁴ Ibid

¹¹⁵ OLIVELLA, Madeleine y Cols. Op Cit

¹¹⁶ BANDURA, Albert. Op Cit. p. 191-215.

¹¹⁷ NOAR, S. M., & Zimmerman, R. S. Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? *Health Education Research* . 2005. 275–290

¹¹⁸ RESNICK, Barbara et al. Evaluating the components of the Exercise Plus Program: rationale, theory and implementation. *HEALTH EDUCATION RESEARCH*. Vol.17 no.5 2002, Pages 648–658.

¹¹⁹ BASTIDAS Clara Victoria, OLIVELLA Madeleine Fernández, BONILLA Claudia Patricia. Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular. *AVANCES EN ENFERMERÍA • VOL. XXX N.º 1 ENERO-ABRIL 2012*

¹²⁰ OMS. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva, Enero de 2015. Artículo disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>, consultado el 11/10/2015.

Este instrumento presenta 29 ítems de los cuales 27 tienen una opción de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre) y los 2 ítems restantes respuestas de selección múltiple. La puntuación mínima es de 29 y la máxima de 174, determinando que un puntaje mayor indica una mejor adherencia al tratamiento¹²¹.

¹²¹ACHURY, Luisa. Op. Cit., p.21

2. Marco Teórico

En este capítulo se presentan las posturas teóricas formales y sustantivas para el abordaje del fenómeno de la adherencia al tratamiento, desde el ámbito disciplinar y no disciplinar. Seguidamente el desarrollo de conceptos centrales a partir de la crítica de las piezas de investigación seleccionadas; posteriormente, la revisión y crítica de instrumentación consultada y la toma de decisiones respecto a la medición para el estudio.

2.1. Posturas Teóricas para el abordaje del fenómeno

Enfermería es una disciplina profesional que tiene la obligación de desarrollar y diseminar conocimiento y por consiguiente usarlo en la práctica¹²². En este sentido, la investigación realizada debe estar provista de teoría, que brinde sustento teórico y permita analizar objetivamente el fenómeno de interés. Por consiguiente, la teoría no es un fin en sí del desarrollo del conocimiento, sino un medio para su comprensión y sistematización; en donde las propuestas teóricas apuntan a conceptualizaciones e interpretaciones que deben estar ligadas a la clarificación de la práctica disciplinar¹²³.

Por consiguiente, necesita diferentes teorías para entender los fenómenos que ocurren en la vida diaria, que son objeto de estudio e intervención durante la práctica profesional. En este orden de ideas, uno de los fenómenos que influye preponderante en el éxito de los tratamientos y la salud de las personas está relacionado con la adherencia terapéutica, la cual es interpretada a través de grandes ejes conceptuales que se analizarán a continuación:

El concepto de autoeficacia fue propuesto por Bandura¹²⁴ en el año de 1977 con la publicación de la obra "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency", el cual tiene sus orígenes en la teoría social-cognitiva desarrollada por el mismo autor. Bandura describe que las bases del modelo de autoeficacia se dan en términos de una triada de causalidad recíproca, lo que significa que los tres componentes operan en interacción unos con otros. Estos son los determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos; en segundo lugar, la conducta y por último, las influencias ambientales.

¹²² FAWCETT & GARITY. Evaluation of the Utility of the Theory of practice. In: Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice. Cap. 14, FA Davis 2009. 255-272.

¹²³ DURÁN DE VILLALOBOS, María. Teoría de enfermería: ¿un camino de herradura? En: Aquichán. Vol. 7, No. 2.oct. 2007

¹²⁴ BANDURA, Albert. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. Stanford University. American Psychologist, vol 37, N° 2, February 1982.

La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias que tienen las personas acerca de sus propias capacidades para ejecutar los actos y lograr determinados resultados¹²⁵, tomando como referente el apoyo social como parte fundamental del proceso y buscando el rendimiento deseado. Por consiguiente, es una creencia que incide en la adherencia a los tratamientos, especialmente en aquellos en los cuales es prioritario que el paciente ponga en práctica ciertas habilidades o destrezas como: cumplir con una dieta, realizar actividad física, cohibirse de sustancias que puedan alterar la salud. Por consiguiente, la autoeficacia no hace referencia a los recursos que dispone la persona, sino a la opinión que tenga sobre lo que puede hacer con ellos e insistir en que es un proceso continuo, de acompañamiento y seguimiento.

Así mismo, la teoría de autoeficacia toma como pilar la motivación humana y la conducta, las cuales están reguladas por el pensamiento, enmarcadas por tres tipos de expectativas¹²⁶: en primer lugar, las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal; las de resultado, que se refieren a la creencia de que una conducta producirá determinados resultados, y las de autoeficacia percibida, que se refieren a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

Bandura¹²⁷ identificó un aspecto importante de la conducta humana, relacionado con las creencias de las personas y el desarrollo de su auto-percepción acerca de la capacidad; haciendo hincapié en la autoeficacia como medio en que la persona alcance las metas que se proponga a través de la capacidad de controlar las variables del ambiente.

Por su parte, el Modelo conceptual de Autocuidado de Dorothea Orem, se define como la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar¹²⁸. Así mismo, estas actividades necesarias para mantener la salud se aprenden y están condicionadas por factores como la edad, la madurez y la cultura. Lo anterior tiene relevancia al generar adecuadamente los requisitos y capacidades que deben tener las personas para mantener la vida y desarrollarse.

Dentro de este Modelo se menciona la agencia de autocuidado, la cual tiene relación con los factores básicos condicionantes que influyen sobre las capacidades de las personas para ejecutar el autocuidado de tipo y calidad requeridas; a su vez está influenciado por factores internos y externos que permiten discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y tomar decisiones¹²⁹.

Por consiguiente, la agencia de autocuidado se concibe como un proceso de participación dinámico que le permite a la persona tomar decisiones, discernir y realizar acciones dirigidas a mantener la adherencia. Lo anterior, funciona como una estrategia

¹²⁵ OLAZ Fabián, SILVA María Inés, PÉREZ Edgardo. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Marzo de 2001. Disponible en <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>

¹²⁶ BANDURA, Albert. Self-Efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press, 1995. 334 p.

¹²⁷ BANDURA, A. Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977, Vol 84, N° 2, pp. 191-215.

¹²⁸ LOPEZ DIAZ, Alba Lucero y GUERRERO GAMBOA, Sandra. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. educ. enferm* [online]. 2006, vol.24, n.2, pp. 90-100. ISSN 0120-5307

¹²⁹ NAVARRO PEÑA Y, CASTRO SALAS M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, N° 19. Junio de 2010.

para abordar e intervenir aquellas personas con enfermedad cardiovascular y fomentar el autocuidado como un todo, aportando elementos disciplinares para intervenir un problema real que afecta a la población mundial.

Adicionalmente, este modelo hace referencia a la “capacidad de agencia de autocuidado” que contempla habilidades personales de tipo cognoscitivos e intelectuales, relacionadas con el conocimiento para decidir las acciones de autocuidado que se requieran, habilidades psicomotoras para ejecutar dichas acciones específicas y habilidades de dominio y motivación para tomar decisiones y actuar¹³⁰. Al respecto Orem, refiere que para desarrollar estas habilidades las personas deben de contar con tres elementos: capacidades fundamentales y disposición de autocuidado las cuales son habilidades esenciales en el ser humano, corresponden a la sensación, la percepción, la memoria y la orientación; componentes de poder que están relacionados con las capacidades que facilitan el autocuidado, le permiten a la persona comprometerse con su autocuidado, valorar su salud en relación con el control de movimientos, habilidad para razonar, motivación para la acción, habilidad para la toma de decisiones, los cuales tienen una relación directa con la determinación de la adherencia y brindan luces en cómo se debe abordar efectivamente el fenómeno. Por último, el apoyo y acompañamiento del profesional de enfermería, enmarcados dentro de la teoría de sistemas de Enfermería, la cual está dirigida al beneficio de las personas, en donde el profesional debe poner en práctica sus habilidades para diseñar, dirigir y mantener sistemas de autocuidado terapéutico a las personas que están a su cargo.

Las piezas investigativas apoyan la idea de que la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular es un comportamiento de autocuidado^{131,132,133,134}; determinando que el autocuidado es una conducta, se convierte en un hecho real, en una acción producto del aprendizaje, en donde interactúan el profesional de enfermería y la persona o ser cuidado¹³⁵. Para que estas actividades sean asimiladas debe mediar un proceso educativo en el que se oriente y supervisen las acciones antes de ser realizadas en forma autónoma por la persona. Así mismo, los investigadores han demostrado que el fomento del autocuidado que promueve la adherencia del paciente puede reducir la morbilidad, la mortalidad y por supuesto, optimizar los resultados clínicos. De igual forma se hace referencia a la teoría motivacional y de la autodeterminación (TAD) como sustento teórico de la adherencia a los tratamientos no farmacológicos¹³⁶.

¹³⁰ ACHURY BELTRÁN et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [en línea] 2012, 14 (Julio-Diciembre)

¹³¹ BONILLA, C y Gutiérrez de Reales. Op Cit

¹³² ORTIZ SUÁREZ, Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en enfermería*. XXVIII (2): 73-87, 2010

¹³³ DICKSON, V. Howe, A., Deal, J., & McCarthy, M. M. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart & Lung*, 2012, 41(1), 5-14.

¹³⁴ HAN et al. Measuring Self-care in Patients With Hypertension A Systematic Review of Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*. January/February 2014. Vol. 29, No. 1, pp 55 Y 67

¹³⁵ OLIVELLA, Madeleine y Cols. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *AQUICHAN*, VOL. 1 2 N° 1 - Chía, Colombia - abril 2012.

¹³⁶ GONZÁLEZ David, SICILIA Alvaro y FERNÁNDEZ Alberto. Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: medición de la regulación integrada en el contexto español. *Psicottiema* 2010. Vol. 22, N°4, pp. 841-847

Continuando con el análisis conceptual, Bárbara Resnick¹³⁷ brinda una Teoría de mediano rango de Enfermería basada en el Modelo de autoeficacia, la Teoría social cognitiva y el determinismo recíproco, conceptualizando a la persona, la conducta y el ambiente como una interacción de reciprocidad triádica, la cual permite considerar la creencia de que el comportamiento cognitivo, los factores personales y las influencias ambientales funcionan integradamente como determinantes del comportamiento.

Resnick define la autoeficacia como el juicio que hace el individuo de sus capacidades para organizar y ejecutar diferentes acciones. El centro de esta teoría es la suposición que las personas pueden ejercer influencia sobre lo que hacen a través del pensamiento reflexivo, usando el conocimiento, las destrezas y otras herramientas de autoinfluencia como argumentos para la decisión de cómo comportarse. Para determinar la autoeficacia una persona debe tener la oportunidad para la auto-evaluación o la capacidad de comparar la producción individual a algún tipo de criterio de evaluación.

Teniendo en cuenta lo anterior, Resnick describe las Expectativas de autoeficacia como juicios sobre la capacidad de una persona para llevar a cabo una tarea en particular que lleve a un logro y las Expectativas de resultados como juicios acerca de lo que ocurriría si una tarea determinada se realiza con éxito. Así mismo, analiza cuatro fuentes de información que influyen en el juicio acerca de la auto-eficacia, los cuales son el logro de puesta en acto, que es el rendimiento real de la conducta deseada; la experiencia vicaria, entendida como la experiencia de la persona de observar a otros que son similares y el deseo de realizar un comportamiento particular; la persuasión verbal, que es el estímulo de otros, señalando la capacidad del individuo para realizar el comportamiento deseado y la retroalimentación fisiológica, que es la experiencia corporal mientras se realiza el comportamiento deseado.

La teoría de autoeficacia ha sido utilizada en investigaciones por enfermería en aspectos como el cuidado, la educación, las competencias de enfermería a nivel profesional e investigaciones de intervención encaminadas en fortalecer la adherencia al consumo de medicamentos, la dieta saludable y el ejercicio¹³⁸. Así mismo, se ha incorporado en estudios relacionados con los comportamientos asociados con el ejercicio¹³⁹, la actividad física, las habilidades de enfermería, la promoción de comportamientos de salud y el manejo de enfermedades crónicas.

Con respecto al uso de la autoeficacia en el manejo de la enfermedad crónica, Gortner y colaboradores referenciados por Liehr y Smith¹⁴⁰, fueron las primeras enfermeras en utilizar en investigación los conceptos de autoeficacia en la enfermedad crónica y especialmente de tipo cardiovascular, como también el uso de la teoría en intervenciones posterior a la cirugía cardíaca, la ayuda a pacientes en el manejo de la falla cardíaca congestiva, la hipertensión arterial, la diabetes, la artritis reumatoide, el cáncer, la enfermedad renal y mental, entre otras.

¹³⁷ SMITH, Mary Jane & LIEHR, Patricia. Middle Range Theory for Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2003. Pag 197-223

¹³⁸ RESNICK, Barbara et al. Pilot Testing of the PRAISEDD Intervention Among African American and Low-Income Older Adults. Journal of Cardiovascular Nursing. September/October 2009. Vol. 24, No. 5, pp 352Y361

¹³⁹ RESNICK et al. Op cit. p. 648-658

¹⁴⁰ LIEHR, Patricia and SMITH Jane, Op cit.

Por lo anterior, se puede evidenciar la relación directa entre Autocuidado-Adherencia – Autoeficacia, entendiendo que la adherencia es un fenómeno complejo que requiere de la capacidad de los individuos de llevar a cabo las indicaciones acordadas con el personal de salud y es allí en donde se ve que las intervenciones que se propongan para tal fin deben ser adecuadamente diseñadas, individualizando la población, utilizando el pensamiento reflexivo y fomentando la habilidad de las personas para llevar a cabo comportamientos saludables. Adicionalmente, permite evaluar si las personas cuentan con los requisitos y las capacidades necesarias para mantener un adecuado balance que les permita generar conductas necesarias para adherirse de forma correcta a los tratamientos indicados.

Lenz & Shortridge-Baggett¹⁴¹ hacen referencia a la necesidad de desarrollar instrumentos válidos y confiables para medir la autoeficacia, lo cual es un desafío permanente para Enfermería. Por consiguiente, para el logro de la adherencia en los pacientes es importante tener en cuenta factores como la motivación, creencias y confianza; generando la persistencia en la práctica, el mantenimiento de comportamientos y con gran relevancia la participación activa y el acuerdo¹⁴², lo cual está relacionado con la autoeficacia. Lo antes planteado justifica la necesidad de incluir elementos teóricos en la medición e intervención de fenómenos en salud.

Desde los abordajes teóricos no formales o sustantivos, la adherencia vista desde la autoeficacia se refiere al conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las prescripciones médicas que conllevan al control de la enfermedad¹⁴³. Este conjunto de comportamientos explícitos tendría que contemplar si el paciente ingiere los medicamentos y alimentos prescritos, si sus conductas son efectivas para mejorar su salud y su creencia de si considera que lo que hace es eficaz para controlar su enfermedad. A su vez, este Modelo está inmerso en el abordaje de algunos instrumentos de auto informe, los cuales se centran en el Modelo de creencias de salud^{144,145}. En este sentido, Voils et al¹⁴⁶ diseñaron un instrumento para medir la adherencia a la medicación bajo el Modelo de autoeficacia. De igual forma se reportan estudios con base en los comportamientos explícitos de la teoría motivacional¹⁴⁷.

A partir de estos enfoques, la adherencia se ha conceptualizado ampliamente, teniendo en cuenta los resultados investigativos, el contexto y otras variables, definiéndola como “colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud”¹⁴⁸. Por su parte, Osterberg y Blaschke definen la adherencia como “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, desde el punto de vista de los hábitos

¹⁴¹ LENZ, Elizabeth R. & SHORTRIDGE-BAGGETT, Lillie M. Self-efficacy in Nursing: Research and Measurement Perspectives. Vol. 15. Springer Publishing Company Inc., 2002. p. 116

¹⁴² MUNRO, Shannon. Op Cit., p.16

¹⁴³ TRUJANO, Rocío et al. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Altern. psicol. v.14 n.20 México mar. 2009

¹⁴⁴ ROLLEY John and Cols., Op cit.

¹⁴⁵ TRUJANO, Rocío et al. Op Cit. p.31

¹⁴⁶ VOILS et al. Op Cit., p.16

¹⁴⁷ GONZÁLEZ David, Sicilia Álvaro y Fernández Alberto. Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: medición de la regulación integrada en el contexto español. Psicotiema 2010. Vol. 22, N°4, pp. 841-847

¹⁴⁸ HOLGUÍN, L., CORREA, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ Psychol., 5, 535-547.

o estilos de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente”¹⁴⁹.

MUNRO refiere que la adherencia está influenciada por el significado de la salud, las enfermedades cardiovasculares, el sentido de riesgo personal, así como el estatus socioeconómico, el apoyo a las decisiones, la motivación, el deseo de cambio, la autoeficacia y las fuentes de información de salud. Así mismo, enfatiza en la persistencia en la práctica y el mantenimiento de las conductas de salud deseadas como resultado de la participación activa y el acuerdo¹⁵⁰. En este mismo sentido, hace hincapié a los atributos de la adherencia exitosa, los cuales deben incluir la alineación de la conducta del paciente y las recomendaciones en salud, el dominio de una nueva conducta, el conocimiento, las relaciones de colaboración entre el paciente y el cuidador de la salud y su capacidad percibida para cumplir con las metas de resultados. Finalmente enfatiza que el cambio que está motivado internamente es más probable que sea exitoso en lugar de la búsqueda del paciente para complacer al proveedor de salud.

Por lo anterior, la adherencia debe ser considerada como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y autoexhortativos que conducen a la participación y la comprensión del tratamiento por parte del paciente, de manera conjunta con el profesional de la salud. La buena comunicación entre el personal de salud y el paciente, se identifica como un factor que puede potenciar la adherencia. Así mismo, la educación, el establecimiento de objetivos y el apoyo social pueden ayudar al paciente a controlar su enfermedad¹⁵¹.

2.2. Desarrollo de conceptos centrales desde la crítica de las piezas de investigación seleccionadas

Se analizaron 37 piezas de investigación entre los años 2004 y 2015 que se relacionaron con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con patologías crónicas y en especial las enfermedades cardiovasculares.

La adherencia se ha descrito desde lo cualitativo como un trabajo¹⁵², que difiere en la percepción de la naturaleza y complejidad; por parte de los pacientes lo perciben como un “trabajo duro” y por parte de los profesionales como “fácil”; los pacientes se perciben a sí mismos con la comprensión de qué hacer, pero necesitan ayuda con la forma de llevar a cabo el auto-cuidado. Adicionalmente, un estudio presenta algunos atributos para el consumo apropiado del medicamento mencionado como las preocupaciones personales, la interpretación de los síntomas, las situaciones de privacidad y el contexto cultural, los cuales son determinantes en la relación paciente – personal de salud e influyen en la decisión de tomar el fármaco¹⁵³.

¹⁴⁹ OSTERBERG, L. & BLASCHKE, T. Adherent to medication. N Eng J Med, 2005. 353, 487-497.

¹⁵⁰ MUNRO, Shannon. Op. Cit., p.16

¹⁵¹ HERRERA GUERRA, Eugenia. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Revista avances en enfermería, VOL. XXX N.º 2 mayo-agosto 2012

¹⁵² GRANGER BB, SANDELOWSKI M, TAHSHJAIN H, SWEDBERG K, EKMAN I. Op Cit.

¹⁵³ L.E. Rose et al. Op Cit.

Continuando con el análisis cualitativo, se hace mención a la categoría de susceptibilidad percibida, definiéndola como la percepción subjetiva del riesgo de desarrollar una enfermedad y la aceptación de un diagnóstico. En este sentido, se evidencia una negación ante un diagnóstico de enfermedad crónica, describiendo a la persona que no experimenta síntomas como un individuo que cree sentirse bien y que tiene menos probabilidad de que tenga una adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico¹⁵⁴. Sumado a lo anterior, se menciona que las personas emprenden comportamientos hacia la adherencia terapéutica cuando experimentan síntomas relacionados con la enfermedad crónica y cuando perciben mejoramiento de los mismos abandonan el tratamiento indicado, lo cual tiene injerencia en la permanencia del tratamiento a través del tiempo.

Un estudio cualitativo realizado en personas con factores de riesgo cardiovascular con el método de grupos focales, identificó las categorías relacionadas con el control y la reducción del riesgo, destacándose la planificación de acciones de salud y el control del comportamiento para la reducción del riesgo. Algunos de los participantes, en particular los hombres y mujeres más jóvenes (<40 años), tenían menos probabilidades de seguir estilos de vida saludable relacionados con el consumo de una dieta saludable y supresión de alimentos grasos. Al contrario, los mayores de 40 años refieren que fueron capaces de identificar sus debilidades personales para el control de factores de riesgo¹⁵⁵.

Desde la investigación cuantitativa revisada, la adherencia al tratamiento farmacológico se ha descrito como el consumo correcto de fármacos, la dosis, la vía de administración, la asistencia a los controles clínicos y la persistencia en la duración del tratamiento, tomando como referente las indicaciones dadas por el médico. En este sentido, un estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas reporta una adherencia al tratamiento en un 51,7%, justificado el 13,1% en razones como el incumplimiento de las recomendaciones, 42,4% el olvido en alguna toma, 3,2% la duplicación de alguna dosis, 50,1% la presencia de algún error en la dosis, el 62,1% la presencia de algún error de frecuencia, un 23,5% la presencia de alguna alergia medicamentosa¹⁵⁶. De igual forma, se describe la relación inversamente proporcional definida como a mayor número de medicamentos ordenados, menor tasa de adherencia.

Con relación al tratamiento no farmacológico se ha descrito el cumplimiento de hábitos de vida saludable relacionados con la ejecución de actividad física, el consumo de una dieta saludable, la disminución de peso, la ausencia de hábito de fumar, el no consumo de bebidas alcohólicas entre otras. En este sentido, Torresani et al¹⁵⁷ hace referencia que las pacientes que descendieron por semana 1% ó más del peso corporal inicial fueron las que presentaron una percepción de la adherencia al tratamiento mayor al 70%.

Dentro del proceso de revisión, se hallaron estudios no experimentales de tipo correlacional, los cuales miden la relación entre medición de la adherencia a través de

¹⁵⁴ ÁVILA Sansores, G. M., GÓMEZ-AGUILAR, P., Yam-Sosa, A. V., Vega-Argote, G., Franco-Corona, B. E. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan*. 2013, Vol. 13, No. 3, 373-386.

¹⁵⁵ CHAN et al. *Op Cit*.

¹⁵⁶ NÚÑEZ Montenegro AJ, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.003>

¹⁵⁷ TORRESANI M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *diaeta (B.Aires)* 2011; 29(137):31-38

instrumentos de autoinforme con indicadores clínicos. En este sentido se han realizado estudios en diferentes países, relacionando instrumentos de autoinforme con medición de la tensión arterial hallando que la adherencia al tratamiento antihipertensivo a los 6 meses de iniciado no superó el 50%, determinando la existencia de una relación directa entre las personas que reportan adherencia farmacológica con el control de la tensión arterial¹⁵⁸; así mismo, a mayor número de fármacos menor control de la presión arterial y menor adherencia al tratamiento¹⁵⁹.

Continuando con el análisis de estudios correlacionales, se hace referencia a un estudio que evalúa la relación entre factores de adherencia y control de la terapia anticoagulante mediante el establecimiento del índice de estandarización internacional (INR), estableciendo que no hay asociación significativa entre adhesión y control de la anticoagulación¹⁶⁰. Así mismo, se evaluó la adherencia terapéutica en enfermos crónicos y la relación establecida entre éstos y los médicos que los atienden, demostrando concordancia entre la información sobre el tratamiento suministrada por el médico con mayor adherencia, resaltándose la importancia de la relación entre el médico y el paciente, como factor que influye en el control de las enfermedades crónicas¹⁶¹. A esto se añade que la baja adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos está relacionada con la percepción de apoyo social inadecuado¹⁶². Es claro que no existe la estrategia ideal de intervención que motive a la adherencia y su permanencia del tratamiento, aunque las intervenciones multimodales tienen mayor probabilidad de éxito que las intervenciones unimodales¹⁶³. Sin embargo, ameritan mayor atención por parte del personal de salud, seguimiento y costos; lo que hace difícil ponerlas en práctica, teniendo en cuenta el estado actual del sistema de salud colombiano.

En relación con las intervenciones para mejorar la adherencia, Haynes¹⁶⁴ realizó una revisión sistemática determinando diferentes tipos de intervenciones solas o combinadas relacionadas con instrucciones oral y escritas, intervenciones para mejorar la comunicación a través de seguimiento telefónico, mensajes por computador, motivando el automonitoreo de la presión arterial entre otras; determinando que los métodos usados son complejos, no predecibles e ineficaces. Finalmente, las intervenciones encontradas cumplen las consideraciones teóricas, fisiológicas y empíricas sobre la atención óptima, sin tener en cuenta la práctica centrada en el paciente, como las preocupaciones, el entorno, la cultura, los estereotipos, las molestias, el costo y los efectos adversos del tratamiento.

¹⁵⁸ INGARAMO, Roberto y Cols. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005; 34: 104-111.

¹⁵⁹ NOACK Karin y cols. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. REVISTA ANACEM. VOL.VII N°2 , 2013

¹⁶⁰ ÁVILA, Christiane et al. Adhesión farmacológica al anticoagulante oral y factores que influyen en la estabilidad del índice de estandarización internacional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jan.-feb. 2011.

¹⁶¹ TRUJANO, Roció et al. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. LIBERABIT: Lima (Perú) 17(2): 223-230, 2011.

¹⁶² CASTAÑO, José et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (Colombia) 2011. Rev. Fac. Med. 2012 Vol. 60 No. 3: 179-197

¹⁶³ HO, Michael et al. Medication Adherence Its Importance in Cardiovascular Outcomes. Circulation. 2009;119:3028-3035

¹⁶⁴ HAYNES, Brian. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. JAMA, December 11, 2002—Vol 288, No.22

2.3. Revisión y crítica de instrumentación en la medición del fenómeno

La revisión de literatura reporta que la medición de la adherencia es diversa en métodos, los cuales miden directa o indirectamente el fenómeno, haciendo énfasis en sus ventajas y limitantes al utilizar cada uno de ellos o al sugerir el uso combinado de estos métodos. En este sentido se hace mención a los métodos electrónicos (MEMS), auto reporte, informes de farmacia y pruebas específicas de laboratorio. Resaltando que el primero de ellos es muy costoso, poco accesible y la información es limitada con respecto a identificar si verdaderamente el paciente ingiere el medicamento y la dosis indicada. En relación con los instrumentos de auto informe los definen como costo efectivos y costo eficientes para tener acceso a la información y asumir si el paciente realmente es adherente al tratamiento^{165,166}. Se concluye que los resultados clínicos son medidas indirectas de la adherencia, mientras que los comportamientos del paciente como la pérdida de peso, el ejercicio y el tomar la medicación son medidas directas de la adherencia¹⁶⁷.

En la literatura se menciona que la medición de la adherencia al tratamiento es necesaria para optimizar el manejo de los pacientes. Es así como la adherencia farmacológica engloba conceptos como cumplimiento de dosis, forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito¹⁶⁸.

En relación a la producción de estudios psicométricos relacionados con la temática, se describen diferentes tipos de investigaciones que tienen como objetivos el diseño de una escala de medición del fenómeno de la adherencia al tratamiento farmacológico, validación y confiabilidad. En este sentido se menciona el desarrollo de un instrumento de autoinforme en Cuba denominado Martin Bayarre-Grau (MBG), el cual evalúa los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos y el cumplimiento de las recomendaciones con el medicamento, la dieta y el ejercicio en forma general, el cual reporta un Alfa de Cronbach de 0,889¹⁶⁹. Dentro de este contexto, se menciona la escala desarrollada en México para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos, basada en comportamientos explícitos que incluye la información sobre el padecimiento, el régimen terapéutico, la interacción con el médico y la autoeficacia del paciente; denominada esta "Escala de Adherencia Terapéutica" (EAT)¹⁷⁰, que cuenta con 21 ítems y reporta un Alpha de Cronbach de 0.919. Es de resaltar que un estudio realizado en el 2011 detectó problemas de validez del anterior instrumento en la dimensión de autoeficacia, la cual evalúa la percepción del paciente en relación las creencias de comportamientos benefician la salud¹⁷¹. Por último, los autores sugieren realizar

¹⁶⁵ NOGUÉS Solán X, SORLI Redó ML, VILLAR García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24: 138-141.

