

Validez y confiabilidad de dos instrumentos para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes quemados

Validity and reliability of two instruments to assess adherence to treatment in burn patients

Malvin Rodríguez-Vargas ^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9975-4712>

Annalié Rodríguez-Ricardo ¹ <https://orcid.org/0000-0002-5723-417X>

Luis Enrique Almaguer-Mederos ² <https://orcid.org/0000-0003-0887-2359>

Camilo Saenz-Pérez ¹ <https://orcid.org/0000-0002-0834-7004>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Grupo de trabajo de Psicología. Holguín, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas. Centro para la Investigación y Rehabilitación de las Ataxias Hereditarias (CIRAH). Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia (email): malvinrv90@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La adherencia terapéutica constituye uno de los principales problemas de las intervenciones en salud. Una de las poblaciones en las que se evidencian dificultades en la adherencia al tratamiento es en los pacientes quemados.

Objetivo: Determinar la validez y confiabilidad de dos instrumentos para la evaluación de la adherencia al tratamiento y sus dimensiones influyentes en pacientes quemados hospitalizados.

Métodos: Desde el enfoque cuantitativo se realizó un estudio transversal, en el periodo comprendido de enero de 2017 a diciembre de 2019. Se establecieron como variables de la investigación la adherencia al tratamiento y los factores influyentes en la adherencia al tratamiento. Se utilizó el criterio de expertos, la prueba piloto y por último se aplicaron los dos cuestionarios a 90 pacientes quemados.

Resultados: Ambos instrumentos demostraron tener validez de contenido. La fiabilidad test-

retest del instrumento para evaluar la adherencia terapéutica fue considerable y significativa, mientras que la consistencia interna fue aceptable. En el instrumento que evalúa las dimensiones influyentes en la adherencia terapéutica la fiabilidad fue muy fuerte y la consistencia buena.

Conclusiones: Los dos instrumentos elaborados para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes quemados hospitalizados, presentaron validez de contenido y confiabilidad.

DeCS: CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO; ESTUDIOS DE VALIDACIÓN COMO ASUNTO; QUEMADURAS; FACTORES DESENCADENANTES; TÉCNICAS, MEDIDAS, EQUIPOS DE MEDICIÓN.

ABSTRACT

Introduction: Therapeutic adherence constitutes one of the main problems of health interventions. One of the populations in which difficulties in adherence to treatment are evidenced is burn patients.

Objective: To determine the validity and reliability of two instruments for the evaluation of adherence to treatment and their influential dimensions in hospitalized burn patients.

Methods: From the quantitative approach, a cross-sectional study was conducted, in the period from January 2017 to December 2019. Adherence to treatment and influencing adherence to treatment were established as research variables. Expert judgment was used, the pilot test and finally the two questionnaires were applied to 90 burn patients.

Results: Both instruments proved to have content validity. The test-retest reliability of the instrument to evaluate therapeutic adherence was considerable and significant, while the internal consistency was acceptable. Reliability was very strong and consistency good in the instrument that evaluates the influencing dimensions in therapeutic adherence.

Conclusions: The two instruments developed for the evaluation of therapeutic adherence in hospitalized burn patients present content validity and reliability.

DeCS: TREATMENT ADHERENCE AND COMPLIANCE; VALIDATION STUDIES AS TOPIC; BURNS; PRECIPITATING FACTORS; TECHNIQUES, MEASURES, MEASUREMENT EQUIPMENT.

Recibido: 15/03/2021

Aprobado: 06/03/2022

Ronda: 5

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica constituye uno de los principales problemas de las intervenciones en salud. Di Matteo et al., citado por Martín, ⁽¹⁾ considera que 40 % de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas. En el caso de las enfermedades agudas, Martín y Grau, ⁽²⁾ refieren que la tasa de incumplimiento llega alrededor del 20 %, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza 45 %. Además, plantean que estos porcentajes subestiman el fenómeno, pues los pacientes pueden no percibirse a sí mismos como incumplidores.

Los términos más utilizados en la literatura según estudios de Martín, ⁽¹⁾ son: cumplimiento y adherencia. Se señala que el término cumplimiento está centrado en el profesional de la salud y en un modelo autoritario. También tiende a ser unidimensional, las personas son cumplidoras o no cumplidoras. Por otra parte, es reduccionista pues solo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aspectos subjetivos como las creencias y motivaciones. Con el objetivo de superar esas limitaciones se introducen otros términos como adherencia o alianza terapéutica, para expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente.