¹⁶⁶ ROLLEY John and Cols. Medication Adherence Self-report Instruments Implications for Practice and Research. *Journal of Cardiovascular Nursing*. November/December 2008. Vol. 23, No. 6, pp 497-505.

¹⁶⁷ BURKE L, Yang K, Acharya S. Adherence to Cardiovascular Treatment Regimens. Ovid Technologies, Inc. 2014

¹⁶⁸ NOGUÉS SOLÁN X, Sorli Redó ML, Villar García J. Op Cit.

¹⁶⁹ LIBERTAD MARTÍN Alfonso; Héctor D. Bayarre Veá. Op Cit

¹⁷⁰ TRUJANO, Rocio et al. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* v.14 n.20 México mar. 2009

¹⁷¹ TRUJANO, Roció et al. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *LIBERABIT: Lima (Perú)* 17(2): 223-230, 2011.

validaciones diferentes a las originalmente desarrolladas en sus estudios, con el fin de esclarecer la sensibilidad y especificidad del instrumento^{172,173,174}.

Continuando con el análisis del nivel psicométrico, la escala de Morisky Grenn es un instrumento de autoreporte que mide la adherencia a la medicación diseñado inicialmente en 1986, el cual presentaba cuatro (4) ítems, con respuestas dicotómicas, midiendo la percepción subjetiva de la toma de la medicación, reportando un Alfa de Cronbach de 0,61¹⁷⁵, con amplio uso a nivel mundial^{176,177,178,179,180}. De igual forma se evalúan las propiedades psicométricas de la versión con 8 ítems¹⁸¹ que reporta un Alfa de Cronbach de 0,83 y una asociación significativa con el control de la presión arterial ($P < 0,05$), adicionalmente reportan una sensibilidad y especificidad de 93% y 53% respectivamente. Los primeros siete ítems continúan con el tipo de respuestas dicotómicas y el último ítem presenta una escala Likert. Es claro que este instrumento solo evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico, con énfasis en el paciente con hipertensión arterial.

En este sentido, se han realizado validaciones del test de Morisky Green en otros países como Francia¹⁸² y Korea¹⁸³, determinado que es un instrumento de fácil aplicación, que evalúa exclusivamente la adherencia al tratamiento farmacológico, presentando limitaciones como la tendencia a sobreestimar la no adhesión, validez y confiabilidad baja y un uso casi exclusivo en pacientes hipertensos.

Por el contrario, se reporta el diseño de instrumentos que miden la adherencia exclusivamente a los tratamientos no farmacológicos como el Cuestionario de la Regulación de la Conducta en el Ejercicio (BREQ-3)¹⁸⁴, el cual tiene como referente la teoría motivacional y puntualmente la teoría de la autodeterminación (TAD). El análisis de consistencia interna reveló valores Alfa de Cronbach de 0.87 para regulación intrínseca y 0.87 para regulación integrada.

La literatura hace referencia a la producción de instrumentos de medición de la adherencia en patologías específicas como la falla cardiaca, el cual por sus condiciones clínicas específicas que evalúa no es posible aplicar a otro tipo de pacientes¹⁸⁵. La Escala de diagnóstico de adherencia a la medicación (DAMS), basada en el recuerdo de

¹⁷² LIBERTAD Martín Alfonso; Héctor D. Bayarre Vea, Jorge A. Grau Ábalo. Op Cit

¹⁷³ TRUJANO, Roció et al. Op Cit

¹⁷⁴ MARTÍNEZ, José et al. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. Revista médica Vol 17 N°2, Diciembre de 2011.

¹⁷⁵ MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67 Y 74

¹⁷⁶ INGARAMO, Roberto y Cols. Op Cit.

¹⁷⁷ ROLLEY John and Cols. Op Cit.

¹⁷⁸ ÁVILA, Christiane et al. Op Cit.

¹⁷⁹ CASTAÑO, José et al. Op Cit.

¹⁸⁰ GARFIELD et al. Op Cit.

¹⁸¹ MORISKY DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10(5):348Y354.

¹⁸² KORB-SAVOLDELLI et al. Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. The Journal of Clinical Hypertension Vol 14 | No 7 | July 2012

¹⁸³ KIM JH, et al. Psychometric Properties of a Short Self-Reported Measure of Medication Adherence Among Patients With Hypertension Treated in a Busy Clinical Setting in Korea. J Epidemiol 2014;24(2):132-140

¹⁸⁴ GONZÁLEZ David, SICILIA Alvaro y FERNÁNDEZ Alberto. Op Cit

¹⁸⁵ ACHURY Saldaña, DM., Sepúlveda Carrillo, GJ.,Rodríguez Colmenares, SM., Giraldo, IC. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardiaca. Revista electrónica trimestral de enfermería. N° 26. Abril de 2012

las dosis que los pacientes perdieron o no tomaron durante un período de 7 días, está dirigida a medir la adherencia farmacológica para todos los medicamentos, indicada a cualquier persona con enfermedad, en seguimiento rutinario de la práctica clínica¹⁸⁶.

A nivel local, se diseñó el instrumento que mide los “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, por Bonilla y De Reales en el año 2006; el cual se basó en el esquema de las dimensiones sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en enfermedades crónicas propuesto por la OMS¹⁸⁷. Este instrumento fue sometido a pruebas de validez facial y de contenido, logrando tener una escala de 72 ítems y validez de contenido de 0,91. A partir del 2006, otros investigadores han contribuido al avance de su validación y de pruebas en la práctica, reduciendo el número de ítems, resultando dos versiones del instrumento en mención, uno de ellos con 53 ítems con un índice de Alfa de Crombach de 0.82 y el instrumento de 24 ítems con un índice Alfa de Crombach de 0.84. Actualmente este instrumento se ha aplicado en varias ciudades del país y en diversos países¹⁸⁸.

Bonilla y de Reales¹⁸⁹ recomiendan determinar la validez de constructo con análisis factorial de tipo exploratorio al instrumento de 53 ítems con una muestra mayor de 485 sujetos. Las autoras sugieren denominar a este instrumento de aquí en adelante: Escala para evaluar grados de riesgo para la no adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo cardiovascular. Finalmente, recomiendan probar este instrumento en personas con enfermedades crónicas de otro tipo diferentes a las cardiovasculares, para evidenciar la confiabilidad del instrumento en otro tipo de poblaciones clínicas, teniendo en cuenta lo descrito por la OMS en relación a la adherencia en padecimientos crónicos.

Posterior a la revisión de bibliografía, se puede establecer que la mayoría de instrumentos determinan el nivel de coherencia interna, el cual se refiere a la capacidad del instrumento de medir siempre igual, no obstante carecen de un constructo definido para el diseño de la escala. Así mismo, se hace relevante vincular referentes teóricos para la comprensión precisa de dicho constructo.

2.4. Construcción y diseño de instrumentos para la medición en salud

La medición es la estrategia más indicada en valorar un determinado tópico y analizarlo estadísticamente, considerándose como la actividad fundamental dentro del desarrollo del conocimiento. Medir, es darle a cada una de las unidades de observación un valor o colocarla en una categoría dentro de un grupo de valores que representan el aspecto de interés de acuerdo con reglas que se han establecido previamente¹⁹⁰. La recolección de información por medio de una serie de preguntas y su medición es un componente

¹⁸⁶ GARFIELD et al. Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical Practice. BMC Health Services Research 2012, 12:350

¹⁸⁷ RODRÍGUEZ, ALBA Y GÓMEZ ANA. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *av.enferm.*, XXVIII (1): 63-71, 2010

¹⁸⁸ BONILLA, Claudia Patricia y GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Op Cit

¹⁸⁹ Ibid.

¹⁹⁰ DELGADO, Mario. Conceptos de medición en investigación clínica. Unidad de epidemiología clínica. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. 2000, p. 1-12.

básico de todos los diseños empleados en investigación clínica y de campo. De esta manera, la medición de variables implica clasificar las personas en categorías o colocarlas en un punto determinado de una dimensión¹⁹¹.

La medición de las diferentes variables en salud de una persona puede ejecutarse a través de pruebas diagnósticas o de laboratorio, o en su lugar puede centrarse en indicadores sobre los cuales una persona hace una apreciación. En este sentido, se hace mención de la Psicometría, entendida esta como una especialidad de la psicología encargada de estudiar los procesos de medición, reuniendo un conjunto de modelos formales que establecen las bases para la medición de fenómenos psicológicos y educacionales¹⁹².

Para llevar a cabo las diferentes mediciones se recurre a estrategias de reunir las características de la entidad en categorías un poco más gruesas que siempre están presentes, denominándolo como desarrollo de una estructura de dominios o factores. A su vez, los dominios o factores se medirán a partir de una colección de ítems¹⁹³. El ítem (reactivo) es una pregunta o un aspecto de exploración específico cuya respuesta o resultado puede darse en un nivel categórico o continuo, siendo la unidad básica de información de un instrumento de medición.

Validez:

La Validación es entendida como el grado por el cual la evidencia y la teoría soportan la interpretación que implica el uso de pruebas o tests¹⁹⁴. Lo anterior, es el primer criterio que debe incorporar el autor en el diseño de un instrumento por medio del cual debe demostrar el procedimiento que se siguió para llegar a su construcción, como el juicio de expertos, demostrando la idoneidad y experticia de los jueces.

Así mismo, la validez hace referencia al grado en el uso que se pretende hacer de las puntuaciones de los Tests está justificado. Supone examinar la red de creencias y teorías sobre las que se sustentan los datos, probar su fuerza y credibilidad, por medio de diversas fuentes de evidencia. Finalmente, la validez indica si el resultado de la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo o mide lo que se quiere medir.

Validez Facial o Aparente:

Este punto hace referencia a la cualidad de un instrumento que parezca medir lo que debe medir¹⁹⁵ y por consiguiente, el grado en que una situación de medida parece que es válida desde el punto de vista del observador. Es la apariencia de validez e influye en el grado de colaboración de la persona que está siendo observada.

Finalmente, para realizar la validez facial por parte de los expertos seleccionados, se hace un análisis cualitativo de la claridad y comprensión semántica y sintáctica de los ítems, como también del instrumento en general por parte de una muestra de población que cumpla los criterios de inclusión.

¹⁹¹ KLEINBAUM DG, KUPPER LL, MORGENSTERN H. En: SANCHEZ, Ricardo y RESREPO, Carlos. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Revista Colombiana de Psiquiatría. . 1998, vol. XXVII, N° 2, p.121-130.

¹⁹² NUNNALLY, Jump C. Introducción a la medición psicológica. Biblioteca de Psicometría y Psicodiagnóstico. México: Editorial Mc-Graw Hill. 1973, 620 p.

¹⁹³ MARTÍN,, M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión, 2004, vol.5, N° 17, p. 23-29.

¹⁹⁴ SOEKEN, Karen L. Validity of Measures. In: FEHER Waltz Carolyn, STRICKLAND Ora Lea and LENZ R. Elizabeth. Measurement in Nursing and Health Research. Chap. 6. Fourth Edition. Springer Publishing Company. New York USA, 2010, p. 163-197.

¹⁹⁵ POLIT, D. & HUNGLER, B. P. Investigación científica en ciencias de la salud: métodos de colecta de datos y biofisiológicos y de otro tipo, op. cit., p. 400.

Validez de Contenido:

Este criterio es determinado o establecido por la literatura, la teoría y los estudios. En ella se miden los ítems relevantes por un grupo de expertos y se toma como referente la demostración por parte del autor, el uso de las evidencias más referenciadas y la consulta de fuentes de medida preexistentes¹⁹⁶. A su vez, es importante en la medida que el contenido representa el dominio de un tema específico, en toda su medida y es especialmente de interés para los instrumentos diseñados que evalúan la función de cognición.

La Validez de Contenido es la medición del grado en que un test representa o muestra el universo de preguntas de una determinada área del conocimiento, sobre la base del juicio de un selecto grupo de expertos.

Los jueces que intervienen en este tipo de validaciones son profesionales reconocidos por su larga experiencia en el tema, nivel formación temática e instrumental, con capacidad para comprender el tipo de instrumento de medida a proponer. Por lo tanto, en este tipo de validez es indispensable tener en cuenta los tres elementos que deben evaluar cada ítem:

- Claridad semántica y la corrección gramatical.
- Adecuación del nivel de comprensión de la población objeto.
- Congruencia con el dominio medido.

Validez de Constructo:

Se refiere al grado en el cual un instrumento mide un constructo específico, de forma tal que determina la relación de la prueba con la conceptualización teórica del fenómeno que se aborda. Incluye la planificación y ejecución de determinados pasos dentro de la investigación orientados a comprobar empíricamente que un test mide realmente el constructo o rasgo que pretende medir¹⁹⁷.

Confiabilidad:

La confiabilidad de un test es la precisión con que la prueba mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación. A su vez, es definido como el grado de congruencia en que un instrumento mide el atributo para el que está diseñado y que a una menor variación de las mediciones repetidas de un instrumento, mayor la confiabilidad¹⁹⁸.

La medición de este parámetro se realiza a través de diferentes procedimientos pero los más usados son el coeficiente KR-20 (fórmula 20 de Kuder –Richardson) y con mayor proporción el Alfa de Cronbach. El primero se usa cuando los ítems son de respuesta dicotómica, mientras el Alfa de Cronbach permite evaluar la homogeneidad en escalas cuyos ítems pueden responderse en más de dos alternativas.

¹⁹⁶ HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. 2006.

¹⁹⁷ ABAD, Francisco; GARRIDO, Jesús; OLEA, Julio & PONSODA, Vicente. Introducción a la psicometría. Teoría clásica de los tests y teoría de la respuesta al ítem. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, febrero 2006. 148 p

¹⁹⁸ HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C. & BAPTISTA, P., op. cit., pp. 235-236.

Existen muchas razones para hacer la validación de escalas, pero unas de las más fuertes se relacionan en que es un proceso económico y rápido frente a la realización de un nuevo instrumento¹⁹⁹. Por ende, al emplear instrumentos ya aceptados estos pueden servir para desarrollar estudios entre diferentes países o culturas, lo que a futuro puede significar más investigación en este campo del conocimiento poco abordado por Enfermería como disciplina.

2.5. Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular

Achury²⁰⁰ publica en el 2015 los resultados de la investigación “La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio”, estudio realizado en la ciudad de Bogotá con pacientes en fase II de rehabilitación cardiopulmonar. Dentro de esta investigación fue relevante la medición de la adherencia al tratamiento en este grupo de pacientes; lo que llevó a la autora a realizar búsqueda bibliográfica para la selección del instrumento idóneo para este fin; detectando que existía un vacío en la medición del fenómeno, debido a que los instrumentos analizados evidenciaban importantes dificultades en el proceso de identificación de conductas de adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares y a su vez, problemas de validez y confiabilidad, generando la necesidad de diseñar y validar un instrumento para la medición de la adherencia.

Por lo anterior, la autora diseñó el “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”, el cual consta de 29 ítems agrupados en 6 dimensiones denominadas: Expectativas y conductas de autoeficacia, seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, necesidad de apoyo para la adherencia, conductas de adherencia a largo plazo, manejo de las situaciones tensionantes y realización de actividad física. Presentando resultados que oscilan entre los 29 y 174 puntos, siendo un mayor puntaje el reflejo de una mejor adherencia al tratamiento.

El instrumento en mención fue sometido a un proceso de validez de contenido por seis expertos y la validez facial conto con la participación de 6 expertos y 380 personas de diferentes características socio demográficas. Los resultados obtenidos en el índice de concordancia simple (ICS) para cada uno de los aspectos, sustentaron la eliminación de algunos ítems y el ajuste al instrumento acatando las recomendaciones de los expertos. Estos cambios dieron lugar a un cuestionario de 29 ítems, de los cuales 27 poseen una opción de respuesta tipo Likert y 2 son de selección múltiple. El índice de kappa de Fleiss general mostró un acuerdo sustancial tanto en la comprensión como en la claridad del cuestionario y un acuerdo moderado en términos de precisión, lo que concuerda con las apreciaciones realizadas por los expertos, llevando así a realizar los ajustes requeridos.

La comprensibilidad de los ítems fue realizada por parte de 380 personas de diferentes edades, estratos socioeconómicos y escolaridades; reportando una comprensibilidad superior al 95%, siendo la mínima reportada de 96.05%; así mismo refiere que se tuvo en

¹⁹⁹ SÁNCHEZ, Ricardo & ECHEVERRY, Jairo, op. cit., p. 15.

²⁰⁰ ACHURY, Luisa Fernanda Op. Cit., p.21

cuenta las apreciaciones de algunos de los participantes realizándose los ajustes pertinentes.

Con relación a la puntuación del instrumento, para las preguntas 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26 y 27, las opciones de respuesta tienen las siguientes puntuaciones: nunca = 1, casi nunca = 2, pocas veces = 3, frecuentemente = 4, casi siempre = 5 y siempre = 6. Para los ítems 3, 8, 10, 18, 19, 20, 21, y 22, nunca = 6, Casi nunca = 5, pocas veces = 4, frecuentemente = 3, Casi siempre = 2 y siempre = 1, y finalmente para las preguntas de selección múltiple (28 y 29), las puntuaciones son las siguientes: Varias veces al día = 1, una vez al día = 2, varios días a la semana = 3, una vez a la semana = 4, de vez en cuando = 5 y no consumo bebidas alcohólicas/fumo = 6. El marco conceptual que se utilizó para el desarrollo de este instrumento fue la teoría social cognitiva²⁰¹. Así mismo, la teoría de autoeficacia de Barbara Resnick²⁰² definiendo la adherencia al tratamiento como “una conducta y la motivación de asumir un comportamiento saludable, que puede ser medida a partir de la identificación de diversos comportamientos como el seguimiento a las indicaciones relacionadas con la alimentación y los medicamentos, la asistencia a los controles por parte del personal de salud y el manejo de factores de riesgo como la cesación del hábito tabáquico, la realización de ejercicio físico de forma regular y el manejo del estrés”.

Para la ejecución de la validez de constructo del instrumento se abordaron 145 pacientes con enfermedad cardiovascular, con el fin de determinar la relación del instrumento con la teoría y con su conceptualización. El análisis factorial con rotación Varimax arrojó una estructura de 6 componentes que dan cuenta del 57,36% de la varianza explicada. Sin embargo, se identifica la necesidad de analizar la naturaleza conceptual que explicaría aproximadamente la mitad del constructo no explicado, aspecto que soporta con mayor fuerza la justificación de la presente investigación.

Con respecto a la confiabilidad del instrumento, el alfa de Cronbach general reportó 0.837, lo cual indica un buen nivel de fiabilidad y con ello de correlación entre los ítems del cuestionario. Así mismo, fue calculado el alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones arrojadas por el análisis factorial, detectando unos valores buenos de fiabilidad para la dimensión de conductas y expectativas de autoeficacia como para la dimensión de necesidad de apoyo para la adherencia; un valor aceptable para la dimensión de seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos; una fiabilidad débil para las dimensiones de realización de actividad física y manejo de las situaciones tensionantes y finalmente un valor pobre para la dimensión de conductas esperadas de adherencia a la largo plazo.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la autora, se hace necesario evaluar a profundidad y comprobar la dimensionalidad del instrumento, confirmando la validez de constructo. A su vez, es pertinente la revisión de la escala de medición, planteando la posibilidad de tener solo cuatro opciones de respuesta: Nunca, pocas veces, frecuentemente, siempre; lo que probablemente facilitaría la ubicación de respuesta del paciente y mejora las características del sistema de medición.

²⁰¹ CÓRDOBA, A. La cognición y la motivación humana. TIPICA boletín electrónico de Salud escolar. 2006. Vol. 2, no. 2, p. 1-22.

²⁰² RESNICK, Barbara. The theory of self-efficacy. En: Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing. Springer publishing company, 2003. p, 49 – 68.

Teniendo en cuenta la crítica psicométrica avanzada, el presente instrumento ha sido seleccionado en la presente investigación para la determinación de la validez de constructo y confiabilidad de la prueba.

3. Marco Metodológico

El presente capítulo presenta el diseño del estudio, el universo, la población, la muestra, los criterios de inclusión de los participantes, la descripción del instrumento y el plan de recolección y análisis de la información en cada una de las etapas del estudio. Por otra parte se presentan los aspectos éticos, el cronograma de actividades y el presupuesto.

3.1. Diseño de la investigación

El presente estudio es de tipo metodológico, el cual se refiere a una investigación controlada sobre la forma de obtener, organizar y analizar los datos. Los estudios metodológicos abordan el desarrollo, la validación y la evaluación de instrumentos²⁰³. En este sentido, se pretende determinar la validez de constructo y la confiabilidad del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”

3.2. Universo y Población

El universo lo componen los pacientes adultos con enfermedad cardiovascular en Neiva (Huila).

La población corresponde a todas las personas (hombres y mujeres) que presentan enfermedad cardiovascular hospitalizadas en el servicio de medicina interna o que acudieron a consulta al servicio de cardiología en el Hospital Universitario de Neiva.

3.3. Muestra

Determinación del tamaño de muestra

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta el Modelo de determinación de tamaño de muestra en población finita propuesto por Tristán²⁰⁴.

En este Modelo el tamaño de la muestra se obtiene en función de la fracción de desviación estándar que se acepte como error de aproximación para el análisis, por lo

²⁰³ POLIT, Denisse & HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta Edición. México: McGraw Hill Interamericana, 2000, p.171-211.

²⁰⁴ TRISTÁN, L.A. Cálculo del tamaño de muestra y establecimiento de criterios y el problema del tamaño de la población. Guía de usuario Kalt Criterial Versión 2. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada San Luis Potosí, México, 2003. Modificación al modelo de determinación de tamaño de muestra en población finita (2008).

que para la presente tesis se establece en función de un criterio teórico aceptable (0.5) en términos de la desviación estándar.

El dato aportado por el servicio de estadística del hospital Universitario de Neiva corresponde a 720 pacientes que consultaron a la especialidad de cardiología en el año 2015, el nivel de confianza seleccionado para el cálculo fue de 95% (0.05 de significancia correspondiente a valor Z de 1.96), el error de aproximación en función de la desviación estándar fue de 5%, para un total de muestra correspondiente a 250 pacientes.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

$$n = \frac{720 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}{(N - 1) \cdot 0.05^2 + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)} = 250$$

Por otra parte, considerando el tipo de estudio de corte psicométrico se retomó los criterios de Campo y Oviedo²⁰⁵ quienes hacen referencia a las orientaciones para el cálculo muestral de estudios con escalas de veinte o más ítems, afirmando que el tamaño de la muestra debe estar entre cinco y veinte participantes por cada ítem del instrumento. En este sentido, tomando como referencia el total de 38 ítems y el cálculo muestral determinado sobre población finita de 250 pacientes, el estudio cumple con el criterio de 6 sujetos por ítem, lo cual es aceptable de acuerdo al postulado anterior.

Sumado a lo ya comentado, se consideró para efecto de obtener resultados representativos para el análisis factorial exploratorio, la recomendación de abordar muestras superiores a 200 participantes²⁰⁶.

Como puede evidenciarse, la muestra elegida de 250 casos es suficiente para el nivel de error respecto de los parámetros poblacionales.

El tipo de muestreo fue por conveniencia, siendo la técnica más utilizada en los estudios de ciencias de la salud²⁰⁷, lo cual a pesar de limitar la validez externa del estudio se considera un tipo de muestreo aleatorio ya que se respeta el azar al ingreso a las instituciones, exigiendo de los investigadores un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas.

3.4. Criterios de inclusión

- Pacientes (hombres y mujeres) mayores de 18 años.
- Tener diagnóstico confirmado de enfermedad cardiovascular.

²⁰⁵ CAMPO, Adalberto y OVIEDO Heidi C. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. Rev. salud pública. 10 (5):831-839, 2008

²⁰⁶ KA" A" RIA" INEN PO" LKKI T., J. KYNGA" S. Testing and verifying nursing theory by confirmatory factor analysis. Journal of Advanced Nursing, 2011. 67(5), 1163–1172. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05561.x

²⁰⁷ POLIT, Denise- HUNGLER, Bernadette. Op cit

- Tener indicación de tratamiento farmacológico y no farmacológico hace más de seis meses.
- Conservación de la esfera mental.

3.5. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de falla cardiaca quienes tienen recomendaciones particulares y exclusivas, evaluadas a través de instrumentos específicos para esta patología.

3.6. Selección del instrumento

Para la presente investigación se utilizó el “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”, que tiene como dimensiones las expectativas y conductas de autoeficacia, el seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, la necesidad de apoyo para la adherencia, las conductas de adherencia a largo plazo, el manejo de las situaciones tensionantes y la realización de actividad física. Consta de 29 ítems de los cuales 27 tienen una opción de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre) y los 2 ítems restantes, respuestas de selección múltiple. La puntuación mínima es de 29 y máxima de 174, determinando que un puntaje mayor indica una mejor adherencia al tratamiento.

3.7. Recolección de la Información

Para la recolección de la información, se realizaron las siguientes acciones:

- Se estableció contacto formal con la directora del comité de ética del Hospital Universitario de Neiva, solicitando autorización para desarrollar la investigación posterior al aval del Comité de Ética de la Institución (Anexo B) y del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia (Anexo A).
- Se seleccionaron dos estudiantes de VII semestre del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana como auxiliares de recolección de la información, quienes se caracterizan por buen rendimiento académico y motivación por la investigación. Inicialmente se realizó un acercamiento informativo sobre el proyecto de tesis, las actividades asignadas con relación a la recolección de la información, la disponibilidad de tiempo y la invitación a participar como auxiliares de investigación.
- Se avanzó en el entrenamiento sobre la forma apropiada de selección de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión, abordaje del paciente, explicación del instrumento en sus objetivos, ítems y escalas de medición y correcto diligenciamiento del instrumento. En total, se realizaron cinco reuniones de capacitación y fortalecimiento de las competencias comunicativas, cada una con una duración de dos horas. De igual forma se diseñó y aplicó en dos oportunidades una lista de chequeo de adherencia al entrenamiento para verificar y reforzar aspectos del plan de recolección de la información (Anexo F).
- Se llevó a cabo una entrevista formal con la enfermera coordinadora del servicio de medicina interna y consulta externa del Hospital Universitario, con el fin de dar a

conocer los objetivos de investigación, presentación del personal encargado de la recolección y revisar aspectos logísticos necesarios para llevar a cabo el proceso de recolección de la información.

- Se adelantó recolección de la información por parte del investigador y los dos auxiliares de investigación entrenados.
- Una vez seleccionados los pacientes con enfermedad cardiovascular que cumplían los criterios de inclusión, se procedió a verificar el diagnóstico médico en la historia clínica; a fin de establecer el primer contacto con el paciente y avanzar en el consentimiento informado.
- El acercamiento inicial con cada uno de los posibles participantes del estudio se realizó al momento de llegar el paciente al servicio. En este momento de contacto el investigador conversó sobre la intención de realizar el estudio, los objetivos del mismo y le solicitó la participación al paciente.
- Cuando se obtuvo la aceptación del paciente de participar en el estudio, se trasladó el participante a un consultorio ubicado en cada servicio del hospital destinado exclusivamente para este fin; asegurando la libre expresión del participante y privacidad. En este encuentro se brindó información sobre la investigación, tratando de generar confianza con el investigador. Se otorgó información sobre el consentimiento informado y se solicitó su respectivo diligenciamiento (Anexo D).
- Se llevó a cabo la aplicación del instrumento “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”: Se informó a cada participante que él era el encargado de leer las preguntas y registrar las respuestas; en caso contrario que no lograra leer, se dio lectura a la pregunta y se solicitó que mencionara la respuesta dentro de las cuatro opciones planteadas por el instrumento. Se comunicó sobre la confidencialidad de las respuestas, los fines académicos e investigativos de las mismas y el manejo del nombre, el cual no aparecerá en documentos de investigación, ni en las publicaciones que se prevén. Para tal fin, se acudió al uso de códigos para identificar la información recolectada.
- Para asegurar la consistencia en el caso de personas que no lograron diligenciar el cuestionario (analfabetas o de edad avanzada), el investigador y auxiliares de recolección, leyeron las preguntas y registraron las respuestas según la escala Likert contenida en el cuestionario.
- El procedimiento de recolección se llevó a cabo en el servicio de medicina interna y consulta externa de cardiología del Hospital Universitario de Neiva, durante el primer semestre del 2016, en el horario de 8 a.m. hasta las 5 p.m. de lunes a sábado. El tiempo de diligenciamiento del instrumento en promedio fue de 25 minutos.

3.8. Fases de la investigación

Las fases de la investigación que se ejecutaron se mencionan a continuación:

3.8.1. Análisis del concepto desde la teoría de soporte

Para esta fase inicial, se realizó una actualización del concepto de adherencia terapéutica enfocado a la salud cardiovascular, tomando como referente la metodología de análisis del concepto de Walker y Avant²⁰⁸; resaltando los pasos de selección del

²⁰⁸ WALKER L.O. & AVANT K.C. Strategies for Theory Construction in Nursing. 5th edn. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 2011. Pp 157-175

concepto, objetivos del análisis conceptual, identificación de los posibles usos del concepto desde la revisión bibliográfica, determinación de los atributos esenciales del concepto desde lo teórico y empírico. Así mismo, se realizó la identificación de los antecedentes y consecuencias del concepto y su relación con el instrumento seleccionado.

Teniendo en cuenta la ejecución de los pasos de la metodología de análisis de concepto adelantada previamente, se retomó el principal referente empírico de esta exploración del concepto, en el cual se hizo un contraste entre los ítems iniciales del cuestionario que mide la adherencia al tratamiento de Luisa Achury²⁰⁹ y los atributos detectados en la revisión; determinado que el instrumento presentaba parte de la teoría de autoeficacia (expectativas de autoeficacia), faltando la dimensión de expectativas de resultado y percepción del riesgo o susceptibilidad percibida, las cuales son relevantes tener en cuenta desde lo teórico y empírico como lo demuestra la revisión bibliográfica. A su vez, se plantearon modificaciones en la redacción en los ítems a fin de evidenciar como atributo central la participación activa y la capacidad percibida del paciente cardiovascular. Por otra parte, la inclusión de nuevos ítems se hizo necesaria para evidenciar explícita e implícitamente los atributos esenciales del concepto de adherencia.

3.8.2. Prueba piloto

Esta fase fue central para el proceso de verificación de continuidad de los procedimientos a seguir desde la identificación y el contacto con los pacientes, el correcto diligenciamiento del instrumento y la revisión de la calidad de la información recogida.

Para tal fin se aplicó el instrumento modificado a un grupo de 25 pacientes quienes no hicieron parte del estudio principal, con el fin de establecer la claridad y comprensión de los ítems.

3.8.3. Estudio principal

3.8.3.1. Descripción de las variables sociodemográficas y clínicas

Se indago información relacionada con los datos demográficos de los participantes y variables contextuales que influyen la adherencia al tratamiento. Dentro de estos se tuvieron en cuenta la edad, el sexo, el diagnóstico médico y las comorbilidades. Cabe resaltar que al tratarse de un cuestionario genérico no-específico, el uso de variables contextuales se consideró únicamente con fines de caracterización. El desarrollo de escalas específicas por las diversas condiciones patológicas no fue un fin de la presente investigación por lo que no se ejerció control sobre el muestreo de estas variables.

3.8.3.2. Exploración del constructo

- **Análisis factorial exploratorio:**

Para identificar las posibles agrupaciones dimensionales y como herramienta exploratoria de la validez de constructo, se llevó a cabo el análisis factorial. El método utilizado fue el

²⁰⁹ ACHURY, Luisa. Op. Cit., p.21

análisis factorial exploratorio con extracción por componentes principales y rotación Varimax, el cual es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores, de manera que se usó para identificar las dimensiones que establecen las relaciones entre los ítems que componen el instrumento²¹⁰.

3.8.3.3. Verificación del constructo

- **Análisis de validez discriminante**

Este análisis permite distinguir variables que agrupan ítems y que difieren de otros agrupamientos. La técnica en mención se basó en el análisis con una matriz de correlaciones para realizar diversos agrupamientos, de manera que optimice cada grupo en cuanto a sus correlaciones y los diferencie de los otros grupos²¹¹. En la presente investigación se decidió hacer la identificación de agrupaciones de los ítems a partir del análisis ítem-total (correlación punto-biserial), teniendo en cuenta que cada uno de los conjuntos de ítems agrupados se considera como una posible variable si esta se compone de más de tres ítems y si la correlación positiva con el conjunto es superior a 0,196²¹².

- **Construcción de la matriz multirasgo-multimétodo**

Como parte de la corroboración de la validez de constructo y validez discriminante del instrumento puesto a prueba, se diseñó una matriz bajo las directrices propuestas por Campbell y Fiske²¹³; ubicando en la diagonal de la matriz los coeficientes de fiabilidad de cada factor y fuera de la diagonal las correlaciones entre los factores.

Para lo anterior, se exigen altas correlaciones intradimensión como evidencia de la validez convergente y bajas correlaciones interdimensión cuando los rasgos son asumidos como diferentes, soportando la validez discriminante y confirmando el constructo.

3.8.3.4. Análisis de la confiabilidad

La confiabilidad para esta investigación se orientó a medir la consistencia interna, la cual es óptima para la aplicación única de un test y se refiere al grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos. Por consiguiente, si los puntos que componen una escala teóricamente miden el mismo constructo deben mostrar una alta correlación, es decir, la escala debe mostrar un alto grado de homogeneidad²¹⁴. La consistencia interna del instrumento se consideró aceptable cuando se encuentre entre 0,70 y 0,90; los valores de consistencia interna inferiores a 0,70 indican una pobre correlación entre los ítems.

Por lo anterior, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach evaluando la consistencia interna de las respuestas de los sujetos con respecto a la interrelación de los ítems del

²¹⁰ CARVAJAL y Cols. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. An. Sist. Sanit. Navar. 2011, Vol. 34, N° 1, enero-abril

²¹¹ TRISTAN, Agustín. Op Cit.

²¹² Ibid., p28

²¹³ CAMPBELL, D. T. and FISKE, D. W. Convergent and Discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix. Psychological Bulletin. March, 1959. Vol 56 N°2. Pp 81-105

²¹⁴ CAMPO, Adalberto y Oviedo Heidi C. Op Cit.

instrumento para cada una de las dimensiones, los dominios extraídos del análisis de factores y para cada ítem.

3.9. Control de riesgos del diseño

Teniendo en cuenta la relevancia de tener información precisa como producto de un ejercicio investigativo, fue imperativo planear apropiadamente cada una de las fases de la investigación con el fin de preservar la validez interna del estudio. En ese orden de ideas la literatura reporta en la investigación cuantitativa tres tipos de sesgos: de selección, de información y de confusión²¹⁵.

Por lo anterior, para el control del sesgo de selección previamente se verificó en los participantes el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión expuestos con anterioridad.

Para disminuir el sesgo de información, se aplicó el instrumento seleccionado en un sitio privado; el investigador y los auxiliares de recolección se hallaron siempre presentes para resolver cualquier duda. Así mismo, se le indicó a la persona que la información solicitada por el instrumento se debía responder de manera veraz, dejando en claro que las respuestas aportadas permanecerán confidenciales y serán utilizadas solo por el investigador a través de un código.

El sesgo de confusión se controló a través del uso de un diseño metodológico apropiado para el tipo de investigación; de igual forma, previo al inicio de recolección de información se realizó un plan de recolección y un plan de análisis de la información. Con lo anterior, se dio cumplimiento a todas las actividades de investigación planeadas, las cuales se llevaron a cabo en orden secuencial.

Tecnologías y programas para el procesamiento y consolidación del análisis

Los resultados se tabularon en una tabla de Microsoft office Excel 2013 y se procesaron a través del programa estadístico SPSS 15, el cual tiene licencia la Universidad Nacional de Colombia.

3.10. Consideraciones Éticas

El desarrollo de la presente investigación se fundamentó en las consideraciones éticas internacionales como la declaración de Helsinki y nacionales contempladas en la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por las cuales se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud²¹⁶. Así mismo, según el artículo 11 de la mencionada resolución, esta investigación es considerada como una investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio.

²¹⁵ HERNÁNDEZ-AVILA M y col. Sesgos en estudios epidemiológicos. salud pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000

²¹⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Es de resaltar que el investigador respetó los derechos a la autodeterminación, la intimidad, la confidencialidad, al tratamiento justo, la protección ante la incomodidad y el daño, y todos aquellos que se mencionan en las leyes que regulan la investigación en seres humanos.

Adicionalmente el investigador tuvo en cuenta los siguientes principios éticos que guían la profesión de Enfermería, enmarcados en la ley 911 del 2004:

- **Beneficencia:** Es el deber ético de buscar el bien para las personas participantes en la investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones. Por lo tanto, se planteó un diseño con validez científica y el investigador es competente integralmente para realizar el estudio, promoviendo el bienestar de las personas.
- **No maleficencia:** Es el deber ético fundamental de no causar daño mediante los procedimientos de investigación, es inseparable del precepto de justicia, en cuanto que ambos deberes cobijan a todos los seres vivos por igual, y aun con independencia de la voluntad de los implicados, tratándose del ser humano.
- **Justicia:** En este principio los beneficios y obligación deben ser adecuadamente distribuidos entre las poblaciones de pacientes y se aseguró la imparcialidad durante el estudio. A su vez, la selección de los participantes se llevó a cabo de manera aleatoria en los dos servicios asistenciales donde se ejecutó la investigación sin distinciones de raza, sexo, o religión.
- **Autonomía:** A todos los participantes de la investigación se les permitió la libertad para determinar sus propias acciones de acuerdo con los planes que hayan elegido. Respetar a las personas como individuos autónomos en reconocer sus elecciones, las cuales se originan de sus valores y creencias personales.

Con estos principios éticos antes mencionados, se garantizó el derecho de los pacientes a decidir su participación en la investigación, para lo cual se hizo uso del consentimiento informado por escrito (Anexo D), igualmente se respetó el deseo de retirarse del estudio en cualquier momento durante su desarrollo sin que esto representara problemas legales ni desde el cuidado de la salud para la persona (Resol 8430/93, Cap1, Art. 6).

Dentro de las consideraciones éticas el investigador informó previamente a los sujetos que participaron en el estudio sobre las características de la investigación, de tal modo que se aclarara que ésta no representaba riesgos para la integridad y la dignidad de la persona.

La intimidad, la confidencialidad de los participantes y la información se mantuvo durante toda la investigación y se garantizó de la siguiente manera: no se divulgaron ni se divulgarán los nombres de los participantes, se asignó un número consecutivo a cada instrumento, la información que se recolectó fue utilizada por el investigador con fines académicos, no personales y se protegerá de forma segura hasta un tiempo aproximado de dos años.

Se cumplió con el principio de veracidad en el estudio, ya que los datos y la información obtenida en el instrumento correspondió a las respuestas descritas por los participantes, este principio hace que en la práctica no se manipule la información expresada por los sujetos de investigación.

El principio de reciprocidad se llevará a cabo a través de la socialización de los resultados de la presente investigación en la institución participante (Hospital Universitario de Neiva) y eventos académicos de enfermería, así como la realización de un artículo científico para la publicación de resultados en una revista indexada.

Propiedad Intelectual

Asumiendo la importancia de la propiedad intelectual de los artículos analizados en la revisión integrativa y discusión de los resultados, el autor cumplió con lo estipulado en el Acuerdo No.035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual, Capítulo II, Derechos de Autor, Artículo 18° (anexo 5). Así mismo, se tuvo en cuenta el artículo 2 de la Ley 266 de 1996 en relación a los principios de la práctica profesional de Enfermería (integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad).

Para el uso del instrumento “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” dentro de la presente investigación, se solicitó la debida autorización a la Enfermera Luisa Fernanda Achury, quien a través de correo electrónico envió carta de autorización para el uso del instrumento y modificación a que hubiera lugar (Anexo C). Terminado el proceso investigativo, se procedió a enviar a la autora del instrumento los resultados obtenidos y la versión final del cuestionario.

4. Análisis y Resultados

En este capítulo se exponen los resultados de la investigación, producto de la ejecución sistemática de las fases de investigación: Análisis del concepto desde la teoría de soporte, prueba piloto, descripción de las variables sociodemográficas y clínicas, exploración del constructo, verificación del constructo y finalmente, análisis de la confiabilidad.

4.1. Análisis del concepto desde la teoría de soporte

La adherencia al tratamiento es la piedra angular para el logro de las metas propuestas, en especial con los pacientes que presentan enfermedades crónicas. A su vez, se convierte en un reto para todos los profesionales que trabajan con estos pacientes y prioritariamente con los profesionales de Enfermería, quienes lideran los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Lo anterior conlleva a la necesidad de identificar los comportamientos de salud y analizarlos con una visión holística del ser, que facilite la comprensión de sus interrelaciones y reciprocidad con el ambiente, que condiciona en buena parte las respuestas a la enfermedad o los riesgos²¹⁷.

Al revisar la literatura, se observa una alta producción investigativa relacionada con el fenómeno de la adherencia al tratamiento, abordada desde diferentes visiones profesionales, variedad de definiciones, usos, sistemas de medición e intervenciones para promover una adecuada adherencia; como también análisis del concepto de adherencia previos con diferentes enfoques en salud, que permitieron dar soporte a la presente investigación. Por consiguiente, al revisar el fenómeno en mención se observa una ambigüedad en su definición, justificando la necesidad de retomar y actualizar el análisis del concepto con el fin de clarificar los atributos de medición.

Como insumo para el análisis del concepto se realizó revisión de las bases de datos electrónicas EBSCO, Pubmed, MEDLINE, CINHALL, tomando como límites de búsqueda artículos publicados desde el 2004 hasta el 2015 en los idiomas de inglés, portugués y español, con los términos “adherence”, “compliance”, “noncompliance” los cuales permitiera revisar el texto completo; seleccionando 19 artículos diferentes a los ya mencionados en el marco teórico, los cuales permitieron clarificar los atributos específicos de la adherencia al tratamiento como productos de resultados sólidos de investigación y que presentaran criterios de coherencia interna y externa. Así mismo, se

²¹⁷ BONILLA, Claudia Patricia. Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2007. P.25

retomaron los análisis de concepto realizados por Shay²¹⁸, Munro²¹⁹, Barbosa²²⁰, Bayhakk²²¹, como insumo para la selección de los atributos del concepto.

Para el análisis del concepto de adherencia terapéutica se tomó como referente la metodología propuesta por Walker y Avant²²², quienes afirman que el análisis del concepto es una construcción mental, útil para el desarrollo de teoría que permite explicar y describir fenómenos de interés para la práctica. Por ende, se debe tener en cuenta como una estrategia que permite examinar las características definitorias del concepto y los atributos que conllevan a decidir qué fenómeno es buen ejemplo del mismo y cuál no. Así, el análisis de concepto es un ejercicio formal, lingüístico para determinar sus atributos, y aunque es un proceso riguroso y preciso, el producto final siempre será tentativo, ya que este depende del tiempo y contexto en que se define; generando la necesidad de que estos sean analizados periódicamente, teniendo como objetivo principal su continua revisión y perfeccionamiento²²³. La metodología planteada por Walker y Avant, es la más utilizada por Enfermería e incluye ocho pasos, los cuales se han adaptado considerando el contraste de análisis previos disponibles y se describirán secuencialmente para su apropiada comprensión.

Selección del Concepto

Actualmente, las enfermedades crónicas ocupan el primer lugar en las estadísticas de morbimortalidad a nivel mundial, determinando que los pacientes con este tipo de patologías requieran tratamientos de larga duración para su adecuada evolución y control²²⁴. Así mismo, la OMS estima que la adherencia al tratamiento esta alrededor del 50% en los países desarrollados y que este porcentaje es inferior en los países en vía de desarrollo²²⁵; afectando la salud de las personas, la efectividad del tratamiento y aumentando los costos en salud, evidenciado en problemas a nivel social, económico, individual y familiar, que afectan la calidad de vida de la población.

Lo anterior, amerita un gran esfuerzo por parte de pacientes, familia y personal de salud en lograr una adecuada adherencia al tratamiento y cumplimiento de las metas en salud.

²¹⁸ SHAY. Laura E. A Concept Analysis: Adherence and Weight Loss. Nursing Forum Volume 43, No. 1, January-March, 2008

²¹⁹ MUNRO, Shannon. Op. Cit., p.16

²²⁰ BARBOSA et al. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. Patient Preference and Adherence 2012;6 39–48

²²¹ BAYHAKKI. Adherence: A concept analysis. Songklanagarind Journal of Nursing Vol. 34, Supplement, January - April 2014

²²² WALKER L.O. & AVANT K.C. Op.Cit., p.46

²²³ FERNANDES MGM, et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1150-6.

²²⁴ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014.

²²⁵ SABATÉ Eduardo. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS. Washington, D.C., 2004. ISBN 92 75 325499

A su vez, es necesario tener claridad sobre este concepto universal, utilizado por diferentes profesionales de la salud como médicos, enfermeras, nutricionistas, farmacéutas, psicólogos entre otros; ya que no hay consenso en su definición y conceptualización, generando la necesidad de determinar los atributos esenciales para lograr medir de una forma válida, que finalmente brinde herramientas a los profesionales para diseñar intervenciones efectivas²²⁶.

Por ende, es relevante tener en cuenta que los resultados del análisis del concepto son prioritarios para la evaluación del instrumento de investigación, ya que permiten identificar si los ítems revelan los atributos presentes en el concepto que se pretende evaluar²²⁷.

Determinación de los objetivos del análisis conceptual

El objetivo planteado para este análisis conceptual es actualizar los atributos del concepto, aclarar y dilucidar el significado y la naturaleza del concepto de adherencia al tratamiento en el contexto de la salud cardiovascular, inmersa en la práctica de enfermería. A su vez, como principal evidencia empírica del concepto se tomó el instrumento "cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular"²²⁸, permitiendo aclarar los atributos del concepto, los cuales se hacen visibles en los ítems que hacen parte del mismo; como primer paso en la validez de constructo que se lleva a cabo.

Identificación de los posibles usos del concepto

Para la ejecución de este paso, se consideraron los usos implícitos y explícitos del concepto, abordados por diferentes profesionales de la salud con el fin de tener una visión genérica y evitar sesgos de comprensión.

En esta fase inicial se realizó revisión de las definiciones aportadas por los diccionarios, al respecto el diccionario de la Real Academia Española define el término de adherencia como la cualidad de adherente, referencia al enlace, conexión. Por su parte el término terapéutico lo define como parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades²²⁹.

La adherencia es definida por el Webster's New Universal Unabridged Dictionary²³⁰ como el "estado de estar fijo en el apego; fidelidad; apego constante; adhesión; como, la adhesión a un partido u opiniones. La adhesión ya no se utiliza para referirse a la unión física, pero se aplica a los estados mentales o hábitos como un estricto apego a nuestro deber.

En la búsqueda de la página oficial de los Descriptores de ciencias de la salud "DeCS" el término adherencia al tratamiento es definido como "Cooperación voluntaria del paciente en la toma de drogas o medicamentos como se los recetan. Esto incluye el tiempo, la

²²⁶ LIBERTAD Martín Alfonso. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública vol.30 no.4 Ciudad de La Habana Sept.-Dec. 2004

²²⁷ WALKER L.O. & AVANT K.C. Op Cit., p.46

²²⁸ ACHURY, Luisa. Op. Cit., p.21

²²⁹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014

²³⁰ Webster's New Universal Unabridged Dictionary online. <http://machaut.uchicago.edu/?resource=Webster%27s&word=adherence&use1913=on&use1828=on>

dosis y la frecuencia”. A su vez hace referencia al descriptor en español “Cumplimiento de la Medicación” y en inglés “Medication Adherence”²³¹.

A su vez, se encuentra en la página oficial de la biblioteca Wiley Online Library definiendo la Adherencia a la medicación como la cooperación voluntaria del paciente en la toma de drogas o medicamentos según las indicaciones. Esto incluye el tiempo, la dosis, y la frecuencia²³².

La adherencia al tratamiento es definida por la OMS como —el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria²³³. La anterior definición, está enmarcada dentro del concepto de cumplimiento, el cual implica la obediencia y la expectativa de que los pacientes pasivamente sigan las órdenes otorgadas por el prestador de salud.

Con relación a los conceptos de la teoría formal que sustentan la adherencia terapéutica, se reconoce que las variables socio-cognitivas están asociadas con el cumplimiento en las indicaciones terapéuticas, ya que aumentan los beneficios y reducen los costos del mismo. La teoría social cognitiva sugiere que al aumentar la auto-eficacia y el conocimiento sobre los beneficios del tratamiento y los riesgos a que se expone el individuo ayuda a mejorar la adherencia. La teoría de auto-eficacia²³⁴, de cognición social²³⁵ y otras teorías psicológicas, se han asociado con la adherencia a través del conocimiento de los pacientes, su compromiso y motivación para el uso correcto de la medicación y actividades no farmacológicas como el ejercicio, la dieta y el cumplimiento de controles, entre otros.

Se menciona la relación directa entre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento, debido a que involucra procesos cognitivos y de participación activa por parte de las personas, permitiéndole discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud²³⁶.

Como se comentó previamente, la adherencia terapéutica está relacionada directamente con la autoeficacia de las personas, entendida esta como los juicios que hace la persona de sus capacidades para organizar y ejecutar sus acciones. A su vez, se conceptualiza como la relación recíproca entre la persona, el ambiente y el comportamiento; demostrando que a través del pensamiento reflexivo, el uso del conocimiento, las destrezas y otras herramientas de autoinfluencia, la persona decide cómo comportarse²³⁷.

²³¹ Descriptores de ciencias de la salud “DeCS”. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

²³² Wiley Online Library.

<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/mesh?searchMesh=Lookup&searchRow.searchCriteria.meshTerm=Medication%20Adherence>

²³³ SABATE, Eduardo. Op Cit

²³⁴ ANDERSON and cols. The Diabetes Empowerment Scale, A measure of psychosocial self-efficacy. DIABETES CARE, Volume 23, number 6, june 2000

²³⁵ SANCHEZ, Yamilet. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Avances en psicología latinoamericana. Bogotá 2007. Vol 25, pp 7-21.

²³⁶ VELANDIA, Anita y RIVERA Luz. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Revista de salud pública • Volumen 11(4), Agosto 2009.

²³⁷ LIEHR, Patricia and SMITH Jane. Theory of Self- Efficacy in Middle Range Theory for Nursing, Second Edition: Second Edition. Springer Publishing Company. 2008. Pp 49-64

Por su parte, Orueta et al²³⁸ hace referencia al papel preponderante que ejerce la motivación en el proceso de la adherencia y así mismo, su fuerte influencia por factores como las creencias, los valores, la sintomatología percibida, la relación médico-paciente, el apoyo familiar y social, entre otros.

Posterior a la revisión de definiciones, se traen a colación las diferentes definiciones de autores que han investigado el fenómeno de la adherencia desde diferentes puntos de vista, aportando desde la evidencia empírica el fortalecimiento y la evolución del análisis conceptual a través del tiempo. Al respecto, en el año de 1979 el término de “cumplimiento” fue definido por Haynes²³⁹ como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Holguín y colaboradores²⁴⁰ definen la adherencia al tratamiento como “colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud”. Por su parte, Osterberg y Blaschke²⁴¹ definen la adherencia como “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente”.

La doctora Libertad Martín²⁴² considera el término de adherencia terapéutica como el más apropiado por el sentido psicológico que este tiene y la define como una “conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado”. Tomando como referente atributos: la colaboración entre paciente y personal de salud, cumplimiento, participación activa y el carácter voluntario.

La adherencia terapéutica vista desde un enfoque de autoeficacia²⁴³ es definida como “el conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las prescripciones médicas que conllevan al control de la enfermedad”. A su vez, dentro de la definición hace mención al conjunto de comportamientos explícitos, los cuales tendría que contemplar si el paciente ingiere los medicamentos, alimentos prescritos, si sus

²³⁸ ORUETA R et al. Cumplimiento terapéutico. Actualización en medicina de familia. SEMERGEN. 2008;34(5):235-43

²³⁹ HAYNES RB, et al. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in Health Care. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press; 1979; pg. 49-62.

²⁴⁰ HOLGUÍN, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. & Varela, M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ Psychol. 2006. 5, 535-547.

²⁴¹ OSTERBERG, L. & BLASCHKE, T. Adherent to medication. N Eng J Med. 2005. 353, 487-497.

²⁴² Libertad Martín Alfonso. Op Cit.

²⁴³ TRUJANO, Rocio et al. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Altern. psicol. v.14 n.20 México mar. 2009

conductas son efectivas para mejorar su salud y su creencia de si considera que lo que hace es eficaz para controlar su enfermedad.

MUNRO²⁴⁴ dentro de su análisis del concepto de la adherencia relacionado con el riesgo cardiovascular, define la adherencia como persistencia en la práctica y mantenimiento de las conductas de salud deseadas, como producto de la participación activa y el acuerdo. En este sentido, depende del desarrollo de una relación concordante y la toma de decisiones compartidas entre el paciente y el profesional de la salud. Así mismo, hace referencia a que la adherencia está influenciada por el significado de la salud, las enfermedades cardiovasculares, el sentido de riesgo personal, el nivel socioeconómico, el apoyo a las decisiones, la motivación y el deseo de cambio, la autoeficacia y las fuentes de información de salud. Por consiguiente enfatiza en la persistencia de la práctica y el mantenimiento de las conductas de salud deseadas, como resultado de la participación activa y el acuerdo. En este mismo sentido, hace hincapié en los atributos de la adherencia exitosa, los cuales deben incluir la alineación de la conducta del paciente, las recomendaciones en salud, el dominio de una nueva conducta, el conocimiento, las relaciones de colaboración entre el paciente y el cuidador de la salud, y su capacidad percibida para cumplir con las metas de resultados. Finalmente, deja claro que el cambio que está motivado internamente es más probable que sea exitoso, en lugar de la búsqueda del paciente para complacer al personal de salud.

Por su parte, Shay²⁴⁵ en el análisis del concepto de la adherencia a la pérdida de peso, define la adherencia como la capacidad para mantener los comportamientos asociados con un plan de atención, cambio de los comportamientos de salud, cumplimiento y mantenimiento. Hace referencia a los atributos para el éxito del mantenimiento de la pérdida de peso como: comer una dieta baja en grasas y calorías; seguimiento frecuente del peso por lo menos una vez a la semana; y una hora de actividad física de intensidad moderada por día. Así mismo, hace hincapié en que el concepto de la adherencia es complejo y según la revisión bibliográfica estima que solo el 21% de las personas con obesidad / sobrepeso, logran con éxito una pérdida de peso a largo plazo, mencionando antecedentes para el logro de la adherencia conceptos relevantes como la auto-eficacia, las expectativas de resultados, valor percibido, el tiempo, apoyo social, conocimiento, el nivel socioeconómico, la percepción de daño o efecto adverso, la participación activa, el influencia del proveedor, el estado mental, la motivación y la percepción de alcanzar la meta.

Teniendo en cuenta el análisis del concepto de adherencia desde la falla renal²⁴⁶, el autor hace hincapié en que el término de adherencia ha reemplazado el cumplimiento y la conformidad, debido a que se debe hacer énfasis en el papel del paciente en la toma de decisiones y la libertad en decidir si o no desea seguir las recomendaciones. Sumado a lo anterior, la adherencia es un acuerdo alcanzado después de una negociación entre el paciente y un profesional de la salud, lo cual respeta las creencias y los deseos del paciente para determinar cuándo y cómo los medicamentos deben ser tomados; permitiendo a las personas tomar consciencia de los comportamientos realmente importantes para la vida y animando a tomar las mejores decisiones.