Entre los autores que han conceptualizado e investigado la adherencia terapéutica se encuentran Basterra, Di Matteo, Di Nicola, Friedman, Meichembaum, Turk, Zaldívar, Bayarre, Grau, entre otros, citados por Martín. ⁽¹⁾ En la investigación se asume la definición de Martín, ⁽¹⁾ debido a que se considera la concepción que mejor expresa el fenómeno en su integridad. Esta la concibe 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. Operacionaliza además este constructo en tres dimensiones: implicación personal, relación transaccional entre paciente y profesional y cumplimiento del tratamiento.

En la adherencia terapéutica influyen también determinados factores que permiten explicar por qué los pacientes se adhieren o no al tratamiento. La Organización Mundial de la Salud, citada por Reyes et al. ⁽³⁾ y Alvi et al., ⁽⁴⁾ plantean cinco dimensiones interactuantes: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de atención sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con la autonomía del paciente.

Por otra parte, la no existencia de un consenso sobre la conceptualización de este constructo genera dificultades en su evaluación. Entre los métodos y técnicas para realizar su evaluación se encuentran: autoinformes de los pacientes y de los familiares, los autorregistros, la medición del consumo de medicamentos, el conteo de píldoras, mediciones bioquímicas, el uso de métodos electrónicos y bases de datos de las farmacias. La mayoría no permiten explorar la verdadera esencia del fenómeno en su dimensión psicológica y comportamental y no exploran la participación del paciente y del profesional

de la salud. Son técnicas que evalúan el cumplimiento del tratamiento y casi siempre solo su componente medicamentoso, no aquellas indicaciones que se refieren a cambios de hábitos o estilos de vida. Además, muchos son procedimientos complicados, poco prácticos y costosos, casi imposibles de aplicar por los investigadores en determinados contextos. ^(1,4,5,6)

Según autores como Martín, ⁽¹⁾ y Anghel et al., ⁽⁵⁾ los instrumentos más útiles son los llamados indirectos como la entrevista, el cuestionario y la estimación a partir de resultados clínicos. Aunque estos también presentan el riesgo de sesgo. Varios investigadores han abordado la adherencia al tratamiento en pacientes con diferentes enfermedades. Se encuentran, por ejemplo: Chipana et al., ⁽⁶⁾ en enfermos con insuficiencia renal; Alvi et al., ⁽⁴⁾ en población con VIH; Muñoz et al., ⁽⁷⁾ en pacientes con diabetes y Ortiz, ⁽⁸⁾ y Herrera, ⁽⁹⁾ en sujetos con enfermedades cardiovasculares entre otros.

Los pacientes quemados también evidencian dificultades en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, son escasas las investigaciones que las abordan. En la literatura publicada no se encuentra un instrumento diseñado y validado para la evaluación de este constructo en los quemados hospitalizados. Por lo que el objetivo de los autores fue determinar la validez y confiabilidad de dos instrumentos para la evaluación de la adherencia al tratamiento y sus dimensiones influyentes en pacientes quemados hospitalizados.

MÉTODOS

Desde el enfoque cuantitativo se realizó un estudio descriptivo-correlacional, con tipo de diseño transversal en el periodo comprendido de enero de 2017 a diciembre de 2019.

Se calculó el tamaño muestral en el paquete estadístico EPIDAT 3.1, con una correlación esperada de 0,70; nivel de confianza de 95 % y potencia de 100 %. Se establecieron estos valores porque autores como Steiner D et al., ⁽¹⁰⁾ consideran que los coeficientes de correlación (en este caso se usa el de Spearman para evaluar la fiabilidad test-retest, como se explica luego) deben alcanzar puntuaciones por encima de 0,5 y se recomienda llegar a 0,7 para que sean consistentes. A través de un muestreo no probabilístico, se seleccionaron 90 sujetos.

Se consideraron como criterios de inclusión: voluntariedad para participar en la investigación, quemados con cinco y siete días de hospitalización y sin limitaciones psicológicas que dificulten su evaluación.

Como criterio de exclusión: estado físico que dificulte su evaluación. Se establecieron como variables de la investigación la adherencia al tratamiento y los factores influyentes en la adherencia al tratamiento.