²⁴⁴ MUNRO, Shannon. Op. Cit., p.16

²⁴⁵ SHAY. Laura E. A. Op. Cit., p.53

²⁴⁶ BAYHAKKI. Op. Cit., p.53

Teniendo en cuenta la anterior revisión, la adherencia al tratamiento debe ser considerada como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y autoexhortativos que conducen a la participación y la comprensión del tratamiento por parte del paciente, de manera conjunta con el profesional de la salud. La buena comunicación entre el personal de salud y el paciente se identifica como un factor que puede potenciar la adherencia. Así mismo, la educación, el establecimiento de objetivos y el apoyo social pueden ayudar al paciente a controlar su enfermedad.

Determinación de los atributos críticos o esenciales

Es un paso clave en el análisis de concepto, que permite identificar palabras o frases que aparecen en varias oportunidades y de forma importante en la literatura, que muestran la esencia del concepto. Estos atributos son características que expresan el concepto, que actúan como elementos para el diagnóstico diferencial, es decir, para discriminar qué es una expresión del concepto de lo que no lo es. Es importante tener en cuenta que cuando el término es demasiado abstracto, sus atributos generalmente tienen también alto grado de abstracción.

Al respecto, los atributos identificados dentro de la revisión bibliográfica se presentan a continuación:

- **Motivación:** Es un atributo clave para la adherencia al tratamiento²⁴⁷, entendido como los factores o determinantes internos que incitan a una acción. Este a su vez, está soportado en el Modelo Transteórico (MT) planteado por Prochaska y DiClemente que integra aquellas teorías y propuestas relevantes acerca de la motivación, el cambio de conducta y su relación directa con la adherencia al tratamiento²⁴⁸.
- **Autoconfianza:** Es definida como la confianza en uno mismo o la creencia de las habilidades propias para ejecutar una tarea y hacer que las cosas sucedan. A su vez, es la percepción de que la persona es competente y capaz de cumplir con las expectativas particulares²⁴⁹. Así mismo, la confianza de una persona se determina como la capacidad de cambiar los comportamientos de salud para controlar y prevenir la progresión de una enfermedad²⁵⁰.
- **Creencias:** Es la idea o pensamiento que asume una persona como verdadero, las cuales pueden ser de origen externo producto de la cultura o internas como resultado de los conocimientos y autorreflexión; destacándose en la literatura las creencias actitudinales, las cuales hacen relación a la participación en comportamientos saludables. Por su parte, las creencias relacionadas con los riesgos están inmersas en la percepción que sienten las personas en pensar que presentarán un efecto negativo si se involucran en comportamientos poco saludables²⁵¹.

²⁴⁷ SHAY, Laura E. Op. Cit., p.53

²⁴⁸ LUNA GARCÍA Y BARRAGÁN, L. El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 2014. 7(1), 49-58.

²⁴⁹ ZULKOSKY, Kristen. Self-Efficacy: A Concept Analysis. Nursing Forum Volume 44, No. 2, April-June 2009

²⁵⁰ POLSOOK et al. Validity and Reliability of Thai Version of Questionnaire Measuring Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale among Thai with post-myocardial infarction. Songklanakarin J. Sci. Technol. 36 (4), 411-417, Jul. - Aug. 2014

²⁵¹ NOAR, S. M., & Zimmerman, R. S. Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? Health Education Research . 2005. p.275-290.

- **Conocimientos:** Las necesidades educativas relacionadas con la motivación a la adherencia del paciente y su familia es un aspecto muy importante de la adherencia²⁵². Por consiguiente se hace hincapié en conocer la preferencia del método de aprendizaje de los sujetos de cuidado, ya que no es suficiente la información básica acerca de una enfermedad o tratamiento, sino que debe incluir las creencias de los pacientes sobre su salud, los beneficios, las barreras y los riesgos de cumplir o no el tratamiento, por lo que los aspectos psicológicos, cognitivos y conductuales son importantes en el cumplimiento y la adherencia al tratamiento²⁵³.
- **Participación activa del paciente:** Es definida como una relación establecida entre la enfermera y el paciente, presentando características como la información compartida, el conocimiento y el compromiso activo. Así mismo, se describe que la participación del paciente es base esencial en el tratamiento y los cuidados de enfermería²⁵⁴.
- **Persistencia y mantenimiento:** Es un atributo frecuentemente usado cuando se habla de adherencia y comportamientos en salud; el cual hace referencia a la voluntad para continuar con los comportamientos de salud a pesar de las adversidades y la continuidad en el tiempo.
- **Satisfacción:** Existe una asociación positiva entre la satisfacción del tratamiento y la adherencia, los pacientes más satisfechos son más persistentes a continuar con el tratamiento²⁵⁵. A su vez, los niveles más bajos de satisfacción se asocian con una peor capacidad para adquirir habilidades de autocontrol de la medicación²⁵⁶.

Adicional a los atributos antes planteados, la literatura aporta otras características esenciales del concepto como: capacidad en la toma de decisiones, el reconocer los beneficios de la adherencia, aceptar la condición patológica, habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, la gestión y la capacidad de hacer las actividades como las ve en el entorno.

Teniendo en cuenta los atributos antes expuestos y la revisión bibliográfica adelantada, se plantea como definición de adherencia al tratamiento como “el juicio que ejecuta una persona en relación con la participación activa al inicio y en el mantenimiento de un tratamiento, tomando como base la autoconfianza, la motivación y los conocimientos, con elementos relevantes de autocuidado y autoeficacia; para el logro de las metas acordadas con el personal de salud que redundan en el control de su enfermedad y prevención de complicaciones”.

Identificación de antecedentes y consecuencias del concepto

En este paso se describen las causas que conllevan a la falta de adherencia al tratamiento. En primer lugar se menciona que un déficit de conocimientos sobre la

²⁵² ZHAO S, ZHAO H, WANG L, Du S, Qin Y. Education is critical for medication adherence in patients with coronary heart disease. *Acta Cardiol.* 2015 Apr;70(2) p.197-204

²⁵³ MEREDITH A.J. and Cols. The Relationship of Transition Readiness, Self-Efficacy, and Adherence to Preferred Health Learning Method by Youths with Chronic Conditions. *Journal of Pediatric Nursing* (2015)

²⁵⁴ SAHLSTEN Monika J. M., Inga E. Larsson, Björn Sjöström, Kaety A. E. Plos. An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum* Volume 43, No. 1, January-March, 2008

²⁵⁵ DIAS BARBOSA et al. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preference and Adherence* 2012;6 p.39-48

²⁵⁶ BLALOCK, Susan and PATEL, Rajul. Drug Therapy Concerns Questionnaire: Initial Development and Refinement. *J Am Pharm Assoc.* 2005; 45. p.160-169

patología e indicaciones sobre el tratamiento²⁵⁷ y ausencia de apoyo social²⁵⁸, conllevan a una alteración en la adherencia al tratamiento.

En este sentido, la OMS²⁵⁹ hace referencia a la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros que inciden sobre la adherencia a los tratamientos: factores relacionados con el tratamiento, el paciente, la enfermedad, el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros. Con relación a estos factores se posee buena evidencia científica que soporta la anterior afirmación a nivel mundial y local; sumado a lo anterior en el año 2006 se diseñó un instrumento que mide dicho factores de adherencia al tratamiento el cual ha tenido múltiples aplicaciones y procesos de validación²⁶⁰.

A nivel personal se describe que la edad constituye un papel fundamental en la adherencia al tratamiento, debido a que el incremento de la edad coexiste con déficit de memoria, lo que lleva a mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas²⁶¹. De igual forma, la comunicación en la medicación²⁶² es relevante para que se dé una buena adherencia al tratamiento entendida esta como un proceso complejo y dinámico, donde intervienen activamente los pacientes y el personal de salud.

Con relación a la adherencia al tratamiento de personas con hipertensión arterial, los pacientes manifestaron que algunas veces pueden pagar los medicamentos (57 %) y en otras oportunidades se les dificulta el cambio en la dieta, debido al costo de los alimentos recomendados (52 %) ²⁶³. Así mismo, el 50 % de la población siempre cuenta con el apoyo de su familia y allegados para cumplir el tratamiento. La evidencia reporta que involucrar a la familia permite apoyar los esfuerzos del paciente para controlar la enfermedad cardiovascular.

Adicionalmente, se hace mención que los pacientes que reciben información con respecto al tratamiento a seguir para controlar su padecimiento, estableciendo un espacio de diálogo durante la consulta médica, presentan mayor adherencia terapéutica²⁶⁴.

²⁵⁷ WANG et al. Knowledge, satisfaction, and concerns regarding warfarin therapy and their association with warfarin adherence and anticoagulation control. *Thrombosis Research* 133 (2014) p.550–554

²⁵⁸ CASTAÑO, José et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (Colombia) 2011. *Rev. Fac. Med.* 2012 Vol. 60 No. 3: p.179-197

²⁵⁹ SABATÉ Eduardo. *Op Cit.*, p.13

²⁶⁰ BONILLA, Claudia Patricia y GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *av.enferm.*, XXXII (1):2014. p. 53-62

²⁶¹ AGÁMEZ, Adriana Patricia; HERNÁNDEZ, Rodolfo; CERVERA, Lex; RODRÍGUEZ, Yarmein. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 12, núm. 5, septiembre-octubre, 2008. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116122009>

²⁶² MANIAS Elizabeth. Medication communication: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2010. 66(4). p. 933–943.

²⁶³ GUERRA, Eugenia. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *av.enferm.*, XXX (2): 2012. p.67-75

²⁶⁴ TRUJANO, Rocío; VEGA, Zaira; NAVA, Carlos; SAAVEDRA, Karina. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *liberabit: Lima (Perú)* 17(2): 2011. p. 223-230,

Las consecuencias de la deficiente adherencia al tratamiento se traducen en alteraciones de diversas esferas de la vida del paciente, componentes del sistema de salud y estadísticas de morbilidad y mortalidad de la población. La OMS reporta los riesgos que pueden presentar las personas que no se adhieren a los tratamientos como riesgo de toxicidad, riesgo de efectos adversos y resistencia medicamentosa. Por su parte, las personas que refieren adherirse al tratamiento farmacológico antihipertensivo tienen mejor control de la tensión arterial²⁶⁵ actuando como factor protector en la prevención de complicaciones cardiovasculares.

Definición de referentes empíricos a los atributos esenciales

La adherencia al tratamiento se ha investigado ampliamente desde diferentes modelos, evaluándose independientemente la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, como también en algunas patologías específicas.

La revisión bibliográfica reporta diferentes métodos de medición de la adherencia al tratamiento, los cuales miden directa o indirectamente el fenómeno, haciendo énfasis en sus ventajas y limitantes al utilizar cada uno de ellos o al sugerir su uso combinado. En este sentido se hace referencia a los métodos electrónicos (MEMS), auto reporte, informes de farmacia y pruebas específicas de laboratorio. Definiendo que el primero de ellos es muy costoso, poco accesible y la información es limitada con respecto a identificar si verdaderamente el paciente ingiere el medicamento y la dosis indicada. Con relación a los instrumentos de auto informe los definen como costo efectivos y costo eficientes para tener acceso a la información y asumir si el paciente realmente es adherente al tratamiento^{266,267}. Finalmente, se afirma que los resultados clínicos son medidas indirectas de la adherencia, mientras que los comportamientos del paciente como la pérdida de peso, el ejercicio y el tomar la medicación, son medidas directas de la adherencia²⁶⁸.

Dentro de la revisión de literatura a nivel cualitativo se hace mención a la categoría de susceptibilidad percibida, definiéndola como la percepción subjetiva del riesgo de desarrollar una enfermedad y la aceptación de un diagnóstico. En este sentido, se evidencia una negación ante un diagnóstico de enfermedad crónica, describiendo a la persona que no experimenta sintomatología, como sentirse bien y tener menor probabilidad de adherirse al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico²⁶⁹. Sumado a lo anterior, se menciona que las personas emprenden comportamientos hacia la adherencia terapéutica cuando experimentan síntomas relacionados con la enfermedad crónica y cuando perciben mejoramiento de los mismos, abandonan el tratamiento indicado, lo cual tiene injerencia en la permanencia del tratamiento a través del tiempo.

²⁶⁵ INGARAMO, Roberto y Cols. Op.Cit., p.13

²⁶⁶ NOGUÉS Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna (Madrid) 2007; 24. p. 138-141.

²⁶⁷ ROLLEY John and Cols. Medication Adherence Self-report Instruments Implications for Practice and Research. Journal of Cardiovascular Nursing. November/December 2008. Vol. 23, No. 6, p.497-505.

²⁶⁸ BURKE L, Yang K, Acharya S. Adherence to Cardiovascular Treatment Regimens. Ovid Technologies, Inc. 2014

²⁶⁹ ÁVILA Sansores, G. M., Gómez-Aguilar, P., Yam-Sosa, A. V., Vega-Argote, G., Franco-Corona, B. E. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan. 2013, Vol. 13, No. 3. p. 373-386.

La adherencia al tratamiento farmacológico se ha descrito como el consumo correcto de fármacos, la dosis, la vía de administración, la asistencia a los controles clínicos, la persistencia a la duración del tratamiento; tomando con referente las indicaciones aportadas por el médico. En este sentido, un estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas reporta una adherencia al tratamiento en un 51,7%, justificado en razones como el incumplimiento de las recomendaciones, olvido de alguna dosis, duplicar dosis, error de frecuencia y tener alguna alergia medicamentosa. De igual forma, describen una relación inversamente proporcional definida como a mayor número de medicamentos ordenados, menor tasa de adherencia²⁷⁰. En este sentido, son muchos factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico como la motivación, el acceso, los costos, la buena comunicación con el personal de salud y plantean como estrategia novedosa simplificar la lista de medicamentos en una polipíldora²⁷¹.

La motivación es un atributo fundamental que incide en la adherencia al tratamiento, debido a que tiene una relación directa con el valor que la persona le asigna al seguimiento de los tratamientos y además de ello a la confianza que tiene en poder seguirlo. Al respecto, un estudio que evaluaba la adherencia y los resultados terapéuticos en un grupo de pacientes con dolor crónico determinó que los pacientes que presentaban menor motivación para el cambio no completaban el tratamiento y se relacionaba con mayor gravedad del trastorno; concluyendo que para asegurar la eficiencia terapéutica se debe enfatizar en manejar e influenciar la motivación para el cambio²⁷².

Es evidente que la falta de adherencia a los medicamentos se constituye en un obstáculo importante para el logro de mejores resultados de salud en pacientes con enfermedad crónica, relacionados con la auto-eficacia, la autoconfianza en la propia capacidad para realizar una tarea dada; por lo anterior, un grupo multidisciplinario con experiencia en la adherencia a la medicación y conocimientos sobre salud, diseñó la escala de auto-eficacia para el uso adecuado de medicamentos (SEAMS). El instrumento consta de 13 ítems, la validez de contenido se realizó con 436 pacientes con enfermedad coronaria y otras enfermedades comórbidas. La consistencia interna alfa de Cronbach se calculó en 0,89. Se encontró una solución de dos factores, explicando el 52,3% de la varianza de la escala²⁷³. La anterior escala presenta los indicadores empíricos para determinar la adherencia en relación a la autoconfianza y la autoeficacia.

Un estudio que tenía como propósito identificar las creencias de los pacientes sobre la enfermedad y la medicación, asociadas con una mala adherencia a la medicación entre las personas con diabetes, detalló en el análisis multivariado, los predictores de pobre adherencia a la medicación los cuales fueron la creencia de que padece de diabetes sólo cuando el nivel de azúcar es alto, la necesidad de tomar la medicina cuando la glucosa es anormal, la preocupación de los efectos secundarios de los medicamentos hipoglicemiantes, la falta de confianza en sí mismo en el control de la diabetes y la

²⁷⁰ NÚÑEZ Montenegro AJ, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedificados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2013. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.003>

²⁷¹ WOOD F, SALAM A, SINGH K, et al. Process evaluation of the impact and acceptability of a polypill for prevention of cardiovascular disease. *BMJ Open* 2015;5: e008018. doi:10.1136/bmjopen-2015-008018

²⁷² MERAYO, Luis Antonio; CANO, Francisco; RODRÍGUEZ, Luis. Motivación para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*. 2008, Vol. 26, número 2, p.331-339.

²⁷³ RISSER, J., JACOBSON, T. A., and KRIPALANI, S. Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in Low-Literacy patients with chronic disease. *Journal of Nursing Measurement*. 2007, 15(3) p.203- 219.

sensación de que los medicamentos son difíciles de tomar. Finalmente, la falta de autoconfianza es definida como un predictor para una mala adherencia, que permite tener control de la salud en el futuro. Sin embargo, estas creencias subóptimas son potencialmente modificables y por supuesto son los objetivos lógicos para adaptar los mensajes educativos tanto en la práctica clínica, así como puntos clave para ser evaluados en futuras intervenciones, que conlleven a mejorar el autocontrol²⁷⁴.

Como se mencionó previamente, la adherencia terapéutica se ha evaluado de forma independiente; es así, como el tratamiento no farmacológico se ha descrito desde el cumplimiento de hábitos de vida saludable relacionados con la ejecución de actividad física, consumo de una dieta saludable, disminución de peso, no fumar, no consumir bebidas alcohólicas entre otras. En este sentido, Torresani et al²⁷⁵ hace referencia que las pacientes que descendieron por semana 1% ó más del peso corporal inicial fueron las que presentaron una percepción de la adherencia al tratamiento mayor al 70%.

En otro estudio se hace mención que los pacientes pos infarto presentan mayor adherencia a una dieta saludable con un 80%, pero observaron niveles más bajos de la adherencia con respecto a la adhesión con la pérdida de peso (25%), la actividad física (65,4%), el abandono del tabaco (28,8%) y el consumo de alcohol (19,2%)²⁷⁶. A su vez, hacen mención como predictor clave para la adhesión el apoyo familiar, la personalidad y las creencias personales, como insumo para el diseño de estrategias de intervención.

Con relación a las estrategias de intervención del fenómeno, la literatura sustenta el uso de la entrevista motivacional como una herramienta que lleva a cambios en las conductas de riesgo de los pacientes con diversos problemas de salud y a su vez promueve la adherencia a los tratamientos, soportada en el uso de pacientes con patología cardiovascular^{277, 278} con el propósito de incrementar el autocuidado. Así mismo se describe que las intervenciones tradicionales aplicadas a los pacientes con enfermedad cardiovascular son inefectivas porque se centran en la sintomatología, en lugar de estimular a las personas al cambio de comportamientos de alto riesgo; fortaleciendo los hábitos saludables evidenciados en el inicio y manteniendo el hábito del ejercicio y consumo de una dieta saludable²⁷⁹. Finalmente, se enfatiza en incluir intervenciones motivacionales que fomenten la toma de decisiones, reduzcan la ambivalencia, la resistencia al cambio e impulsen las modificaciones de comportamientos deletéreos para la salud.

²⁷⁴ DEVIN M, Mann, Diego Ponieman, HOWARD Leventhal, Ethan A. Halm. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med* (2009) 32. p.278-284

²⁷⁵ TORRESANI M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *diaeta* (B.Aires) 2011; 29(137). p.31-38

²⁷⁶ LEONGA, Joyce; MOLASSIOTISA, Alexander; MARSHB, Helen. Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*. Volume 8, Issue 1, March 2004, p.26-38

²⁷⁷ BRODIE, David; INOUE, Alison. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *JAdvNurs*. 2005. Vol. 50, no. 5, p. 518-27.

²⁷⁸ PARADIS, Véronique, et al. The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010. Vol. 25, no. 2, p. 130-141.

²⁷⁹ GIADA Pietrabissa et al. Integrating Motivational Interviewing with Brief Strategic Therapy for Heart Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015, p.136 - 143

Ejemplificación del concepto desde la medición

Como principal referente empírico del análisis del concepto de la adherencia terapéutica relacionada con la salud cardiovascular y después de la revisión de los atributos; se llevó a cabo la revisión del instrumento “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”, elaborado por la enfermera Luisa Fernanda Achury²⁸⁰ como resultado de tesis para obtener el título de maestría en Enfermería, desarrolló una investigación que tuvo como objetivo determinar el efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en pos IAM en rehabilitación cardíaca. Durante el planteamiento de la propuesta investigativa determinó la necesidad de diseñar un instrumento válido que midiera la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, logrando el diseño del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”.

Como resultado del proceso de validez facial y de contenido, la autora en mención genera un instrumento de 29 ítems, de los cuales 27 tienen una opción de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre) y los 2 ítems restantes respuestas de selección múltiple. Por ende, el cuestionario tiene una puntuación mínima de 29 y máxima de 174 puntos, teniendo en cuenta que un mayor puntaje refleja una mejor adherencia al tratamiento.

La validez de constructo del instrumento en mención fue llevada a cabo a través de la aplicación del análisis factorial exploratorio con extracción por componentes principales y rotación Varimax. En primer lugar, se aplicó la última versión del instrumento a 145 pacientes con diferentes patologías cardiovasculares como hipertensión arterial, angina, IAM, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y enfermedad valvular. Estableciendo como criterio de extracción de factores valores propios superiores a 1.41, arrojando el análisis factorial con rotación Varimax una estructura de 6 componentes que dan cuenta del 57,36% de la varianza explicada.

Es de resaltar en el informe final de la investigación, la autora hace mención que la matriz de componentes principales rotada obtenida en el procedimiento estadístico, permite observar una agrupación de los ítems que no coincide exactamente con las dimensiones definidas previamente en el instrumento; conllevando a redefinirlas en razón a que las expectativas de autoeficacia están presentes en todos los tratamientos de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Continuando con la revisión del cuestionario, el primer componente agrupó los ítems 5 (Evito en mi alimentación el consumo de grasa [pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos]), 6 (Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares), 7 (Consumo alimentos bajos en sal), 17 (Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas), 24 (Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud), 25 (Cumpló el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado), 26 (Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo) y 27 (Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud), por lo tanto se denominó expectativas y conductas de autoeficacia.

²⁸⁰ ACHURY, Luisa. Op.Cit., p.21

El segundo componente agrupó los ítems 1 (Tomo mis medicamentos en el horario establecido), 2 (Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica), 3 (Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud), 4 (Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación), 8 (Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud) y 21 (Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos), por lo que se denominó seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos.

El tercer componente agrupó los ítems 18 (Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos), 19 (Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud) y 20 (Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud), razón por la cual se denominó necesidad de apoyo para la adherencia.

El cuarto componente agrupó los ítems 14, (Asisto a las consultas médicas programadas), 15 (Asisto a los controles de enfermería programados), 16 (Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de la salud me indican), 28 (¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?) y 29 (¿Con qué frecuencia fuma?), por lo que se denominó conductas esperadas de adherencia a largo plazo.

El quinto componente agrupó los ítems 12 (Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes), 13 (Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor) y 23 (Puedo manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés), por lo tanto se denominó manejo de las situaciones tensionantes.

Finalmente, el sexto componente agrupó los ítems 9 (Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud), 10 (Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud), 11 (Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad) y 22 (Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico), por lo que se denominó realización de actividad física.

Observando la descripción del análisis factorial exploratorio realizado, deja ver que los factores fueron asignados por la estadística y no por el referente teórico; ya que este último, es el realmente importante para definir una validez de constructo. Así mismo, no es apropiado incluir dentro de una misma dimensión la dieta y los medicamentos; debido a que el primero está relacionado con el tratamiento no farmacológico y los medicamentos hacen parte del tratamiento farmacológico, como se puede observar en el componente dos (2) descrito por la autora. En este mismo sentido, el cuarto componente agrupó ítems relacionados con el seguimiento, asistencia a controles con hábitos dañinos como el fumar y consumo de bebidas alcohólicas; los cuales no tienen ninguna relación teórica con los primeros.

La confiabilidad del instrumento fue medida por medio del alfa de Cronbach, el cual reporta un valor general de 0.837, lo cual indica un buen nivel de fiabilidad y con ello de correlación entre los ítems del cuestionario. Así mismo, calcularon el alfa de Cronbach

para cada una de las dimensiones arrojadas por el análisis factorial encontrando unos valores buenos de fiabilidad para la dimensión de conductas y expectativas de autoeficacia como para la dimensión de necesidad de apoyo para la adherencia; un valor aceptable para la dimensión de seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos; una fiabilidad débil para las dimensiones de realización de actividad física y manejo de las situaciones tensionantes y finalmente un valor pobre para la dimensión de conductas esperadas de adherencia a la largo plazo; lo cual amerita revisión y análisis de cada uno de los ítems a la luz de la teoría.

Con relación a la discusión y análisis de los resultados de la investigación realizada por la autora, hace hincapié en que el análisis factorial exploratorio ejecutado en el proceso de validez de constructo permitió la descripción de las dimensiones más no su comprobación. Reconoce que la adherencia al tratamiento depende en parte de la motivación y la autoeficacia como aspectos generadores de cambios de comportamiento, pero que otros factores como los de tipo económico, social y los relacionados con el sistema de salud, ejercen un mayor impacto sobre las conductas y la adherencia, que las mismas expectativas de resultados y de autoeficacia percibidas por los pacientes. Por lo anterior, genera la necesidad de comprobar la dimensionalidad del instrumento de medición y por otra, evaluar el peso que cada uno de los factores descritos en la literatura tiene sobre la adherencia. En respuesta a lo anterior, es indispensable considerar los atributos descritos en el análisis del concepto, los cuales tienen sustento a nivel teórico y empírico, que hacen relevantes ser tenidos en cuenta al momento de redactar los ítems del instrumento.

Teniendo en cuenta lo anterior y las recomendaciones de la misma autora del instrumento, se observa la pertinencia de evaluar y comprobar la dimensionalidad del instrumento, con el fin de aumentar la validez. Así mismo, se asume la recomendación de tener solo cuatro opciones de respuesta: Nunca, pocas veces, frecuentemente, siempre, lo que probablemente facilita la ubicación de respuesta del paciente y mejora las características del sistema de medición.

Por consiguiente, se hace indispensable la validez del instrumento, entendida esta como una declaración acerca de la medida en que sus asociaciones observadas con medidas de otras variables coincidan con predicciones teóricas. A su vez, los indicadores proporcionan un índice cuantificado que permite determinar el grado de convergencia entre el patrón observado de correlaciones y el patrón predicho teóricamente de correlaciones, es decir, del grado de concordancia de los datos con la teoría que subyace a la construcción y la medida²⁸¹.

Elosua²⁸² hace mención a la validez como el aspecto de la medición psicométrica vinculado con la comprobación y estudio del significado de las puntuaciones obtenidas por los test; resaltando que no es suficiente la justificación sustantiva de las puntuaciones, haciendo énfasis en delimitar los fundamentos teóricos en un contexto externo, con relación al propósito o interpretación propuesta. Así mismo, dentro de la complejidad de la validez de instrumentos se hace necesario el estudio del número de factores, dimensiones o habilidades subyacentes a un conjunto determinado de

²⁸¹ ROSENTHAL, Robert. Quantifying Construct Validity: Two Simple Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003. Vol 84, N° 3: 608-618.

²⁸² ELOSUA OIlden Paula. Sobre la validez de los tests. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 2, p. 315-321

variables, con el objetivo de determinar el número mínimo de estructuras necesario para explicar la máxima varianza observada; lo cual tiene relevancia en la propuesta investigativa que se adelanta en la validación del instrumento que mide la adherencia, el cual tiene sustento teórico desde la autoeficacia y los ítems del mismo debe corresponder a los atributos del concepto.

El referente conceptual usado para el desarrollo de este instrumento fue la teoría social cognitiva de Bandura²⁸³ y la teoría de mediano rango de autoeficacia de Bárbara Resnick²⁸⁴; permitiendo definir la adherencia al tratamiento como una “conducta y la motivación de asumir un comportamiento saludable, que puede ser medida a partir de la identificación de diversos comportamientos como el seguimiento a las indicaciones relacionadas con la alimentación y los medicamentos, la asistencia a los controles por parte del personal de salud y el manejo de factores de riesgo como la cesación del hábito tabáquico, la realización de ejercicio físico de forma regular y el manejo del estrés”.

Con relación a la construcción de instrumentos que evalúen la autoeficacia, Olaz y cols²⁸⁵ tomando como referencia las indicaciones de Bandura, dan a conocer una guía para la construcción de escalas que evalúen este constructo, las cuales se deben adecuar al dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés. En primer lugar los ítems deben reflejar con precisión el constructo, ya que la Autoeficacia hace referencia a la capacidad percibida y deben redactarse en términos “de puedo hacer” en lugar de “lo haré”, debido a que el primero es un juicio de capacidad y lo haré es una declaración de intención. Así mismo, los ítems deben ser redactados de acuerdo al nivel de formación de los sujetos, evitarse la ambigüedad, el lenguaje técnico, ítems multidimensionales que incluyen diferentes tipos de logros.

A continuación se presenta un cuadro resumen del instrumento en mención, en el cual se expone un análisis crítico del componente teórico y atributo del concepto de adherencia implícito en cada ítem:

ITEMS	Concepto del ítem	Atributo del concepto
1. Tomo mis medicamentos en el horario establecido.	Cumplimiento.	Conocimientos.
2. Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica.	Cumplimiento.	Conocimientos.
3. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.	Expectativas de autoeficacia.	Motivación, creencias.
4. Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación.	Cumplimiento.	Conocimientos.
5. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)	Expectativas de autoeficacia.	Creencias, conocimientos.

²⁸³ BANDURA, Albert. Op Cit. P. 191-215

²⁸⁴ LIEHR, Patricia and SMITH Jane. Op Cit. P. 49-64

²⁸⁵ OLAZ Fabián, SILVA María Inés, PÉREZ Edgardo. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Marzo de 2001

6. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares.	Expectativas autoeficacia.	de	Creencias, conocimientos, toma de decisiones.
7. Consumo alimentos bajos en sal	Cumplimiento.		Conocimientos.
8. Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.	Expectativas autoeficacia.	de	Creencias, conocimientos, persistencia y mantenimiento.
9. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud.	Cumplimiento.		Conocimientos.
10. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud.	Expectativas autoeficacia.	de	Creencias, conocimientos, persistencia y mantenimiento.
11. Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad.	Cumplimiento.		Conocimientos.
12. Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.	Expectativas autoeficacia.	de	Autoconfianza, participación del paciente.
13. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.	Expectativas autoeficacia.	de	Autoconfianza, participación del paciente.
14. Asisto a las consultas médicas programadas.	Cumplimiento.		Conocimientos.
15. Asisto a los controles de enfermería programados.	Cumplimiento.		Conocimientos.
16. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.	Cumplimiento.		Conocimientos.
17. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.	Expectativas autoeficacia.	de	Creencias, motivación y conocimientos.
18. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	Expectativas autoeficacia.	de	Apoyo social.
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.	Expectativas autoeficacia.	de	Apoyo social.
20. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.	Expectativas autoeficacia.	de	Apoyo social.

21. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.	Expectativas de autoeficacia.	Autoconfianza, motivación, creencias, conocimientos, permanencia y mantenimiento.
22. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.	Expectativas de autoeficacia.	Autoconfianza, motivación, creencias, conocimientos, permanencia y mantenimiento.
23. Puedo manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.	Expectativas de autoeficacia.	Autoconfianza, Creencias
24. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.	Expectativas de autoeficacia.	Autoconfianza, Creencias
25. Cumplo con el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado.	Expectativas de autoeficacia.	Autoconfianza, Creencias, permanencia y mantenimiento.
26. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.	Expectativas de autoeficacia.	Autoconfianza, motivación, creencias.
27. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.	Expectativas de autoeficacia.	Autoconfianza, Creencias, permanencia y mantenimiento.
28. Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Ejecución del hábito.	Es necesario modificar redacción del ítem; teniendo en cuenta que es un hábito no saludable y un factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular, ubicándolo en la dimensión de susceptibilidad percibida.
29. Con qué frecuencia fuma?	Ejecución del hábito.	Es necesario modificar redacción del ítem; teniendo en cuenta que es un hábito no saludable y factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular, ubicándolo en la dimensión de susceptibilidad percibida.

Teniendo en cuenta la actualización del concepto de adherencia terapéutica adelantado, es relevante que el instrumento a validar posea los elementos teóricos y atributos antes mencionados y se reflejen explícitamente o implícitamente para determinar que verdaderamente se está midiendo el constructo.

En este sentido, retomando la revisión de los ítems del instrumento seleccionado, se compararon los referentes teóricos de la Autoeficacia con la descripción de ítems. En primer lugar, Bárbara Resnick describe las Expectativas de autoeficacia como los juicios sobre la capacidad de una persona para llevar a cabo una tarea en particular que lleve a un logro y las Expectativas de resultados como los juicios acerca de lo que ocurriría si

una tarea determinada se realiza con éxito²⁸⁶. Lo que indica, que algunos ítems se deben replantear en la forma de interrogar y construir unos nuevos ítems, que permitan identificar la capacidad percibida del paciente de ejecutar un comportamiento más que el cumplimiento de una orden impartida por un personal de salud y los logros que puede obtener si lleva a cabo las recomendaciones acordadas con el prestador de salud.

De igual forma, el cuestionario en revisión carece de ítems que incluyan atributos esenciales del concepto de adherencia terapéutica como la satisfacción con el tratamiento, la gestión y la participación activa. Adicionalmente, se observa la necesidad de construir ítems que permitan evaluar la percepción del riesgo, entendida esta última como la vulnerabilidad percibida por el paciente ante los riesgos para la salud²⁸⁷, las creencias sobre posibles complicaciones cardiovasculares secundarias a no poner en práctica lo acordado con el personal de salud. A su vez, está inmerso el concepto de autorregulación, que hace referencia a los mecanismos personales por los cuales la persona controla su comportamiento, pensamientos y sentimientos.

Lo anterior es sustentado en la categoría de susceptibilidad percibida, entendida como la percepción subjetiva del riesgo de desarrollar una enfermedad y la aceptación de un diagnóstico. En este sentido, se evidencia una negación ante un diagnóstico de enfermedad crónica, describiendo a la persona que no experimenta sintomatología, que se siente bien y que tiene menos probabilidad de que tenga una adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico²⁸⁸. Sumado a lo anterior, se menciona que las personas emprenden comportamientos hacia la adherencia terapéutica cuando experimentan síntomas relacionados con la enfermedad crónica y cuando perciben mejoramiento de los mismos abandonan el tratamiento indicado, lo cual tiene influencia en la permanencia del tratamiento a través del tiempo. Mendoza et al, hacen referencia a la percepción de gravedad del paciente o el sentirse enfermo como un catalizador que aumenta la probabilidad de cumplimiento de la terapia, haciéndole pensar que el tratamiento que le ha sido indicado será benéfico para su salud²⁸⁹.

Es evidente los tres componentes teóricos que están presentes en el fenómeno de la adherencia al tratamiento; adicionalmente, la literatura reporta seis dimensiones temáticas transversales que inciden en la adherencia. La primera de ellas está relacionada con el uso y seguimiento farmacológico, en donde se describen los componentes esenciales que inciden en la adherencia y los cuales deben ser medidos y relacionados con la percepción de eficacia, preocupaciones concernientes a la sobremedicación, problemas de la adherencia, conocimientos y las reacciones adversas a los medicamentos²⁹⁰; las cuales en conjunto o de manera independiente influyen en la decisión de los pacientes de iniciar y seguir con un tratamiento farmacológico. Así mismo, un elemento clave es la satisfacción de los pacientes en relación con la asesoría y acompañamiento por parte del personal de salud. Por su parte, la percepción de los

²⁸⁶ LIEHR, Patricia and SMITH Jane. Theory of Self- Efficacy in Middle Range Theory for Nursing, Second Edition: Second Edition. Springer Publishing Company. 2008. Pp 49-64

²⁸⁷ STRECHER, Victor et al. The role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Health Education quarterly, Spring 1986. Vol 13(1). 73-91

²⁸⁸ ÁVILA Sansores, G. M., GÓMEZ-AGUILAR, P., Yam-Sosa, A. V., Vega-Argote, G., Franco-Corona, B. E. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan. 2013, Vol. 13, No. 3, 373-386.

²⁸⁹ MENDOZA Sara, MUÑOZ Mónica, MERINO José y BARRIGA Omar. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Méd Chile 2006; 134: 65-71

²⁹⁰ BLALOCK Susan and PATEL Rajul A. Op Cit. P.160-169.

efectos positivos de seguir una terapéutica²⁹¹ y tener claro los posibles riesgos o complicaciones de no seguir un tratamiento, son factores que determinan claramente la adherencia al tratamiento.

Sumado a lo anterior, se ratifica que la no adherencia a los medicamentos puede conducir a malos resultados clínicos para los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Por consiguiente, los procesos de toma de decisiones asociadas con el consumo de medicamentos, permitió explorar las conductas y las creencias frente al fenómeno a través de una metasíntesis. Producto de esta revisión se identificaron elementos importantes como: las creencias acerca de la necesidad y eficacia de los medicamentos, la toxicidad de los medicamentos y la polifarmacia, como barreras para tomar los medicamentos. Así mismo, las creencias sobre los medicamentos y las interacciones con el personal sanitario, parecen jugar un papel importante en la forma en que las personas toman las decisiones acerca de los medicamentos y las consecuencias a largo plazo de los pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares²⁹².

Como parte del tratamiento no farmacológico se menciona la necesidad de una dieta apropiada para el paciente con enfermedad cardiovascular, con indicaciones de tipo hipo sódica, hipo grasa e hipocalórica y aumento en el consumo de vegetales y frutas²⁹³. En este sentido, se hace énfasis en la educación del paciente, brindando conocimientos sobre los beneficios en relación al control de la presión arterial y la prevención de eventos cardiovasculares, reforzando la modificación del estilo de vida y fortaleciendo la adherencia al tratamiento²⁹⁴. Sumado a lo anterior, se reporta que las personas con alta adherencia a las recomendaciones nutricionales, tuvieron un menor riesgo de desarrollar niveles altos de triglicéridos y LDL durante 16 años de seguimiento²⁹⁵ y por consiguiente, disminuían los riesgos de presentar complicaciones cardiovasculares. La base para la obtención de estos resultados, yace sobre la autoconfianza, los conocimientos, la percepción de capacidad para llevar a cabo el hábito, la permanencia y continuidad.

Resnick²⁹⁶ hace énfasis que para que un paciente se adhiera a un programa de ejercicios, en primer lugar él debe tener la creencia que es capaz de realizar un comportamiento específico; así mismo, debe creer en el resultado de la realización del comportamiento y que vale la pena llevarlo a cabo. Los atributos vistos en esta dimensión están relacionados con la motivación, autoconfianza y conocimientos. Los beneficios del ejercicio en la enfermedad cardiovascular están sustentados en la modulación del sistema fibrinolítico, liberación de óxido nítrico a nivel vascular promoviendo la vasodilatación arterial y previniendo los eventos tromboticos. Sumado a lo anterior, se disminuye la concentración de lípidos, efectos antiarrítmicos y control del peso. A su vez, es importante tener en cuenta que dependiendo de la capacidad funcional y diagnóstico

²⁹¹ BJERKELI PJ, JÖNSSON AK, LESÉN E, MÅRDBY A-C, SUNDELL KA. Refill Adherence in Relation to Substitution and the Use of Multiple Medications: A Nationwide Population Based Study on New ACEInhibitor Users. PLoS ONE 11(5). May 2016.

²⁹² KUMAR et al. Understanding adherence-related beliefs about medicine amongst patients of South Asian origin with diabetes and cardiovascular disease patients: a qualitative synthesis. BMC Endocrine Disorders (2016) 16:24

²⁹³ FEYH Andrew et al. Role of Dietary Components in Modulating Hypertension. Clin Exp Cardiol. 2016 April

²⁹⁴ Ibid

²⁹⁵ SONESTEDT Emily et al. Diet Quality and Change in Blood Lipids during 16 Years of Follow-up and Their Interaction with Genetic Risk for Dyslipidemia. Nutrients 2016, 8, 274

²⁹⁶ RESNICK et al. Outcome Expectations for Exercise Scale: Utility and Psychometrics. Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES 2000, Vol. 55B, No. 6, S352–S356

médico, será la indicación de ejercicio físico para prevenir complicaciones de un sobreesfuerzo²⁹⁷, como la muerte súbita por actividad física extenuante²⁹⁸.

Por consiguiente, la percepción de autoeficacia desempeña un papel importante en la realización y permanencia de la ejecución de ejercicio físico²⁹⁹, de forma que existe un mayor compromiso frente a la participación en programas de actividad física en personas que demuestran mayor nivel de autoeficacia, lo que se debe por una parte a mayor percepción de la efectividad de acción que se está desarrollando y por otra, a que la autoeficacia actúa como intermediaria entre la intención de realizar la actividad física y el desarrollo posterior de la misma.

Las situaciones estresantes es una dimensión importante en la preservación de la adherencia, especialmente en la forma efectiva en que la persona pueda afrontar dichas situaciones^{300,301}. En ese orden de ideas, la literatura reporta una amplia evidencia de los efectos negativos del estrés agudo asociado a una activación simpática, generando la liberación de noradrenalina con el estímulo físico, estimulación del sistema nervioso autónomo con exacerbación de la enfermedad coronaria, disfunción endotelial transitoria e incluso necrosis³⁰². Se menciona que un bajo nivel de eficacia percibida frente al control de los estresores genera elevados niveles de estrés, incremento de la activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas, de forma que un aumento de la autoeficacia puede favorecer el control de este factor de riesgo cardiovascular³⁰³.

La quinta dimensión temática está en relación con el apoyo social, el cual puede verse como potencializador positivo de la adherencia a los tratamientos³⁰⁴ y el autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo en el contexto crónico de su enfermedad³⁰⁵. Es de aclarar, que la dependencia exclusiva en otra persona que le recuerde la necesidad de cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico lo convierte en un sujeto pasivo; lo cual esta inversamente relacionado con el concepto actual de adherencia, ya que posee como atributo la participación activa³⁰⁶ y la percepción de tener la capacidad de llevar a cabo una conducta.

La última dimensión temática, es concerniente a los hábitos de fumar y consumir bebidas alcohólicas. Con relación al primero de ellos, los autores sugieren que las expectativas de resultado median la motivación inicial para dejar de fumar, mientras que las

²⁹⁷ ARISTIZÁBAL, José Fernando. Beneficios de la actividad física en la enfermedad cardiovascular Archivos de Medicina (Col), núm. 10, 2005, pp. 34-41

²⁹⁸ BORAITA Pérez Araceli. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular Rev Esp Cardiol. 2008;61(5):514-28

²⁹⁹ BRAY, Steven; et al. An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. 2001. Journal of Health Psychology. Vol. 6. p. 425-434.

³⁰⁰ ALEGRÍA Eduardo. Estrés y enfermedad cardiovascular. J&C Ediciones Médicas. 2007;2: 60-64

³⁰¹ ÁLVAREZ Erik; BARRA Enrique. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. Ciencia y Enfermería, vol. 16, núm. 3, diciembre, 2010, pp. 63-72

³⁰² ARMARIO P, et al. Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. Med Clin (Barc) 2002;119(1):23-9

³⁰³ OLIVARI-MEDINA, Cecilia; URRÁ-MEDINA, Eugenia. Op cit. p. 9 – 15.

³⁰⁴ SAPAG JC, LANGE I, CAMPOS S, PIETTE JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(1):1-9.

³⁰⁵ BORJA Juana. Apoyo social y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo. Tesis de investigación. Universidad Nacional de Colombia, 2013

³⁰⁶ SAHLSTEN Monika J. M., Inga E. Larsson, Björn Sjöström, Kaety A. E. Plos. Op Cit.

expectativas de eficacia influyen tanto en la cesación y mantenimiento del proceso³⁰⁷. De forma similar, existe una relación directa entre el consumo de bebidas alcohólicas y la hipertensión arterial³⁰⁸, la cual es un importante factor de riesgo cardiovascular, asociado a la probabilidad de complicaciones cardiovasculares como eventos cerebro vasculares, enfermedad vascular periférica y disminución del gasto cardiaco entre otros. Finalmente, dentro del concepto de adherencia al tratamiento se hace indispensable que el paciente asuma este hábito como negativo, activador de complicaciones; que lo motiven a cambiar y suspender el uso.

Teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad, se realizaron modificaciones al instrumento original desde el retiro, la adición y la modificación en la redacción de los ítems, por cada uno de los componentes teóricos planteados bajo una estructura de **tres componentes centrales y seis dimensiones transversales a los componentes**, las cuales se presentan a continuación:

A) Componente de Expectativas de Autoeficacia

- Se retiraron los siguientes ítems del cuestionario original por estar redactados en términos de cumplimiento y encontrarse ya medidos en otros ítems cuyos fines no eran de control de respuestas.
 2. Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica. Se retira por estar enunciado en términos de cumplimiento y estar medido dentro del ítem previo.
 3. Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación. Se retira por estar enunciado en términos de cumplimiento y estar medido dentro de ítems posteriores.
 9. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud. Se retira por estar enunciado en términos de cumplimiento y estar medido dentro del ítem previo.
 11. Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad. Se retira porque algunos pacientes dependiendo de su condición física y estado cardiovascular, tienen recomendaciones ajustadas a los parámetros antes mencionados.
 14. Asisto a las consultas médicas programadas. Se suprimió por estar enunciado en términos de cumplimiento.
 15. Asisto a los controles de enfermería programados. Se suprimió por estar enunciado en términos de cumplimiento.
- A continuación se relacionan los ítems que se modificaron en la redacción con respecto al cuestionario original, debido a que originalmente se encontraban en términos de cumplimiento y se cambió a términos de capacidad percibida:
 1. Tomo mis medicamentos en el horario establecido. Se cambió por: Puedo tomar mis medicamentos en el horario establecido.
 2. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares. Se cambió por: Puedo evitar en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares
 3. Consumo alimentos bajos en sal. Se cambió por: Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal.

³⁰⁷ STRECHER et al. The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Spring, 1986. Vol 13. P 73-91

³⁰⁸ GÓMEZ Juan, et al. Alcohol y enfermedad cardiovascular. Cardiovascular risk factors. 2000. Vol. 9, no. 5, p. 328 – 341.

9. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican. Se cambió por: Soy capaz de realizarme los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.

- A continuación se relacionan los ítems que se adicionaron al componente en el nuevo instrumento, al aportar atributos esenciales del concepto:
 5. A pesar de mi trabajo y oficios dedicaré tiempo para realizar ejercicio físico.
 8. Soy capaz de asistir a los controles programados por el personal de salud.
 14. Es difícil manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.
- Los ítems restantes del nuevo cuestionario, se conservan igual a la redacción presentada en el cuestionario original:
 6. Puedo realizar actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.
 7. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.
 10. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.
 10. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.
 11. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.
 12. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.
 15. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.
 16. Cumpro con el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado.
 17. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.

B) Componente de Expectativas de Resultado

Para este componente se construyeron nuevos ítems que evidenciaron los juicios de los pacientes con enfermedad cardiovascular acerca de los resultados positivos si se adhieren al tratamiento, como producto de la revisión teórica y los principales reportes empíricos:

19. Pienso que si tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica me sentiré mejor.
20. Creo que las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación son importantes para el control de mi enfermedad.
21. Pienso que el ejercicio físico indicado por el personal de salud es necesario para controlar mi enfermedad.
22. Si yo tomo los medicamentos indicados, voy a disminuir mis probabilidades de tener un ataque cardíaco.
23. Si yo realizo ejercicio físico controlare mi peso.
24. Si yo manejo apropiadamente las situaciones estresantes, controlare la tensión arterial.

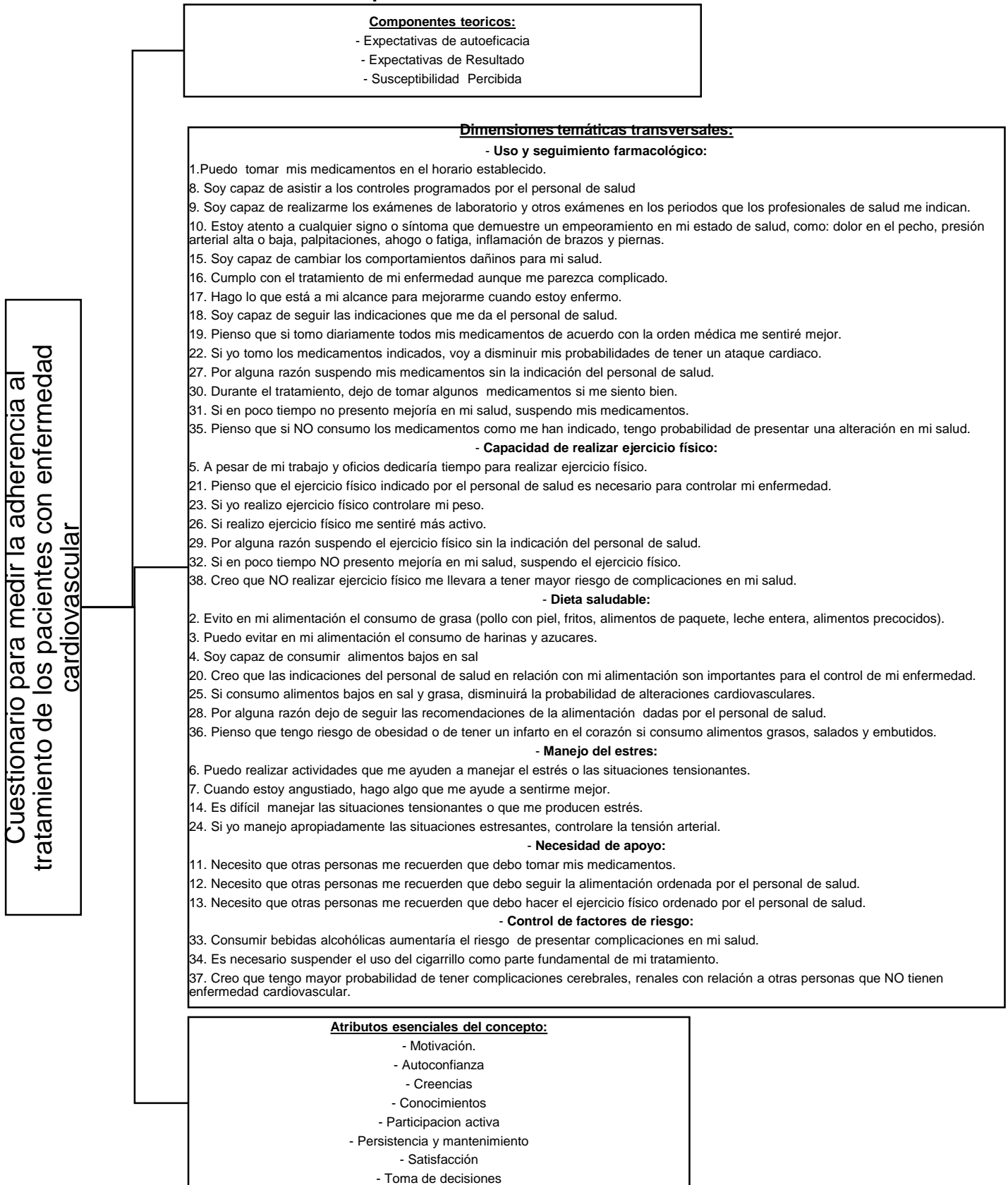
25. Si consumo alimentos bajos en sal y grasa, disminuirá la probabilidad de alteraciones cardiovasculares.
26. Si realizo ejercicio físico me sentiré más activo.

C) Componente de susceptibilidad percibida o percepción del riesgo

- Ítems originales del cuestionario, que hacen parte del nuevo componente sin modificaciones:
 27. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.
 28. Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.
 29. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud.
 31. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.
 32. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.
- A continuación se relacionan los ítems que se modificaron en la redacción con respecto al cuestionario original, considerando que se pretende identificar la percepción del paciente sobre el efecto dañino del hábito y las consecuencias de su uso, en lugar de su frecuencia:
 33. ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas? Se cambió por: Consumir bebidas alcohólicas aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud
 34. ¿Con que frecuencia fuma? Se cambió por: Es necesario suspender el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento
- Relación de los ítems que se adicionaron al componente en el nuevo instrumento, que permiten identificar la percepción del paciente de los efectos negativos como resultado de la no adherencia al tratamiento :
 30. Durante el tratamiento, dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien.
 35. Pienso que si no consumo los medicamentos como me han indicado, tengo probabilidad de presentar una alteración en mi salud.
 36. Pienso que tengo riesgo de obesidad o de tener un infarto en el corazón si consumo alimentos grasos, salados y embutidos.
 37. Creo que tengo mayor probabilidad de tener complicaciones cerebrales, renales con relación a otras personas que no tienen enfermedad cardiovascular.
 38. Creo que no realizar ejercicio físico me llevara a tener mayor riesgo de complicaciones en mi salud.

Al analizar la dimensionalidad teórica del instrumento, se puede identificar que de cada uno de los tres componentes previamente descritos, emergen 6 dimensiones temáticas transversales las cuales se presentan a continuación en la gráfica 1.

Gráfica 1. Estructura esquemática del instrumento



Desde esta propuesta planteada desde el análisis del concepto de adherencia, frente a la dimensionalidad del instrumento, se espera encontrar una estructura matemática de 6 factores que permita confirmar la expresión de los componentes que subyacen desde los atributos esenciales del concepto.

- **Ajuste a la escala de medición:**

El instrumento original presenta una escala de medición tipo Likert para los ítems con seis opciones de respuesta (nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre), que según el informe de tesis de la autora, sugiere la posibilidad de cambiar las opciones de respuesta a cuatro, con el fin de facilitar la ubicación de las respuestas del paciente y mejorar el sistema de medición. En este sentido Sampieri³⁰⁹ hace mención a las escalas de medición social que miden actitudes, recomendando la escala Likert como un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. En ese orden de ideas, se debe tener en cuenta que si los encuestados tienen poca discriminación se recomienda incluir de tres a cuatro categorías; por el contrario, si las personas tienen un nivel educativo elevado pueden incluirse siete categorías. Teniendo en cuenta esta premisa y reconociendo que el nivel educativo es variado de la población objeto de estudio, se decide estructurar una escala con cuatro opciones de respuesta, enunciado de la siguiente forma:

Para los ítems de la dimensión de Expectativas de autoeficacia las opciones de respuesta son nunca, pocas veces, casi siempre y siempre. Es de anotar que la valoración es de 1 a 4; tomando como nunca el valor inferior (1) y siempre el valor superior (4). Lo anterior se cumple para los ítems del 1 al 10 y del 15 al 18. En los ítems 11, 12, 13 y 14, la valoración se invierte, otorgando el valor máximo a la opción nunca con 4 puntos y siempre con 1 punto, justificado en la direccionalidad del ítem.

Con relación a los ítems de la dimensión de expectativas de resultado, la escala presenta las opciones de respuesta totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), de acuerdo (3) y totalmente de acuerdo (4), debido a que los ítems están enunciados de tal forma que permitan identificar la percepción de los pacientes con respecto a los resultados positivos llevando a cabo los comportamientos sugeridos por el personal de salud.

Para los ítems de la dimensión de susceptibilidad percibida, se plantean preguntas que identifican las creencias, conocimientos relacionados con el tratamiento e implícitamente permite determinar seguimiento y permanencia de la conducta. Aquí los ítems presentan una dirección de la afirmación en términos negativos (ítem 27, 28, 29, 30, 31 y 32) otorgando un valor de nunca (4), pocas veces (3), casi siempre (2) y siempre (1) dentro de la valoración. Por el contrario para los ítems 33, 34, 35, 36, 37, y 38, la escala está diseñada para responder: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), de acuerdo (3) y totalmente de acuerdo (4).

Con relación a la puntuación final del instrumento se define como valor mínimo 38 puntos, indicando baja adherencia y 152 puntos como puntuación máxima, indicando buena adherencia al tratamiento.

³⁰⁹ HERNANDEZ Sampieri Roberto y cols. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Ed MCGRAW-HILL. 2006. P. 158-164

En resumen, las principales características de la prueba que se concreta producto de esta fase se pueden centrar en su capacidad para determinar como prioridad la participación activa en relación a la adherencia al tratamiento y la vinculación de los atributos esenciales del concepto evidenciados en 38 ítems que componen la nueva versión del instrumento. Es un instrumento genérico, indicado para pacientes con enfermedad cardiovascular que evalúa conjuntamente los aspectos del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Presenta tres componentes teóricos (expectativas de autoeficacia, expectativas de resultado y susceptibilidad percibida), así como seis dimensiones temáticas transversales, relacionadas con el uso y seguimiento farmacológico, capacidad de realizar ejercicio físico, dieta, manejo del estrés, necesidad de apoyo y control de factores de riesgo.

4.2. Prueba piloto

Esta fase fue central para el proceso de verificación de la continuidad de los procedimientos a seguir desde la identificación y el contacto con los pacientes, el correcto diligenciamiento del instrumento y la revisión de la calidad de la información recogida.

Se mantuvo contacto inicial con los pacientes de cardiología, los profesionales del servicio de cardiología y las coordinaciones de los servicios de Consulta Externa y Medicina Interna del hospital con el fin de conocer las dinámicas institucionales y afinar la recolección.

Cabe resaltar que no se avanzaron fases de verificación de contenido y fraseo, considerando la suficiencia del estudio previo. Los encuentros iniciales fueron aprovechados fundamentalmente para la revisión de los ítems incorporados en la nueva versión del instrumento, la cual no arrojó aspectos centrales que ameriten presentarse.

Un aspecto central de la prueba piloto fue el entrenamiento de dos auxiliares de investigación para el proceso de recolección de información, quienes fueron seleccionadas entre el grupo de estudiantes de séptimo semestre del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana. Los criterios de selección reposaron en las cualidades de comunicación asertiva, rendimiento académico, puntualidad y compromiso con el proceso de investigación.

Se llevaron a cabo reuniones con las dos auxiliares explicando el objetivo del estudio, el proceso de construcción del instrumento, el tipo de ítems y la escala de medición. De igual forma se desarrollaron pautas para el abordaje de los pacientes, manejo de los criterios de inclusión y exclusión, con fin de evitar sesgos. Con lo anterior, se diseñó una lista de chequeo para verificar la adherencia al entrenamiento, la cual se aplicó en dos oportunidades durante el tiempo de recolección de la información. La primera vez, hubo recomendaciones básicas sobre el procedimiento a seguir para la verificación de los diagnósticos médicos en la historia clínica y en la segunda oportunidad no se realizaron recomendaciones, lo cual garantizó la óptima recolección de datos.

4.3. Estudio Principal

Una vez finalizada la recolección de la muestra total correspondiente a 250 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se desarrollaron las fases de Validez de constructo y análisis de la confiabilidad.

Inicialmente como parte de la medición realizada en la presente investigación se indagó información relacionada con los datos demográficos de los participantes y variables contextuales que influyen la adherencia al tratamiento. Dentro de estos se tuvieron en cuenta la edad, el sexo, el diagnóstico médico y las comorbilidades.

4.3.1. Descripción de variables sociodemográficas y clínicas

A continuación se presentan las características socio-demográficas y clínicas de la población participante en la investigación. Cabe resaltar que dichas variables no fueron controladas desde el muestreo, considerando que para la presente investigación se vincula el constructo a un escenario clínico genérico de enfermedad cardiovascular, por lo que no se suponen variables contextuales que afecten la medición.

- **Edad de los participantes**

Tabla 1. Edad de los participantes

N	Válidos	250
	Perdidos	0
Media		65,94
Moda		62
Desv. típ.		12,34
Varianza		152,31
Rango		75
Mínimo		21
Máximo		96

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Los participantes de la investigación presentaron un promedio de edad de 66 años, con una moda de 62 años. A su vez una edad mínima de 21 años y una máxima de 96 años.

- **Pacientes mayores de 60 años**

Tabla 2. Edad mayor de 60 años

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 60 años	72	29%
> 60 años	178	71%
Total	250	100%

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

El 71% de los pacientes con enfermedad cardiovascular que participaron en la investigación presentaron una edad mayor de 60 años. Lo anterior relacionado con las estadísticas mundiales y nacionales, en la denominación de patología crónica no transmisible, las cuales según el boletín epidemiológico del 2013 del INS para Colombia, este grupo etáreo tiene mayor riesgo de morir a medida que aumenta la edad³¹⁰.

- **Relación por sexo**

Tabla 3. Sexo de los participantes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	128	51,2
Masculino	122	48,8
Total	250	100,0

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

El 51% de pacientes con enfermedad cardiovascular que participaron de la investigación eran del sexo femenino.

- **Factores de riesgo asociados con la enfermedad cardiovascular**

Tabla 4. Consolidado de factores de riesgos

Factor de riesgo	SI		NO		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
HTA	226	90%	24	10%	250
Diabetes	44	18%	206	82%	250
Dislipidemia	25	10%	225	90%	250
E.R.C	23	9%	227	91%	250
Obesidad	20	8%	230	92%	250
Hipotiroidismo	16	6,4%	234	93,6%	250

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Se resalta que el 90% de los pacientes presentaron hipertensión arterial, seguido del 18% de los pacientes que presentaron Diabetes mellitus tipo II, el 10% dislipidemia, el 9% Enfermedad Renal Crónica, el 8% Obesidad y por último un 6,4% de los pacientes con presencia de Hipotiroidismo.

Se destaca que la mayoría de los participantes de la investigación presentan Hipertensión arterial como factor de riesgo asociado a la enfermedad cardiovascular; por ende, reciben tratamiento de forma exclusiva o asociada a otras situaciones patológicas como se evidencia en los resultados anteriores.

³¹⁰ Instituto Nacional de Salud (INS). Op Cit p. 3-5

- **Diagnóstico médico**

Tabla 5. Diagnóstico médico

Diagnóstico médico	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad Coronaria	172	68,8
Arritmia Cardíaca	31	12,4
Crisis Hipertensiva	21	8,4
Enfermedad valvular	7	2,8
Enfermedad vascular periférica	4	1,6
Miocardiopatías	15	6
Total	250	100

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

El diagnóstico médico más frecuente presente entre los participantes de la investigación fue la enfermedad coronaria con un 68,8%, clasificada dentro de ella los pacientes con angina, IAM, cardiopatía isquémica, posoperatorio de revascularización miocárdica. Con una frecuencia de 12,4% se presentan los pacientes con diagnóstico de arritmias cardíacas, y con un 8,4% con crisis hipertensivas.

CONCLUSIÓN ANÁLISIS SOCIO-DEMOGRÁFICO Y CLÍNICO: El presente análisis sociodemográfico y clínico de las variables, caracteriza las condiciones del instrumento genérico de estudio, por lo que no es determinante del constructo como se podría indagar en futuras investigaciones a través del desarrollo de escalas específicas.

4.3.2. Exploración del constructo

Como parte de la exploración del constructo se desarrollaron procesos de:

- **Análisis factorial exploratorio:** desde el análisis de la linealidad, la determinación de la varianza explicada y la matriz de componentes.
- **Verificación del constructo:** desde la validez discriminante y la construcción de la matriz multirasgo-multimétodo.

4.3.2.1. Análisis Factorial Exploratorio

La literatura reporta como actividad previa al análisis factorial, la ejecución de pruebas de linealidad para identificar la viabilidad de análisis posteriores³¹¹. Dentro de ellas se menciona el test KMO (Kaiser, Meyer y Olkin), el cual relaciona los coeficientes de correlación observados entre las variables y los coeficientes de correlación parcial entre las variables. Cuanto más cerca de 1 tenga el valor obtenido del test KMO, más alta es la relación entre las variables. Para la presente investigación se aceptó que si $KMO \geq$

³¹¹ FUENTE FERNÁNDEZ, S. Análisis factorial. Madrid: UAM, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, 2011.

0.9, el test es muy bueno; notable para $KMO \geq 0.8$; mediano para $KMO \geq 0.7$; bajo para $KMO \geq 0.6$; y muy bajo para $KMO < 0.5$.

Así mismo, la prueba de esfericidad de Bartlett evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas. Para su interpretación se tomó como referencia el p-valor, que a continuación se menciona:

Cuando el p-valor es menor a 0.05, se rechaza la hipótesis nula (de no linealidad), por cuanto es viable el análisis factorial.

Cuando el p-valor es mayor a 0.05, no se rechaza la hipótesis nula, por cuanto no es viable el análisis factorial.

Tabla 6. KMO y test de Bartlett

Prueba de KMO y Bartlett			
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo			,875
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado		6128,017
	gl		703
	Sig.		0,000

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Los datos demuestran el cumplimiento de los requisitos de linealidad determinada con un índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) correspondiente a 0.875 el cual es notable y un nivel de significancia de 0.000, indicativo de significancia estadística para llevar a cabo el análisis factorial.

Teniendo en cuenta los resultados previos, se realizó el **análisis factorial exploratorio** con extracción por componentes principales y rotación Varimax que se presenta a continuación. Para la presente investigación se estableció como criterio de extracción de factores, valores propios superiores a 1 tal como lo estipula el criterio Gorsuch, se aceptó un criterio de varianza explicada satisfactoria con un reporte superior al 60% de la varianza total³¹².

³¹² NAVARRO Dolores Frías, SOLER Marcos Pascual. Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. Suma Psicológica, Vol. 19 No 1, Junio 2012, 47-58

Tabla 7. Varianza total explicada

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	10,899	28,682	28,682	10,899	28,682	28,682	5,108	13,442	13,442
2	3,788	9,968	38,651	3,788	9,968	38,651	4,378	11,522	24,964
3	2,863	7,535	46,186	2,863	7,535	46,186	4,247	11,175	36,139
4	2,199	5,786	51,971	2,199	5,786	51,971	4,221	11,108	47,247
5	2,030	5,342	57,314	2,030	5,342	57,314	3,164	8,325	55,573
6	1,719	4,524	61,838	1,719	4,524	61,838	2,381	6,265	61,838
7	1,342	3,532	65,370						
8	1,226	3,227	68,597						
9	1,094	2,879	71,475						
10	1,043	2,744	74,219						
11	,923	2,428	76,646						
12	,700	1,842	78,488						
13	,595	1,566	80,054						
14	,558	1,469	81,523						
15	,504	1,326	82,850						
16	,498	1,310	84,159						
17	,480	1,263	85,422						
18	,448	1,180	86,602						
19	,435	1,146	87,748						
20	,417	1,098	88,846						
21	,367	,965	89,812						
22	,362	,952	90,764						
23	,345	,908	91,672						
24	,322	,847	92,519						
25	,303	,799	93,318						
26	,294	,774	94,092						
27	,280	,737	94,829						
28	,267	,702	95,531						
29	,235	,620	96,150						
30	,232	,610	96,760						
31	,208	,548	97,308						
32	,197	,519	97,827						
33	,172	,452	98,279						
34	,152	,400	98,678						
35	,139	,366	99,044						
36	,130	,343	99,387						
37	,128	,337	99,724						
38	,105	,276	100,000						

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Se aprecia el listado de los autovalores de la matriz de varianzas-covarianzas y del porcentaje de varianza que representa cada uno de ellos. Los autovalores expresan la cantidad de la varianza total que esta explicada por cada factor y los porcentajes de varianza explicada asociados a cada factor se obtienen a través de la división del autovalor por la suma de autovalores. El análisis factorial arrojó una estructura de 6 componentes que dan cuenta del 61,83% de la varianza explicada la cual es satisfactoria y suficiente.

Para efectos de la **Matriz de componentes rotado** que se presenta a continuación, se tomaron como significativas las cargas factoriales superiores a 0,3 en valor absoluto.

A continuación se relacionan los ítems agrupados por factores:

Tabla 8. Matriz de componentes rotado

	Componente					
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
ITEM 1	,253	,459	,144	,276	,124	,152
ITEM 2	,053	,199	-,009	,770	,063	,091
ITEM 3	-,025	,122	-,061	,740	,104	,132
ITEM 4	,051	,170	,237	,678	,215	,049
ITEM 5	,143	-,117	,677	,226	,184	,162
ITEM 6	,111	,149	,067	,163	-,012	,841
ITEM 7	,088	,149	,148	,112	-,012	,823
ITEM 8	,044	,764	-,056	,165	,003	,121
ITEM 9	-,008	,733	,015	,225	,036	,114
ITEM 10	,037	,479	,111	,353	,038	,123
ITEM 11	,121	,411	,650	-,072	-,095	,074
ITEM 12	,208	,413	,600	,099	-,049	,024
ITEM 13	,134	,130	,828	,104	,022	,055
ITEM 14	,077	,130	,074	,007	,139	,808
ITEM 15	,258	,252	,353	,586	,011	,140
ITEM 16	,248	,368	,315	,603	,002	,040
ITEM 17	,289	,191	,275	,509	-,132	,061
ITEM 18	,275	,346	,336	,595	,011	-,002
ITEM 19	,700	,142	,116	,137	,150	,020
ITEM 20	,769	,060	,082	,262	,088	,030
ITEM 21	,767	,118	,296	,065	,105	-,007
ITEM 22	,743	,056	-,052	,031	,164	-,067
ITEM 23	,728	,050	,161	,001	,069	,122
ITEM 24	,747	,046	,071	,039	,122	,136
ITEM 25	,766	,061	-,027	,133	,197	,071
ITEM 26	,612	,044	,365	,032	,203	,118
ITEM 27	,139	,724	,033	,218	,203	,067
ITEM 28	,063	,332	,246	,674	,116	-,103
ITEM 29	,097	-,008	,782	,344	,204	-,013
ITEM 30	,127	,760	,104	,197	,149	-,023
ITEM 31	,038	,745	,144	,127	,145	,109
ITEM 32	,108	-,035	,794	,282	,190	,115
ITEM 33	,043	-,008	,192	,038	,707	-,119
ITEM 34	,108	,036	,132	,061	,754	-,067
ITEM 35	,288	,263	-,005	,096	,736	,034
ITEM 36	,255	,215	,071	,150	,671	,121
ITEM 37	,175	,085	-,214	,058	,558	,172
ITEM 38	,323	,066	,254	-,011	,536	,165

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

El primer factor agrupó los ítems del 19 al 26, correspondientes en su totalidad al componente teórico de expectativas de resultado, en el cual está inmerso las dimensiones temáticas de uso y seguimiento farmacológico, capacidad de realizar ejercicio físico, dieta saludable y manejo del estrés. Los ítems que hacen parte de este componente son: 19 (Pienso que si tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica me sentiré mejor), 20 (Creo que las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación son importantes para el control de mi enfermedad), 21 (Pienso que el ejercicio físico indicado por el personal de salud es necesario para controlar mi enfermedad), 22 (Si yo tomo los medicamentos indicados, voy a disminuir mis probabilidades de tener un ataque cardiaco), 23 (Si yo realizo ejercicio físico controlare mi peso), 24 (Si yo manejo apropiadamente las situaciones estresantes, controlare la tensión arterial), 25 (Si consumo alimentos bajos en sal y grasa, disminuirá la probabilidad de alteraciones cardiovasculares) y el 26 (Si realizo ejercicio físico me sentiré más activo).

El segundo factor presenta ítems que hacen parte de la dimensión temática de uso y seguimiento farmacológico, los cuales se mencionan a continuación: 1 (Puedo tomar mis medicamentos en el horario establecido), 8 (Soy capaz de asistir a los controles programados por el personal de salud), 9 (Soy capaz de realizarme los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican), 10 (Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas), 27 (Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud), 30 (Durante el tratamiento, dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien) y el 31 (Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos).

El tercer factor agrupa ítems que hacen parte de la dimensión temática de capacidad de realizar ejercicio físico y necesidad de apoyo, los cuales se mencionan a continuación: 5 (A pesar de mi trabajo y oficios dedicaré tiempo para realizar ejercicio físico), 11 (Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos), 12 (Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud), 13 (Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud), 29 (Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud) y el 32 (Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico).

El cuarto factor agrupa ítems que hacen parte de la dimensión temática de dieta saludable y control de factores de riesgo, los cuales se mencionan a continuación: 2 (Evito en mi alimentación el consumo de grasa [pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos]), 3 (Puedo evitar en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares), 4 (Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal), 15 (Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud), 16 (Cumpro con el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado), 17 (Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo), 18 (Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud) y el 28 (Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud).

El quinto factor agrupa ítems que hacen parte de la dimensión temática de Uso y seguimiento farmacológico, Capacidad de realizar ejercicio físico, Dieta saludable y

Control de factores de riesgo, los cuales se mencionan a continuación: 33 (Consumir bebidas alcohólicas aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud), 34 (Es necesario suspender el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento), 35 (Pienso que si NO consumo los medicamentos como me han indicado, tengo probabilidad de presentar una alteración en mi salud), 36 (Pienso que tengo riesgo de obesidad o de tener un infarto en el corazón si consumo alimentos grasos, salados y embutidos), 37 (Creo que tengo mayor probabilidad de tener complicaciones cerebrales, renales con relación a otras personas que NO tienen enfermedad cardiovascular), 38 (Creo que NO realizar ejercicio físico me llevara a tener mayor riesgo de complicaciones en mi salud).

Finalmente, el sexto factor agrupa ítems que hacen parte de la dimensión temática de Manejo del estrés, los cuales se mencionan a continuación: 6 (Puedo realizar actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes), 7 (Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor), 14 (Es difícil manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés).

CONCLUSIÓN ANALISIS FACTORIAL EXPLORATORIO: Los resultados del Análisis factorial exploratorio evidencian que los ítems se agruparon en seis factores, conservando su afinidad con la estructura teórica propuesta sustentada en seis dimensiones temáticas transversales, con una varianza explicada correspondiente a 61.83%.

4.3.3. Verificación del constructo

4.3.3.1. Análisis de Validez Discriminante

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de validez discriminante:

- a) Contar con más de tres ítems dentro de cada factor.
- b) Tener correlaciones punto-biserial positivas fuertes mayores de 0.196.
- c) Contar con valores óptimos de confiabilidad superiores a 0.7.

- **Primer factor:**

Tabla 9. Conjunto total de ítems del primer factor

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 19	23,47	8,074	,668	,890
ITEM 20	23,47	8,041	,738	,883
ITEM 21	23,57	7,900	,772	,880
ITEM 22	23,39	8,375	,638	,892
ITEM 23	23,61	8,207	,658	,891
ITEM 24	23,57	8,479	,685	,889
ITEM 25	23,46	8,265	,716	,886
ITEM 26	23,62	8,429	,633	,893
TOTAL			,688	,90

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Esta agrupación satisface todos los criterios establecidos para considerar un conjunto de ítems como una posible variable, la correlación de los ítems es alta.

- ✓ El conjunto produce un valor de coeficiente interna alfa de 0,90.
- ✓ El ponderado de las correlaciones de este primer factor es 0,688

- **Segundo factor:**

Tabla 10. Conjunto total de ítems del segundo factor

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 1	22,00	7,466	,506	,861
ITEM 8	21,63	7,480	,653	,837
ITEM 9	21,56	7,725	,664	,837
ITEM 10	21,79	7,662	,510	,858
ITEM 27	21,76	7,267	,716	,828
ITEM 30	21,70	7,289	,709	,829
ITEM 31	21,67	7,338	,691	,832
TOTAL			,635	,86

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Esta agrupación satisface todos los criterios establecidos para considerar un conjunto de ítems como una posible variable, la correlación de los ítems es alta.

- ✓ Conjunto produce un valor de coeficiente interna alfa de 0,86.
- ✓ El ponderado de las correlaciones de este segundo factor es 0,635

- Tercer factor:

Tabla 11. Conjunto total de ítems del tercer factor

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 5	13,28	18,927	,605	,869
ITEM 11	12,47	19,278	,576	,873
ITEM 12	12,53	19,013	,594	,870
ITEM 13	12,86	16,590	,788	,837
ITEM 29	12,91	17,197	,755	,843
ITEM 32	12,83	16,778	,777	,839
TOTAL			,682	,87

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Esta agrupación satisface todos los criterios establecidos para considerar un conjunto de ítems como una posible variable, presentando una correlación de los ítems alta.

- ✓ El conjunto produce un valor de coeficiente interna alfa de 0,87.
- ✓ El ponderado de las correlaciones de este tercer factor es 0,682

- Cuarto factor:

Tabla 12. Conjunto total de ítems del cuarto factor

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 2	22,32	13,430	,678	,864
ITEM 3	22,42	13,956	,570	,877
ITEM 4	22,00	13,819	,651	,866
ITEM 15	22,12	14,705	,686	,863
ITEM 16	22,00	14,659	,714	,861
ITEM 17	21,80	15,652	,552	,875
ITEM 18	21,95	14,889	,708	,862
ITEM 28	22,10	14,018	,705	,860
TOTAL			,658	,88

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Esta agrupación satisface todos los criterios establecidos para considerar un conjunto de ítems como una posible variable, presenta una correlación de los ítems alta.

- ✓ El conjunto produce un valor de coeficiente interna alfa de 0,88.
- ✓ El ponderado de las correlaciones de este cuarto factor es 0,658

- **Quinto factor:**

Tabla 13. Conjunto total de ítems del quinto factor

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 33	17,61	3,814	,492	,793
ITEM 34	17,56	3,781	,585	,775
ITEM 35	17,71	3,411	,725	,741
ITEM 36	17,74	3,464	,670	,753
ITEM 37	17,90	3,637	,442	,811
ITEM 38	18,00	3,667	,526	,786
TOTAL			,573	,80

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Esta agrupación satisface todos los criterios establecidos para considerar un conjunto de ítems como una posible variable, presenta una correlación de los ítems alta.

- ✓ El conjunto produce un valor de coeficiente interna alfa de 0,80.
- ✓ El ponderado de las correlaciones de este quinto factor es 0,573

- **Sexto factor:**

Tabla 14. Conjunto total de ítems del sexto factor

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 6	6,00	1,835	,737	,734
ITEM 7	5,92	1,809	,692	,774
ITEM 14	6,09	1,730	,664	,806
TOTAL			,697	,83

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

Esta agrupación satisface todos los criterios establecidos para considerar un conjunto de ítems como una posible variable, presenta una correlación de los ítems alta.

- ✓ Aunque cuenta con tres ítems, estos se correlacionan positivamente con el conjunto, con valores de correlación punto-biserial mayores a 0,196.
- ✓ El conjunto produce un valor de coeficiente interna alfa de 0,83, cumpliendo con los criterios de validez discriminante descritos por Tristan³¹³.
- ✓ El ponderado de las correlaciones de este sexto factor es 0,697.

³¹³ TRISTAN, Agustín. Diseño de pruebas; Parte 4. México: Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, S.C 1999-2007

Tabla 15. Tabla resumen de correlación y confiabilidad por cada dimensión.

DIMENSION	CORRELACION	CONFIABILIDAD
Uno	0,6885	0,90.
Dos	0,6355	0,86.
Tres	0,6825	0,87.
Cuatro	0,658	0,88.
Cinco	0,5733	0,8
Seis	0,6976	0,83

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

CONCLUSIÓN VALIDEZ DISCRIMINANTE: En la tabla 15 se observan las correlaciones punto-biserial y los valores de alfa de Cronbach superiores a 0,8 por cada dimensión, los cuales son concluyentes de la capacidad de la prueba para discriminar una dimensión de la otra, aportando un insumo valioso para la confirmación del constructo y el diseño de la Matriz Multirasgo-multimétodo como herramienta matemática comprobatoria.

4.3.3.2. Construcción de la Matriz Multirasgo-Multimétodo

Se realizó la construcción de la matriz multirasgo-multimétodo (Campbell y Fiske, 1959)³¹⁴, utilizando los valores de la confiabilidad de las dimensiones en la diagonal y las correlaciones de Pearson entre las variables, las cuales deben tener un valor inferior a 0,196, corroborando los criterios de validez discriminante.

Tabla 16. Matriz Multirasgo-Multimétodo de la Adherencia al Tratamiento

Expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico	Expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento	Expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo	Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento	Percepción del riesgo	Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés
0,9					
0,129	0,86				
0,138	0,134	0,87			
0,135	0,159	0,151	0,88		
0,145	0,138	0,126	0,129	0,81	
0,122	0,131	0,124	0,126	0,185	0,83

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

³¹⁴ ELOSUA, Paula. Sobre la validez de los tests. Psicothema 2003. Vol. 15, nº 2, pp. 315-321

En la anterior matriz se pueden observar correlaciones de Pearson altas (superiores 0,196) al interior de cada dimensión teórica, lo cual es evidencia de validez convergente. De igual forma, se observan correlaciones de Pearson bajas (inferiores a 0,196) entre los componentes; demostrando que se trata de componentes teóricos (rasgos o atributos) diferentes, determinando la presencia de validez discriminante.

CONCLUSIÓN VALIDEZ CONVERGENTE Y DISCRIMINANTE: Las altas correlaciones intradimensión evidencian la validez convergente del cuestionario y las bajas correlaciones interdimensión soportan la validez discriminante, con lo cual se confirma el constructo.

4.3.4. Análisis de la Confiabilidad

La consistencia interna se analizó a través de los valores de Alfa de Cronbach de la escala general y por cada una de las dimensiones, los cuales deben ser superior a 0,7, cumpliendo con los criterios teóricos de definición de homogeneidad³¹⁵.

Tabla 17. Coeficiente Alfa de Cronbach. Escala total

Alfa de Cronbach	N de elementos
,924	38

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

El Alfa de Cronbach general para el cuestionario con 38 ítems fue de 0,924, el cual demuestra que los ítems de la escala se correlacionan entre ellos. Por consiguiente, los puntos que componen esta escala diseñada teóricamente miden el mismo constructo de la adherencia al tratamiento, presentando un grado óptimo de homogeneidad³¹⁶.

4.3.4.1. Medición de la confiabilidad por cada uno de los factores identificados

Tabla 18. Resumen de la confiabilidad de cada uno de los factores

FACTOR	N° de ítems	Alfa de Cronbach
1	8	0,901
2	7	0,86
3	6	0,877
4	8	0,881
5	6	0,807
6	3	0,834

Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

³¹⁵ CAMPO, Adalberto y OVIEDO Heidi C. Op Cit.

³¹⁶ Ibid.

Se evidencia que cada uno de los factores presenta una óptima fiabilidad, la cual es superior a 0,8; cumpliendo con los criterios expuestos por Carvajal³¹⁷.

CONCLUSIÓN CONFIABILIDAD: El cuestionario reporta homogeneidad óptima total y por dimensión comportándose en este segundo caso como escalas de corta longitud, lo cual supone posibilidades de desarrollar modelos de confiabilidad dependientes de la validez y no del número de ítems como en el caso de la presente investigación.

³¹⁷ CARVAJAL, Op. Cit., p.

5. Discusión

Como objetivo general de la presente tesis se propuso determinar la validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”; para lo cual se llevó a cabo un diseño metodológico, determinando las propiedades psicométricas del mismo en una muestra de 250 personas con enfermedad cardiovascular.

La necesidad de obtener un instrumento válido y confiable para la cultura colombiana que permitiera determinar objetivamente la adherencia al tratamiento era una prioridad, más aun considerando el amplio desarrollo investigativo del área en el estudio de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento³¹⁸, como insumo central para el tamizaje de la adherencia en el área cardiovascular.

El “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” fue diseñado por la enfermera Luisa Achury³¹⁹ en el año 2015, como producto para llevar a cabo la medición de la adherencia al tratamiento en pacientes en pos infarto agudo de miocardio que asistían al programa de rehabilitación cardiopulmonar. Este instrumento consta de 29 ítems agrupados en 6 dimensiones, presentando puntuaciones que oscilan entre los 29 y 174 puntos, siendo un mayor puntaje el reflejo de una mejor adherencia al tratamiento.

En la revisión del instrumento en mención, se evidenció validez facial y de contenido, sin embargo en la validez de constructo se recomienda la revisión de la dimensionalidad y la confiabilidad. Por lo anterior como primera fase se realizó una actualización del concepto de adherencia terapéutica enfocado a la salud cardiovascular, tomando como referente la metodología de análisis del concepto de Walker y Avant³²⁰ seleccionando literatura relevante a nivel teórico y empírico en el tema de adherencia y de forma central los análisis de concepto previos; logrando clarificar los atributos esenciales del concepto.

De igual forma se realizó una verificación de las posturas teóricas y atributos en los ítems del cuestionario original, determinando que estos se encontraban redactados en términos de cumplimiento, lo cual se constituía en un reto considerando que para tener un éxito en el tratamiento, debe lograrse una participación activa de la persona^{321,322}.

³¹⁸ BONILLA, Claudia Patricia y GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Op.cit., p.53

³¹⁹ ACHURY, Luisa. Op.Cit., p.21

³²⁰ WALKER L.O. & AVANT K.C. Op. Cit., p.46

³²¹ MEREDITH A.J. and CoIs. Op cit.

³²² MUNRO, Shannon. Op.Cit., p.16

Retomando lo expuesto por Luisa Achury en relación al referente teórico de Autoeficacia para la construcción del instrumento y los atributos detectados en la revisión del concepto; se determinó que el instrumento presentaba medición de un componente de la teoría de autoeficacia (expectativas de autoeficacia), faltando los componentes de expectativas de resultado y percepción del riesgo o susceptibilidad percibida, los cuales son relevantes a tener en cuenta desde lo teórico y empírico como lo demuestra la revisión bibliográfica^{323,324}. Por consiguiente, se reorganizó el instrumento en tres componentes teóricos y seis dimensiones temáticas. Así mismo, se realizaron modificaciones en la redacción en los ítems que mostraran como característica principal la participación activa y la capacidad percibida³²⁵ y que dejara ver el juicio de capacidad del paciente cardiovascular.

A continuación, se incluyeron nuevos ítems que evidenciaron explícita e implícitamente los atributos esenciales del concepto de adherencia. Como resultado del análisis adelantado, se modificó la estructura del instrumento estableciendo tres componentes: expectativas de autoeficacia con 18 ítems, expectativas de resultado con 8 ítems y susceptibilidad percibida con 12 ítems, y dentro de ellas seis dimensiones planteadas teóricamente (Uso y seguimiento farmacológico, Capacidad de realizar ejercicio físico, Dieta saludable, Manejo del estrés, Necesidad de apoyo y Control de factores de riesgo); para un total de 38 ítems en la medición de la adherencia al tratamiento del paciente con enfermedad cardiovascular.

Dentro de la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico se describen los autoinformes (autoreportes), definidos como test de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico, que permiten identificar las conductas reportadas por los pacientes; teniendo como ventajas la facilidad para su uso y reducción de los costos en su aplicación³²⁶. Lo anterior, ha permitido un amplio desarrollo y gran variedad en la construcción, que conlleva al análisis e identificación de principales características que componen cada una de las pruebas.

En este sentido, un estudio que tuvo como objetivo la síntesis del concepto de adherencia y los métodos para medirla³²⁷, determinó que la adherencia al tratamiento debe concebirse desde la participación activa y no la pasividad del cumplimiento, lo cual se comparte con lo expuesto en la presente investigación. A su vez, hacen mención que no se cuenta con un patrón oro que permita evaluar este fenómeno a través de una prueba que involucre el tratamiento farmacológico como el no farmacológico. En este último punto, la presente investigación incluye la determinación de estos dos componentes que mencionan como necesidad del conocimiento, máxime con el rigor metodológico y soporte teórico en que se generó.

La revisión integrativa de literatura reporta producción de instrumentos que miden exclusivamente la adherencia al tratamiento farmacológico y otros independientemente el tratamiento no farmacológico. A su vez, reportan la confiabilidad, pero no los criterios de validez, limitando el uso de los mismos. Tal es el caso de la escala de Morisky Grenn,

³²³ POLSOOK et al. Op cit. P. 411-417

³²⁴ STRECHER, Victor et al. Op cit. P. 73-91

³²⁵ OLAZ Fabián, SILVA María Inés, PÉREZ Edgardo. Op cit.

³²⁶ RODRÍGUEZ Chamorro MA et al. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-417

³²⁷ LÓPEZ Romero LA, ROMERO Guevara SL, PARRA DI, ROJAS Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 117-137.

instrumento de autoreporte que mide la adherencia a la medicación, diseñado inicialmente en 1986 con cuatro ítems, con respuestas dicotómicas, reportando un alfa de cronbach de 0,61³²⁸ y evolucionado con reportes de sensibilidad y especificidad de 93% y 53% respectivamente. Así mismo se encuentra la Escala de autoeficacia de adherencia al medicamento (MMAS-8), la cual presenta un alfa de Cronbach de consistencia interna de 0,56, por lo que se deduce que este resultado está por debajo del valor generalmente aceptado de 0,70³²⁹. La principal crítica de este instrumento es la unidimensionalidad, la ausencia de soporte teórico en la construcción de los ítems y que sobreestima la no adherencia.

Por su parte, la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) se encuentra basada en comportamientos explícitos, contiene 21 ítems. Para todos los ítems presenta una escala de 0 a 100%, en la que el paciente elige, en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Reportan un alpha de Cronbach es de 0.919, lo que significa que el instrumento es fiable en un 92%. El análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax, identificó tres factores los cuales fueron nombrados como: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y Autoeficacia, con siete ítems cada uno. No obstante en el 2011, los autores refieren problemas de validez en la dimensión de autoeficacia, por tal motivo no es viable su uso.

A nivel local, Paez Esteban et al³³⁰, en el 2010 realizaron un estudio para evaluar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos en la ciudad de Bucaramanga (Colombia). Tomaron como constructo el resultado de enfermería “Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión” (código del CRE: 1609), el cual se define como acciones personales para paliar o eliminar la patología. Este instrumento presenta una escala de respuesta tipo likert con 5 niveles, una confiabilidad (0.98) y una validez de constructo a través del análisis Rasch. El instrumento a pesar de ser válido y confiable no deja ver un sustento teórico que soporte su dimensionalidad.

Como se aprecia la validez es un elemento importante que debe caracterizar los instrumentos, otorgándole la cualidad de objetividad a la medición. Para el caso de la presente investigación se toma el reporte de validez de constructo adelantado por Luisa Achury, el cual estableció como criterio de extracción de factores valores propios superiores a 1.41, determinando desde el análisis factorial con rotación Varimax una estructura de 6 componentes que dan cuenta del 57,36% de la varianza explicada. Al respecto, la nueva versión del instrumento deja ver una estructura de 6 factores que dan cuenta del 61,83% de la varianza explicada, presentando soporte teórico al interior de cada factor. A su vez, se hizo confirmación del constructo por medio de las pruebas de correlación punto-biserial mayores a 0,196 y evaluación de los valores de correlación en estructuras matriciales³³¹ por medio de la matriz multirasgo-multimétodo; determinando validez convergente y discriminante.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace un contraste entre las dimensiones temáticas planteadas inicialmente como producto de la actualización de concepto y los nuevos

³²⁸ MORISKY DE, GREEN LW, Levine DM. Op Cit. P.67- 74

³²⁹ KIM JH, et al. Op Cit.

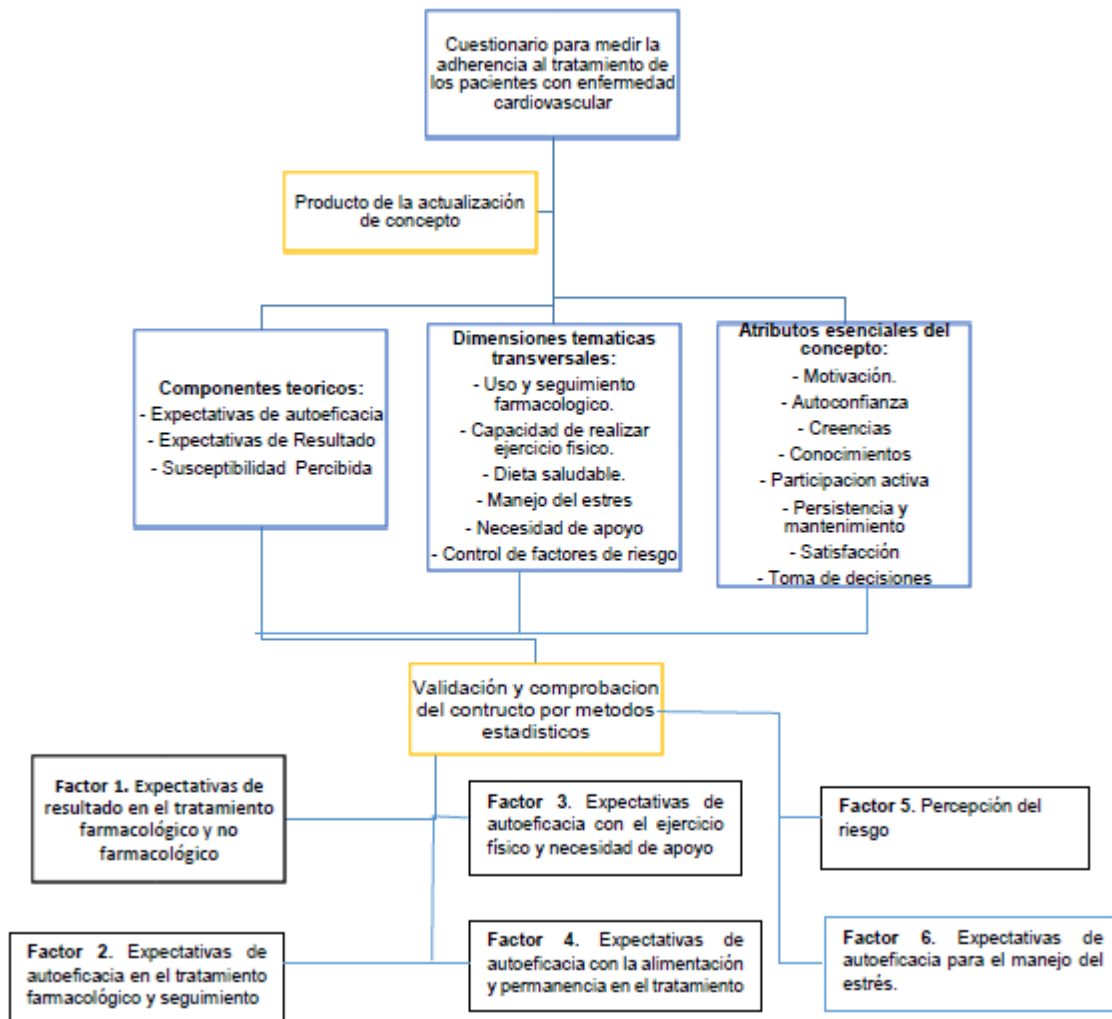
³³⁰ PAEZ ESTEBAN et al. Op Cit

³³¹ SÁNCHEZ Ricardo y ECHEVERRY Jairo. Validación de Escalas de Medición en Salud. Rev. Salud pública. 6 (3): 302-318, 2004

factores arrojados por métodos estadísticos, con el fin de lograr determinar una aproximación más detallada del constructo que subyace en la construcción de la prueba.

La gráfica 2 presenta la evolución completa del cuestionario desde su dimensionalidad, hasta la propuesta confirmada en la presente investigación.

Gráfica 2. Contraste entre las dimensiones temáticas iniciales y finales del instrumento.



Fuente: Brayant Andrade Méndez, 2016

El primer factor denominado EXPECTATIVAS DE RESULTADO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO incluye ítems que miden la percepción del paciente con relación a los resultados positivos cuando este ejecuta comportamientos ligados a la adherencia al tratamiento relacionados con el uso de medicamentos, alimentación y realización de ejercicio físico. Al respecto es evidente que debe existir una

estrecha relación entre la percepción de los resultados positivos que obtendrá el paciente al realizar una acción y la adherencia. En este sentido, se describe un instrumento que evalúa de forma exclusiva esta relación con el ejercicio, la escala de expectativas de resultados para el ejercicio (OEE)³³², este test contiene 9 ítems los cuales son valorados por los participantes utilizando una escala likert de 5 puntos que va desde 1 "Totalmente en desacuerdo" hasta 5 "Totalmente de acuerdo". El OEE se diseñó principalmente para estudiar los adultos mayores con bajas expectativas a los efectos del ejercicio. La consistencia interna de la escala reporta un alfa de 0,89, la validez de constructo - correlación positiva con las medidas de expectativas de autoeficacia ($r = 0,66$, $p = <.05$). Por ende, si un adulto presenta expectativas negativas o bajas, se puede implementar una intervención que aumente la esperanza de ejercicio y por tanto crear un estilo de vida más activo.

El segundo factor denominado EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO incluye ítems estrechamente relacionados con el consumo de medicamentos. Al respecto Ogedegbe et al³³³ describe que la autoeficacia es un predictor conocido de una amplia gama de comportamientos en salud y que no se ha investigado en estudios de adherencia al tratamiento. Lo anterior motivó al diseño de la escala de autoeficacia de adherencia al medicamento (MASES), que comprende 26 ítems, un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95. Posteriormente, como producto de pruebas psicométricas, se presenta la escala abreviada titulada el MASES-R, con 13 ítems que evalúan la creencia del individuo en su confianza para adherirse a la medicación bajo una variedad de situaciones difíciles³³⁴. Con relación al análisis de componentes principales reveló cinco factores con valores propios > 1.0 , el primer factor explicó el 37,93% de la varianza, con un valor muy bajo para el segundo factor; determinando que era una escala unidimensional.

De igual forma, se ratifica la relación de la percepción de eficacia de los medicamentos, los conocimientos propios y las posibles reacciones adversas a los medicamentos³³⁵; las cuales en conjunto o de manera individual influyen en la decisión de los pacientes de iniciar y seguir con un tratamiento farmacológico. A sí mismo, para obtener unos buenos resultados, se hace indispensable que el paciente se sienta satisfecho con la asesoría y acompañamiento por parte del personal de salud, que lo motiven a seguir con las indicaciones, a participar activamente en las decisiones y metas propuestas³³⁶.

El tercer factor denominado EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA CON EL EJERCICIO FISICO Y NECESIDAD DE APOYO, integra ítems que evalúan la percepción del paciente en el reconocimiento de las habilidades para realizar ejercicio y los beneficios otorgados por la ejecución de este. Por ende, la percepción de autoeficacia desempeña un papel importante en la realización y permanencia de la ejecución de ejercicio físico³³⁷, de forma que existe un mayor compromiso frente a la participación en programas de

³³² RESNICK B, ZIMMERMAN S, ORWIG D, FURSTENBERG A, MAGAZINER J. Outcome Expectations for Exercise scale: utility and psychometrics. *J Gerontol Soc Sci.* 2000;55B(6): S352YS356.

³³³ G. Ogedegbe et al. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 56 (2003) 520–529

³³⁴ FERNANDEZ et al. Revision and Validation of the Medication Adherence Self- Efficacy Scale (MASES) in Hypertensive African Americans. *J Behav Med.* 2008 December ; 31(6): 453–462

³³⁵ BLALOCK Susan and PATEL Rajul A. *Op Cit.* P.160–169.

³³⁶ BJERKELI PJ, JÖNSSON AK, LESÉN E, MÅRDBY A-C, SUNDELL KA. *Op cit.*

³³⁷ BRAY, Steven; et al. *Op cit.* p. 425-434.

actividad física en personas que demuestran mayor nivel de autoeficacia, lo que se debe por una parte a una mayor percepción de la efectividad de acción que se está desarrollando y por otra a que la autoeficacia actúa como intermediaria entre la intención de realizar la actividad física y el desarrollo posterior de la misma.

El cuarto factor denominado EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA CON LA ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO, vincula ítems que evalúan la capacidad para llevar a cabo recomendaciones sobre la nutrición adecuada para el paciente cardiovascular, propias para el control de la patología. En este sentido, se presenta el instrumento desarrollado bajo el referente teórico de Autoeficacia, denominado Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control del Peso³³⁸, destinado a medir la autoeficacia percibida en tres áreas del control del peso: estilo de alimentación, influencia de los estímulos externos en la conducta de sobre ingesta y patrones de actividad física. El análisis factorial muestra 3 factores que explican el 44,083% de la varianza. En este mismo sentido, se insiste en la importancia de la educación del paciente en conocimientos sobre los beneficios en relación al control de la presión arterial y la prevención de eventos cardiovasculares, reforzando la modificación del estilo de vida y fortaleciendo la adherencia al tratamiento³³⁹. Así mismo, el instrumento de autoeficacia para la salud relacionada con la dieta y el ejercicio³⁴⁰, es una escala de 20 ítems que incluye 5 subescalas: resistir a la recaída, reducción de calorías, reduciendo la sal, reducción del consumo de grasa y habilidades de comportamientos relacionados con el consumo de una dieta saludable. Este último es un instrumento específico que soporta las dimensiones de alimentación y ejercicio de forma conjunta.

El quinto factor denominado PERCEPCION DEL RIESGO, integra ítems que presentan una correlación fuerte relacionados con la capacidad del paciente para reconocer los riesgos que asume si no se adhiere a las recomendaciones acordadas con el personal de salud y las posibles complicaciones de hábitos inadecuados. En este sentido, Grembowski et al³⁴¹ realizaron un estudio para evaluar la relación entre la autoeficacia y el comportamiento en salud en población adulta mayor en cinco hábitos: ejercicio, la ingesta de grasas en la dieta, control de peso, ingesta de alcohol y el hábito de fumar. Los resultados revelan que las expectativas de autoeficacia y de resultados para estos comportamientos en salud son dependientes. A su vez, los análisis correlacionales y de factores indican dos dimensiones de las expectativas de autoeficacia, uno que consiste en el ejercicio, la grasa de la dieta y el control del peso y otro consistente en el hábito de fumar y el consumo de alcohol. Finalmente, las personas con alta autoeficacia en todos los comportamientos tenían menor riesgo de presentar alteraciones de la salud.

El sexto factor denominado EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS, vincula ítems que evalúan la capacidad del paciente para manejar las situaciones estresantes, reconociendo este factor psicosocial como potencializador de alteraciones cardiovasculares y su apropiado control está directamente relacionado

³³⁸ ROMÁN, Yelitze; DÍAZ, Beatriz; CÁRDENAS, María; ZORAIDE, Lugli. Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, vol. 18, núm. 1, 2007, pp. 45-56

³³⁹ *Ibid*

³⁴⁰ SALLIS JF, PINSKI RB, GROSSMAN RM, PATTERSON TL, NADER PR. The development of the self-efficacy scales for health related diet and exercise behaviors. *Health Educ Res.* 1998;3(3): 283Y292.

³⁴¹ GREMBOWSKI D, PATRICK D, DIEHR P, et al. Self-efficacy and health behavior among older adults. *J Health Soc Behav.* 1993;34(2):89Y104.

reducción de los episodios cardiovasculares recurrentes³⁴². Así mismo, se hace mención que una baja percepción de autoeficacia frente al control de los estresores genera elevados niveles de estrés, incremento de la activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas; de forma que un aumento de la autoeficacia puede favorecer el control de este factor de riesgo cardiovascular³⁴³.

Con respecto a la confiabilidad del instrumento original se reporta un valor general de 0.837, pero un valor aceptable para la dimensión de seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos; una fiabilidad débil para las dimensiones relacionadas con la realización de actividad física y el manejo de las situaciones tensionantes y finalmente un valor pobre para la dimensión de conductas esperadas de adherencia a la largo plazo, indicando la necesidad de revisión. Por su parte, la consistencia interna del instrumento modificado fue calculada empleando el coeficiente Alfa de Cronbach para los 38 ítems, dando como resultado un puntaje de 0,924, para el instrumento total y un alfa superior a 0,8 en cada una de sus dimensiones; demostrando que el nuevo instrumento presenta una alta correlación, es decir, la escala demuestra un alto grado de homogeneidad³⁴⁴.

Después de este análisis es preciso señalar que el proceso de validación de los test es un proceso continuo y permanente³⁴⁵, el cual amerita revisión sistemática de la literatura para ser contrastada con los hallazgos estadísticos. En tal sentido una vez finalizado el actual proceso de investigación se pone a disposición un instrumento de medición con las características psicométricas necesarias para ser utilizado en investigación (Anexo H), que integra la mayor dimensionalidad esperada en el área clínica, dando el potencial de ser utilizado por el profesional de enfermería dentro de las valoraciones del paciente cardiovascular, a fin de detectar los puntos débiles a tratar y las fortalezas individuales que soportarán la planeación de intervenciones efectivas.

Las investigaciones de tipo psicométrico aportan a la disciplina herramientas sólidas, en el sentido de poner a disposición instrumentos contruidos y validados sobre modelos teóricos en la determinación temprana en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con enfermedad cardiovascular. En este sentido, la teoría de la autoeficacia deja ver cómo las expectativas de autoeficacia, de resultado y la percepción del riesgo, juegan un papel relevante en los comportamientos que adoptan las personas en relación con la salud; favoreciendo la intervención en quienes presentan conductas relacionadas con una baja adherencia y manteniendo intervenciones de soporte en los pacientes adherentes. Es así como la identificación temprana de las creencias de las personas ayuda a superar los obstáculos y contribuye a la aceptación del tratamiento favoreciendo la calidad de vida del paciente y su familia.

³⁴² GULLIKSSON M, BURELL G, VESSBY B, LUNDIN L, TOSS H, SVARDSUDD K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project. Arch Intern Med. 2011. 171:134-40.

³⁴³ OLIVARI-MEDINA, Cecilia; URRÁ-MEDINA, Eugenia. Op cit. p. 9 – 15.

³⁴⁴ CAMPO, Adalberto y OVIEDO Heidi C. Op Cit.

³⁴⁵ FERNANDES MGM, et al. Op cit. P.1150-6.

6. Conclusiones y Productos obtenidos en la presente investigación

6.1. Conclusiones

A continuación se presentan las principales conclusiones sobre los alcances obtenidos en la ejecución del presente estudio:

La presente investigación se convierte en el punto de partida para la determinación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con enfermedad cardiovascular, así como la medición de la percepción de la capacidad para seguir el tratamiento ante un número importante de barreras percibidas.

Las propiedades psicométricas del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”, se destacan por ser una medida válida y confiable para aquellas personas que tienen indicado un tratamiento farmacológico y no farmacológico y que podrían estar en riesgo potencial de no adherirse. Por ende, se constituye en una herramienta relevante para conseguir medidas objetivas acerca de las expectativas del paciente sobre los riesgos asociados con la enfermedad cardiovascular, el beneficio del tratamiento para su calidad de vida y la prevención de complicaciones, y de sus aspectos motivacionales para superar los obstáculos comunes en el inicio de la terapia y mantener la conducta.

Desde el punto de vista psicométrico

En la literatura se han realizado variedad de trabajos relacionados con la construcción de instrumentos y diseño de pruebas para identificar la adherencia al tratamiento; reconociendo como medida fidedigna mediciones directas como los autoinformes, los cuales indagan sobre las creencias de las personas hacia una conducta. En este punto es de resaltar que el presente instrumento cuenta con un sustento teórico fuerte, evidenciado en la actualización del concepto de adherencia que se llevó a cabo como fase inicial de esta investigación, clarificando de esta forma los atributos esenciales de la adherencia, los cuales están inmersos en la redacción de los ítems de la versión actual.

Con relación a la fase de estudio principal se describieron las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes de la investigación, quienes se encuentran en su mayoría en el grupo etareo de adultos mayores con un promedio de edad de 66 años. A su vez, se identificó que el 90% de los participantes presentan HTA como factor de riesgo, confirmando que este es el predecesor de la mayoría de

enfermedades cardiovasculares. Finalmente, el 69% de la muestra presentaba como diagnóstico médico enfermedad coronaria.

La exploración del constructo fue realizada a través del análisis factorial, determinando seis factores que explican el 61,83% de la varianza explicada. Estos factores están conformados por ítems que presentan niveles óptimos de correlación interna y correlaciones bajas entre los factores, apoyando la verificación del constructo; proceso llevado a cabo a través de la validez discriminante y la construcción de la matriz multirasgo multimétodo, el cual resulta un método de confirmación costo-efectivo útil en este tipo de investigación. Se puede enfatizar que el actual instrumento presenta un buen soporte teórico y fue demostrado por medio de la estadística.

La consistencia interna total de instrumento es óptima, evidenciada en un coeficiente Alpha de Cronbach = 0.924, y una confiabilidad superior a 0,8 para cada uno de los factores; cumpliendo lo anterior con los parámetros teóricos de fiabilidad y demostrando que el instrumento es homogéneo.

Desde el punto de vista teórico-disciplinar

Un aporte relevante de la tesis al Modelo Conceptual de autoeficacia, es su aplicabilidad en la comprensión de la adherencia al tratamiento desde sus dimensiones de expectativas de autoeficacia, expectativas de resultado y susceptibilidad percibida, lo cual es pertinente atender al diseñar estrategias de intervención sobre este grupo poblacional.

En este sentido la investigación psicométrica culminada desarrolló indicadores empíricos a la teoría, a través de la identificación de seis dimensiones teóricas, las cuales son de carácter transversal en la medición de la adherencia al tratamiento del paciente con enfermedad cardiovascular. Se reconoce este elemento como producto esencial de la presente investigación.

Siendo la adherencia un concepto no soportado por una única teoría, el análisis de concepto aportó como eje conceptual central los atributos de respaldo para la medición, alrededor de la motivación y la participación activa del paciente en el proceso de adherencia.

Desde la práctica del cuidado, el conocimiento y la instrumentación derivada de esta investigación, se crea un escenario de acción exclusivo para la salud cardiovascular, en el cual se consideren las particularidades en el cuidado de pacientes en cualquier contexto clínico o comunitario, brindándole herramientas sólidas de identificación de la adherencia al tratamiento, proyectando el seguimiento y sugiriendo estrategias de intervención. Así mismo impulsa a generar cambios en medición, sistemas de valoración y educación de enfermería.

Desde la investigación

Teniendo en cuenta que el presente instrumento es de tipo genérico, indicado a pacientes con enfermedad cardiovascular, se debe usar y determinar la posibilidad de construir escalas específicas por patología en el contexto actual.

6.2 Limitaciones y recomendaciones

Se sugiere hacer verificación de la descripción esbozada en el presente estudio de las variables contextuales, las variables clínicas y cómo inciden estas en la adherencia al tratamiento. Con ello se daría lugar a confirmar si se trata de un modelo con una naturaleza contextual o si las dimensiones teóricas propuestas obedecen a procesos ajenos al contexto, tales como aspectos relacionados con la patología. Por consiguiente, se sugiere determinar la necesidad de desarrollar escalas específicas por condiciones patológicas determinantes de la adherencia al tratamiento.

A nivel de la docencia, se exhorta a los grupos de investigación de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia a continuar promoviendo y apoyando la generación de conocimiento disciplinar para fortalecer y desarrollar las líneas de investigación sobre el cuidado en la salud cardiovascular. Estimulando la participación de la comunidad académica en la elaboración y uso de este tipo de instrumentos como parte del proceso de formación de nuevos profesionales de Enfermería, que puedan ser utilizados en el ejercicio profesional y de esta forma garantizar un cuidado integral.

En la práctica clínica el profesional de Enfermería se destaca por el liderazgo en los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, asumiendo la responsabilidad de responder asertivamente a las necesidades de cuidado que tienen los pacientes con enfermedad cardiovascular relacionados con el tratamiento. Por lo anterior, se sugiere hacer uso del instrumento y promoverlo, ya que cuenta con las características necesarias para medir la adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes en los diferentes niveles de atención.

Teniendo en cuenta que los conceptos no son productos terminados, definitivos y que dependen del contexto y el tiempo que definen; se recomienda en años posteriores realizar una nueva actualización del concepto de adherencia al tratamiento tomando como referente la estrategia de Walker & Avant, la cual tiene gran evidencia dentro de la disciplina de Enfermería.

Se recomienda a partir de los resultados de esta investigación, utilizar el presente instrumento el cual cuenta con los criterios de validez y confiabilidad necesarios. Con los resultados de investigación esperados, se recomienda apoyar la construcción e implementación de políticas en salud, para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular; dentro de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles del plan decenal de salud pública de Colombia 2012-2021.

Se recomienda la comprobación de modelos logísticos que favorezcan el análisis de la sensibilidad y la especificidad de la escala para su uso clínico.

Se recomienda confirmar la utilidad del Modelo de máxima validez y máxima confiabilidad para los fenómenos de enfermería, considerando que la confiabilidad determinada no dependió de la longitud de la escala sino de la validez obtenida.

De acuerdo a la derivación de escalas cortas, se abre la posibilidad de utilizar el cuestionario en escenarios clínicos para el tamizaje y el manejo.

A. Anexo: Aval comité de ética, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

AVAL-008-2016

Bogotá D.C., 17 de marzo de 2016

Profesora

CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO

Directora Posgrados Disciplinarios

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 14 de marzo de 2016 Acta 3, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de Investigación del programa de Maestría en Enfermería titulado "Validez de constructo y confiabilidad del "cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular", del estudiante Brayant Andrade Méndez.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la Investigación y son los Investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la Investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)

YANIRA ASTRID RODRÍGUEZ H.

Presidenta Comité de Ética*

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

*Delegada por la Decana

Copiar: Viviana Mayoral Cápedes – Director de Tesis
Brayant Andrade Méndez – Estudiante Maestría

Cordialmente,

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Centro de Investigación y Extensión

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Carrera 30 No.45 - 03, TORRE DE ENFERMERÍA, Edificio 101, piso 8, Oficina 805

Commutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17089 Fax: 17020

Correo electrónico: ugi_febcoo@unal.edu.co

Bogotá, Colombia, Sur América.

B. Anexo: Aval del comité de ética e investigación del Hospital Universitario de Neiva



COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 003-009

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 17 de Marzo de 2016.

Nombre completo del Proyecto: "VALIDEZ DE CONSTRUCTO Y CONFIABILIDAD DEL "CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR".

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigador Brayant Andrade Mendez.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de Octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto
 - b. Protocolo de Investigación
 - c. Formato de Consentimiento Informado.
 - d. Protocolo de Evento Adverso.
 - e. Formato de recolección de datos
 - f. Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
 - h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores.
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera riesgo mínimo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.

¡ Servimos con calidez humana !

PBX: 8-71-59-07. **Telefax:** 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co **Email:** hospitalneiva@yahoo.com
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila



4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse si la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
 - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - h. El Investigador se comprometen con hacer entrega al Hospital Universitario de Neiva de un artículo publicado en una revista indexada de la investigación realizada.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigador: Brayant Andrade Mendez.


 Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
 Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.

C. Anexo: Autorización para el uso del Instrumento

Bogotá, D.C., Noviembre 12 de 2015

Estudiante
BRAYANT ANDRADE MÉNDEZ
Maestría en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad

Estimado Brayant, reciba un cordial saludo. De acuerdo a su solicitud, me permito autorizar el uso del instrumento titulado "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" el cual fue producto de mi tesis de Maestría en Enfermería, con el objetivo que pueda realizarle nuevamente la validez de constructo. Agradezco de antemano que me informe los resultados de la validez.

Cordialmente,



LUISA FERNANDA ACHURY BELTRÁN
Profesora Facultad de Enfermería Universidad Javeriana

D. Anexo: Formato de consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE ENFERMERÍA PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Título del Estudio: Validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”

Investigador: Brayant Andrade Méndez. Estudiante de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Objetivo Del Estudio: Determinar la validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”

Lo invitamos a participar en la investigación mencionada. Antes de que usted tome la decisión de participar es necesario que lea cuidadosamente la información aquí contenida con el fin de que conozca cómo se desarrollará la investigación y cuál es su finalidad. Si tiene alguna duda, puede manifestarla a la persona encargada del estudio.

El beneficio a corto plazo de participar en este estudio, no va más allá de expresar su juicio para tomar decisiones frente al cuidado de su salud. Los beneficios a largo plazo, incluyen los conocimientos que se pueden generar en esta investigación y apoye al personal de enfermería en fortalecer el cuidado de pacientes con enfermedad cardiovascular, que reciben tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto repercuta sobre su atención por parte de los profesionales en salud. Por su participación en esta investigación usted no recibirá ningún tipo de remuneración económica.

Su participación consiste en leer y diligenciar el instrumento “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular” el cual consta de 29 preguntas para responder en una escala con opciones de respuestas. La duración de su participación es aproximada de 30 minutos. El instrumento y el diligenciamiento serán explicados por el investigador.

La información del estudio se manejará a través del número consecutivo interno de la base de datos para evitar riesgo de identidad de los participantes, por lo cual, se garantiza el anonimato e identidad, la información personal no será publicada antes, durante y después de terminado el estudio. Toda la información del estudio será recopilada por el investigador y no será compartida con nadie sin su previa autorización. Los resultados de este estudio serán conocidos por usted, antes de ser publicados en una revista especializada. Además, el investigador protegerá los formatos en un lugar seguro por un tiempo aproximado de 1 año y después se eliminarán. Este estudio tiene el

aval del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de la institución de salud, donde usted ha sido atendido.

Los datos de contacto del investigador están a su disposición. Email: bandradem@unal.edu.co Número celular: 3134969727. Esta persona será quien tomara la información y brindara el instrumento para su diligenciamiento en un consultorio del servicio de consulta externa del Hospital Universitario de Neiva, ofreciendo comodidad y privacidad.

Yo _____ He leído y entiendo el contenido del consentimiento informado y he podido hablar sobre mi participación en el estudio con el investigador Brayant Andrade Méndez. He recibido suficiente información sobre el estudio, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta sobre mi atención por parte del personal médico y de enfermería. Por tanto, voluntariamente, doy consentimiento para participar en este estudio.

Firma de la persona participante

Fecha

Firma de testigo

Fecha

En caso de requerir ampliación de la información sobre la investigación puede contactarse con la presidente del comité de ética de investigación de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia: Yanira Astrid Rodríguez Holguín en la Unidad de gestión de la investigación, ubicada en la dirección Carrera 30 No.45 - 03, TORRE DE ENFERMERÍA, Edificio 101, piso 8, Oficina 805. Número telefónico 316 5000 Ext. 17021 y correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co

E. Anexo: Instrumento Original

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR – 2015 – Luisa Fernanda Achury Beltrán

A continuación encontrará una serie de preguntas a las cuales usted debe responder marcando con una X la opción que mejor se ajuste a su situación.

Ítem	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Tomo mis medicamentos en el horario establecido.						
2. Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica.						
3. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.						
4. Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación.						
5. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos).						
6. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares.						
7. Consumo alimentos bajos en sal.						
8. Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.						
9. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud.						
10. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud.						
11. Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad.						
12. Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.						
13. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.						
14. Asisto a las consultas médicas programadas.						
15. Asisto a los controles de enfermería programados.						
16. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de la salud me indican.						

Ítem	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
17. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.						
18. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.						
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.						
20. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.						
21. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.						
22. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.						
23. Puedo manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.						
24. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.						
25. Cumpló el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado.						
26. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.						
27. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.						

28. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- Varias veces al día.
- Una vez al día.
- Varios días a la semana
- Una vez a la semana.
- De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
- No consumo bebidas alcohólicas.

29. ¿Con qué frecuencia fuma?

- Varias veces al día.
- Una vez al día.
- Varios días a la semana
- Una vez a la semana.
- De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
- No fumo

F. Anexo: Lista de Chequeo de Recolección de la Información

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – FAULTAD DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

LISTA DE CHEQUEO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

El objetivo de este formato es verificar la adherencia al protocolo de recolección de la información por parte del auxiliar de investigación.

Nombre del auxiliar de recolección: _____

Fecha: _____

Tiempo de diligenciamiento: _____

Actividad	C	N.C
1. Asiste al sitio de recolección de la información con bata y carne de identificación.		
2. Tiene elementos necesarios para recolección de la información como lapicero, tabla de apoyo.		
3. Asiste con formato de recolección de la información y consentimiento informado.		
4. Se observa con buena actitud para iniciar el proceso de recolección.		
5. Verifica el listado de pacientes, seleccionándolos según los criterios de inclusión previamente acordados (edad, diagnostico, condición mental)		
6. Se acerca al paciente de una forma asertiva y explica los objetivos del proyecto de investigación.		
7. Obtiene el visto bueno del paciente para participar de la investigación.		
8. Ofrece el formato de consentimiento informado, para ser leído por el paciente.		
9. Está atento para resolver dudas generadas al leer el consentimiento informado.		
10. Verifica que el paciente y/o testigo firmen apropiadamente el consentimiento informado.		
11. Brinda instrucciones para el diligenciamiento del instrumento de investigación, explicando las opciones de respuesta, motivando la sinceridad en las respuestas y la confidencialidad en el manejo de la información.		
12. Verifica la comprensión de los ítems y opciones de respuesta (no debe explicar cada uno de los ítems y opciones en repetidas ocasiones).		
13. Está atento para resolver dudas generadas durante el diligenciamiento del instrumento de investigación.		
14. Verifica el diligenciamiento completo de todos los ítems.		
15. Agradece al paciente por la participación en la investigación.		

Observaciones:

Investigador Principal

Auxiliar de Investigación

G. Anexo: Instrumento Aplicado a la Muestra

Formulario N° _____

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con su percepción del tratamiento que actualmente tiene indicado para controlar la enfermedad cardiovascular. Recuerde que la información recolectada a través de este Instrumento es confidencial; por lo anterior, usted puede responder con toda sinceridad marcando con una X la opción que mejor se ajuste a su situación.

EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
1. Puedo tomar mis medicamentos en el horario establecido.				
2. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)				
3. Puedo evitar en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares.				
4. Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal				
5. A pesar de mi trabajo y oficios dedicaría tiempo para realizar ejercicio físico.				
6. Puedo realizar actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.				
7. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.				
8. Soy capaz de asistir a los controles programados por el personal de salud				
9. Soy capaz de realizarme los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.				
10. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.				
11. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
12. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.				
13. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.				
14. Es difícil manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.				
15. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.				
16. Cumpló con el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado.				
17. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.				
18. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.				

Formulario N° _____

EXPECTATIVAS DE RESULTADO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Pienso que si tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica me sentiré mejor.				
20. Creo que las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación son importantes para el control de mi enfermedad.				
21. Pienso que el ejercicio físico indicado por el personal de salud es necesario para controlar mi enfermedad.				
22. Si yo tomo los medicamentos indicados, voy a disminuir mis probabilidades de tener un ataque cardíaco.				
23. Si yo realizo ejercicio físico controlare mi peso.				
24. Si yo manejo apropiadamente las situaciones estresantes, controlare la tensión arterial.				
25. Si consumo alimentos bajos en sal y grasa, disminuirá la probabilidad de alteraciones cardiovasculares.				
26. Si realizo ejercicio físico me sentiré más activo.				
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
27. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.				
28. Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.				
29. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud.				
30. Durante el tratamiento, dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien.				
31. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.				
32. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.				
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
33. Consumir bebidas alcohólicas aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud.				
34. Es necesario suspender el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento.				
35. Pienso que si NO consumo los medicamentos como me han indicado, tengo probabilidad de presentar una alteración en mi salud.				
36. Pienso que tengo riesgo de obesidad o de tener un infarto en el corazón si consumo alimentos grasos, salados y embutidos.				
37. Creo que tengo mayor probabilidad de tener complicaciones cerebrales, renales con relación a otras personas que NO tienen enfermedad cardiovascular.				
38. Creo que NO realizar ejercicio físico me llevara a tener mayor riesgo de complicaciones en mi salud.				

H. Anexo: Versión final del Instrumento

Formulario N° _____

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con su percepción del tratamiento que actualmente tiene indicado para controlar la enfermedad cardiovascular. Recuerde que la información recolectada a través de este instrumento es confidencial; por lo anterior, usted puede responder con toda sinceridad marcando con una **X** la opción que mejor se ajuste a su situación.

Expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Pienso que si tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica me sentiré mejor.				
2. Creo que las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación son importantes para el control de mi enfermedad.				
3. Pienso que el ejercicio físico indicado por el personal de salud es necesario para controlar mi enfermedad.				
4. Si yo tomo los medicamentos indicados, voy a disminuir mis probabilidades de tener un ataque cardíaco.				
5. Si yo realizo ejercicio físico controlare mi peso.				
6. Si yo manejo apropiadamente las situaciones estresantes, controlare la tensión arterial.				
7. Si consumo alimentos bajos en sal y grasa, disminuirá la probabilidad de alteraciones cardiovasculares.				
8. Si realizo ejercicio físico me sentiré más activo.				
Expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
9. Puedo tomar mis medicamentos en el horario establecido.				
10. Soy capaz de asistir a los controles programados por el personal de salud				
11. Soy capaz de realizarme los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.				
12. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.				
13. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.				
14. Durante el tratamiento, dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien.				
15. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.				
Expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
16. A pesar de mi trabajo y otros dedicaré tiempo para realizar ejercicio físico.				
17. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				

18. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.				
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.				
20. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud.				
21. Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.				
Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
22. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)				
23. Puedo evitar en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares.				
24. Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal				
25. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.				
26. Cumplo con el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado.				
27. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.				
28. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.				
29. Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.				
Percepción del riesgo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
30. Consumir bebidas alcohólicas aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud.				
31. Es necesario suspender el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento.				
32. Pienso que si NO consumo los medicamentos como me han indicado, tengo probabilidad de presentar una alteración en mi salud.				
33. Pienso que tengo riesgo de obesidad o de tener un infarto en el corazón si consumo alimentos grasos, salados y embutidos.				
34. Creo que tengo mayor probabilidad de tener complicaciones cerebrales, renales con relación a otras personas que NO tienen enfermedad cardiovascular.				
35. Creo que NO realizar ejercicio físico me llevara a tener mayor riesgo de complicaciones en mi salud.				
Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés	Nunca	Pocas Veces	Casi siempre	Siempre
36. Puedo realizar actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.				
37. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.				
38. Es difícil manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.				

I. Anexo: Presupuesto

Descripción	Cantidad	Costo	
		Parcial	Total
Rubro : Recurso Humano			
Investigador principal	600 horas	\$30.000	\$18'000.000
Auxiliar de recolección	50 horas	\$10.000	\$500.000
Asesora de Tesis	300 horas	\$100.000	\$30,000,000
Asesor Estadístico	30 horas	\$100.000	\$3'000.000
Subtotal			\$51,500.000
Rubro: Material e insumos			
Internet	200 horas	\$1.000	\$200.000
Impresiones (Consentimientos, instrumentos)	1000 hojas	\$100	\$100. 000
Cartuchos para Impresión	2 cartuchos	\$35.000	\$70.000
Resma de papel	2 resmas	\$8.000	\$16.000
Memoria USB, CDs, empastados			\$350.000
Subtotal			736.000
Rubro: Salida de campo			
Transportes	100 pasajes	\$1.500	\$150.000
Publicación	1 articulo	\$500.000	\$500.000
Total		\$785,600	\$52,886,000

Bibliografía

ACOSTA, PEÑALOSA y RODRIGUEZ. Carga de enfermedad Colombia 2005. Cendex, Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá, octubre de 2008

ACHURY BELTRÁN et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [en línea] 2012, 14 (Julio-Diciembre)

ACHURY Saldaña, DM., SEPÚLVEDA, GJ. RODRÍGUEZ, SM., GIRALDO, IC. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardíaca. Revista electrónica trimestral de enfermería. N° 26. Abril de 2012

ACHURY, Luisa. La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio. Tesis para optar el título de magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2015

ANDERSON and cols. The Diabetes Empowerment Scale, A measure of psychosocial self-efficacy. DIABETES CARE, Volume 23, number 6, June 2000

ANDERSON, Robert et al. A Comparison of the Diabetes-related Attitudes of Health Care Professionals and Patients. Patient Education and Counseling, 21. 1993. P. 41-50

ARREBOLA Vivas y cols. Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. Nutr Hosp. 2013;28(5):1530-1535

ÁVILA, Christiane et al. Adhesión farmacológica al anticoagulante oral y factores que influyen en la estabilidad del índice de estandarización internacional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jan.-feb. 2011.

ÁVILA Sansores, G. M. et al. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan. 2013, Vol. 13, No. 3, 373-386.

BANDURA, Albert. Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. En: Psychological Review. 1977, Vol. 84, p. 191-215.

BANDURA, Albert. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. Stanford University. American Psychologist, vol 37, N° 2, February 1982.

- BANDURA, Albert. Self-Efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press, 1995. p. 334
- BEN AJ et al. The Brief Medication Questionnaire and Morisky- Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública* 2012;46 (2).
- BONILLA, Claudia Patricia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2006.
- BONILLA, Claudia Patricia. Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2007
- BONILLA, Claudia Patricia y GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *av.enferm.*, XXXII (1): 53-62, 2014.
- BOWRY, Ashna et al. A Systematic Review of Adherence to Cardiovascular Medications. *J Gen Intern Med*, 2011. 26(12):1479–91
- BURKE L, YANG K, ACHARYA S. Adherence to Cardiovascular Treatment Regimens. Ovid Technologies, Inc. 2014
- CAMPO, Adalberto y OVIEDO Heidi C. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud pública*. 10 (5):831-839, 2008
- CARVAJAL y Cols. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2011, Vol. 34, Nº 1, enero-abril
- CASTAÑO, José et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (Colombia) 2011. *Rev. Fac. Med.* 2012 Vol. 60 No. 3: 179-197
- CHAN et al. A Qualitative Descriptive Study of Risk Reduction for Coronary Disease among the Hong Kong Chinese. *Public Health Nursing* Vol. 31 No. 4, July/August 2014. p. 327–335
- CONTRERAS A. FLÓREZ I. HERRERA A. Un instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. *Av Enferm.* 2008;26(2):35-42.
- CONNER Mark. Initiation and Maintenance of Health Behaviors. En *APPLIED PSYCHOLOGY: AN INTERNATIONAL REVIEW*, 2008, 57 (1), 42–50
- CROWLEY et al.: Factors Associated with Non-Adherence to Three Hypertension Self-Management Behaviors: Preliminary Data for a New Instrument. *Society of General Internal Medicine* 2012. *J Gen Intern Med* 28(1):99–106

DICKSON, V. Howe, A., Deal, J., & McCarthy, M. M. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart & Lung*, 2012, 41(1), 5-14.

DURÁN DE VILLALOBOS, María. Teoría de enfermería: ¿un camino de herradura? En: *Aquichán*. Vol. 7, No. 2.oct. 2007

FAWCETT, Jacqueline; GARITY, Joan. *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company. 2009, p. 21-33.

FAWCETT & GARITY. Evaluation of the Utility of the Theory of practice. In: *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. Cap. 14, FA Davis 2009. 255-272.

GARFIELD et al. Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical Practice. *BMC Health Services Research* 2012, 12:350

GARCIA Luisa. Auto-Cuidados y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca. 7mo. Congreso Virtual de Cardiología.

GINARTE Yurelis. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(5):502-5

GOMEZ, Juan. Morbimortalidad cardiovascular en el mundo. *Rev. Colomb. Cardiol.* vol.19 no.6 Bogota Nov./Dec. 2012.

GOMES Lilian y cols. Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014 Jan.-Feb.;22:11-8.

GÓMEZ H, CASTRO MV, FRANCO F, BEDREGAL P, RODRÍGUEZ J, ESPINOZA A, VALDEZ W, LOZANO R, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S72-S77

GONZÁLEZ David, SICILIA Álvaro y FERNÁNDEZ Alberto. Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: medición de la regulación integrada en el contexto español. *Psicotiema* 2010. Vol. 22, N°4, pp. 841-847

GRANGER BB, SANDELOWSKI M, TAHSHJAIN H, SWEDBERG K, EKMAN I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *J Cardiovasc Nurs*. 2009 Jul-Aug;24(4):308-15

HAN et al. Measuring Self-care in Patients With Hypertension A Systematic Review of Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*. January/February 2014. Vol. 29, No. 1, pp 55 Y 67

HAYNES, Brian. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. *JAMA*, December 11, 2002—Vol 288, No.22

HERNÁNDEZ-AVILA M y col. Sesgos en estudios epidemiológicos. Salud pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000

HERNANDEZ Sampieri Roberto y cols. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Ed MCGRAW-HILL. 2006. P. 158-164

HERRERA Ia. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Av Enferm. 2008; 26(1):36-42

HERRERA GUERRA, Eugenia. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Revista avances en enfermería, VOL. XXX N.º 2 mayo-agosto 2012

HERRERA E. Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial Montería 2010 [tesis magistral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2010.

HERRERA Gina; SILVA Jorge. Resultados de intervenciones en adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial analizados desde el modelo de Dorothea Orem: una revisión integrativa. Universidad Nacional de Colombia, 2014.

HOLGUÍN, L., CORREA, D., ARRIVILLAGA, M., CÁCERES, D. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ Psychol., 2006. 5, p.535-547

HORVATH T, AZMAN H, KENNEDY GE, RUTHERFORD GW. Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;3

HO, Michael et al. Medication Adherence Its Importance in Cardiovascular Outcomes. Circulation. 2009;119:3028-3035

INGARAMO, Roberto y Cols. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005; 34: 104-111

Instituto Nacional de Salud (INS). Observatorio nacional de Salud. Boletín No. 1, Diciembre 9 de 2013. Disponible en http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf

LE. Rose et al. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(3), 587-594

LEON et al. Improving treatment adherence for blood pressure lowering via mobile phone SMS-messages in South Africa: a qualitative evaluation of the SMS-text Adherence Support (StAR) trial. BMC Family Practice (2015) 16:80

LIBERTAD de los Ángeles et al. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):225-238.

LIEHR, Patricia and SMITH Jane. Theory of Self- Efficacy in Middle Range Theory for Nursing, Second Edition: Second Edition. Springer Publishing Company. 2008. Pp 49-64

LOPEZ, Alba Lucero; GUERRERO, Sandra. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. educ. enferm [online]. 2006, vol.24, n.2, pp. 90-100. ISSN 0120-5307

KIM JH, et al. Psychometric Properties of a Short Self-Reported Measure of Medication Adherence Among Patients With Hypertension Treated in a Busy Clinical Setting in Korea. J Epidemiol 2014;24(2):132-140

KORB-SAVOLDELLI et al. Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. The Journal of Clinical Hypertension Vol 14 | No 7 | July 2012

MARTÍNEZ, José et al. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. Revista médica Vol 17 N°2, Diciembre de 2011.

MATHES T, PIEPER D, ANTOINE SL, et al. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients: a systematic review. HIV Med. 2013

MEREDITH A.J. and Cols. The Relationship of Transition Readiness, Self-Efficacy, and Adherence to Preferred Health Learning Method by Youths with Chronic Conditions. Journal of Pediatric Nursing (2015)

Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial primaria (HTA). Bogotá. Colombia. Abril de 2013

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993 "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67 Y 74

MORISKY DE, Ang A, KROUSEL-WOOD M, WARD HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10(5):348Y354.

MUNRO, Shannon. Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk Reduction. Nursing Forum Volume 44, No. 1, January-March 2009.

NAVARRO PEÑA; CASTRO SALAS M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global, N° 19. Junio de 2010.

NOGUÉS SOLÁN, M. L. SORLI REDÓ, J. VILLAR GARCÍA. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 24, N.º 3, pp. 138-141, 2007

NOACK Karin y cols. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. REVISTA ANACEM. VOL.VII N°2 , 2013

NÚÑEZ Montenegro AJ, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten Primaria. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.003>

OLAZ, Fabián, SILVA María Inés, PÉREZ Edgardo. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Marzo de 2001. Disponible en <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>

OLIVARI, Cecilia y URRÁ, Eugenia. Autoeficacia y conductas de salud. CIENCIA Y ENFERMERIA XIII (1): 9-15, 2007

OLIVELLA, Madeleine y Cols. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. AQUICHAN, VOL. 1 2 N° 1 - Chía, Colombia - abril 2012.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares. Marzo de 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción Washington: 2004.

ORTIZ Manuel, ORTIZ Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Méd Chile 2007; 135: 647-652

ORTIZ C. Validez y confiabilidad del instrumento Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2008.

ORTIZ SUÁREZ, Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Avances en enfermería. XXVIII (2): 73-87, 2010

ORUETA R et al. Cumplimiento terapéutico. Actualización en medicina de familia. SEMERGEN. 2008;34(5):235-43

OSTERBERG, L. & BLASCHKE, T. Adherent to medication. N Eng J Med, 2005. 353, 487-497.

PÁEZ ESTEBAN, et al. Validez de constructo de un instrumento de enfermería para evaluar adherencia al tratamiento antihipertensivo. Enfermería Global. N° 34 Abril 2014

PAPAIIOANNOU A, KENNEDY CC, DOLOVICH L, LAU E, Adachi JD. Patient adherence to osteoporosis medications: problems, consequences and management strategies. *Drugs Aging*. 2007;24(1):37-55

PETERSON, Sandra and BREDOW Timothy. Barbara Resnick in Middle range theoris. Third edition. Wolters Kluwer Healt. 2013.

POLIT Denise and HUNGLER Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta edición. McGraw-Hill. 2005

PROTOPOPESCU C, RAFFI F, ROUX P, et al. Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy: a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Study Group. *J Antimicrob Chemother*. 2009 Sep;64(3):599-606.

Qi BB, RESNICK B, SMELTZER SC, BAUSELL B. Self-efficacy program to prevent osteoporosis among Chinese immigrants: a randomized controlled trial. *Nurs Res*. 2011 Nov-Dec;60(6):393-404

RESNICK, Barbara et al. Evaluating the components of the Exercise Plus Program: rationale, theory and implementation. *HEALTH EDUCATION RESEARCH*. Vol.17 no.5 2002, Pages 648–658.

RESNICK, Barbara et al. Pilot Testing of the PRAISED Intervention Among African American and Low-Income Older Adults. *Journal of Cardiovascular Nursing*. September/October 2009. Vol. 24, No. 5, pp 352Y361

RODRÍGUEZ, Alba Luz; GÓMEZ, Ana. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Revista avances en enfermería*. VOL. XXVIII No. 1 ENERO-JUNIO 2010.

RODRÍGUEZ CHAMORRO Ma et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7

RODRIGUES MTP et al. Instrument to measure adherence in hypertensive patients. *Rev Saúde Pública* 2013;47(3):1-7

ROLLEY John and Cols. Medication Adherence Self-report Instruments Implications for Practice and Research. *Journal of Cardiovascular Nursing*. November/December 2008. Vol. 23, No. 6, pp 497-505.

RUGGIERO Laurie. Helping People With Diabetes Change Behavior: From Theory to Practice. *Diabetes Spectrum*, Vol 13 Number 3, 2000, Page 125

RUIZ, María Rocío. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enferm Nefrol* 2013: Octubre-Diciembre; 16 (4): 258/270

SABATÉ Eduardo. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS. Washington, D.C., 2004. ISBN 92 75 325499

SANCHEZ, Yamilet. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en psicología latinoamericana*. Bogotá 2007. Vol 25, p 7-21.

SUAREZ, Pilar et al. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* 2000. Vol. 12, Supl. nº 2, p. 509-513

TORRESANI, Maffei , SQUILLACE C, Belén L, ALORDA B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *DIAETA (B.Aires)* 2011; 29(137) p.31-38

TRUJANO, Roció et al. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* v.14 n.20 México mar. 2009

TRUJANO, Roció et al. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *LIBERABIT: Lima (Perú)* 17(2): 223-230, 2011.

VELANDIA, Anita et al. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Rev. salud pública*. 2009. 11 (4) p.538-548,

VOILS et al. Initial validation of a self-report measure of the extent of and reasons for medication nonadherence. *Med Care*. 2012 December ; 50(12): p.1013–1019.

WALKER L.O. & AVANT K.C. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 5th edn. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 2011. p. 157-175

WU JIA-Rong et al. Medication Adherence in Patients Who Have Heart Failure: a Review of the Literature. *Nursing Clinics of North America* Volume 43, Issue 1, March 2008, Pages 133–153

YANG et al. Validation of Chinese version of the Morisky Medication Adherence Scale in patients with epilepsy. *Seizure* 23 (2014) p.295–299

ZAMBRANO R, DUITAMA JF, POSADA JI, FLÓREZ JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): p.163-174

ZHAO S, ZHAO H, WANG L, Du S, Qin Y. Education is critical for medication adherence in patients with coronary heart disease. *Acta Cardiol*. 2015 Apr;70(2) p.197-204