Construcción de los cuestionarios:

Se operacionalizó según la propuesta de Martín, ⁽¹⁾ implicación personal, relación transaccional entre

paciente y profesional y cumplimiento del tratamiento. En la segunda dimensión (relación entre paciente y profesional) se tuvo en cuenta el tipo de relación médico paciente que ocurre en enfermedades traumáticas como las quemaduras que es la cooperación guiada.

En la relación de cooperación guiada el médico dirige como experto y adopta una actitud directiva; el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión y realizando lo que se le pide. ⁽¹¹⁾

Los niveles de adherencia al tratamiento se consideraron bajo, medio y alto, de forma similar a la adoptada en las investigaciones de otros autores. ^(5,12)

Cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento de pacientes quemados hospitalizados (ATPQH): se confeccionaron los ítems en forma de 11 afirmaciones que recogen las categorías que conforman la definición operacional de adherencia al tratamiento. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cuatro posibilidades que van desde nunca hasta siempre.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente. Se consideraron con adherencia alta a los que obtienen de 23 a 33 puntos, adherencia media de 12 a 22 puntos y con adherencia baja a los que obtienen entre cero y 11. Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor cero a la columna nunca, uno para a veces, dos a frecuentemente y tres a siempre.

En cuanto a los factores influyentes en la adherencia al tratamiento se asumió la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Reyes et al. ⁽³⁾ y Alvi et al., ⁽⁴⁾ factores socioeconómicos, factores relacionados al sistema de atención sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con la autonomía del paciente.

Cuestionario para evaluar las dimensiones influyentes en la adherencia al tratamiento (DIAT): se confeccionaron los ítems en forma de 27 afirmaciones que recogen las categorías que se considera conforman la definición operacional de las dimensiones influyentes en la adherencia al tratamiento. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por tres posibilidades que van desde nunca hasta siempre. Con excepción de la dimensión de los factores socioeconómicos, donde las opciones fueron sí o no.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente. Se consideraron con posible influencia negativa en la adherencia terapéutica:

Factores socioeconómicos: si se obtiene de 1-3 puntos.

Factores relacionados con el sistema de atención sanitaria: de 10-18 puntos.

Factores relacionados con la enfermedad: de 4-12 puntos.

Factores relacionados con el tratamiento: de 3-8 puntos.

Factores relacionados con el paciente: de 1-10 puntos.

Para calcular la puntuación obtenida en los factores socioeconómicos, a los ítems uno y dos se le otorga un punto a cada respuesta negativa, mientras que el ítem tres puntúa si la respuesta es afirmativa. A partir del ítem cuatro los puntajes corresponden a la opción elegida por el paciente, de cero a dos para los ítems positivos y de dos a cero para los ítems negativos. Esta calificación por dimensiones permite conocer cuál dimensión tiene una posible influencia negativa o positiva en la adherencia al tratamiento.

Validación de contenido:

Se utilizó el juicio de expertos con el objetivo de obtener evidencias de validez de contenido, debido a que varios autores manifiestan que este método en la Psicología se ha convertido en la estrategia principal para su estimación. Como variante del juicio de expertos se empleó el método de agregados individuales, en el cual se pide de manera individual a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento. ⁽¹³⁾

Se determinó como tamaño muestral para la validación de contenido del cuestionario ATPQH 10 expertos, para ello se tuvo en cuenta el planteamiento de Hyrkäs et al., citado por Escobar et al., ⁽¹⁴⁾ quienes manifiestan que 10 brindarían una estimación confiable de la validez de contenido. Se consideraron como criterios de inclusión profesionales con experiencia en la atención a pacientes hospitalizados y que obtuvieron un coeficiente de competencia (K) medio o alto en la evaluación del nivel de experticia. Se considera que $0,8 < K < 1$ es un coeficiente de competencia alto, de $0,5 < K < 0,8$ es medio y $K < 0,5$ es bajo. ⁽¹⁵⁾

Como criterio de exclusión, la no disposición a participar en el estudio. Se seleccionaron cuatro psicólogas, cinco especialistas en Caumatología y Cirugía Reconstructiva y una enfermera del Hospital General Universitario de Holguín.

Los expertos se caracterizaron por presentar categoría docente 100 %, la media de años como docente e investigador fue de 18 años. El coeficiente de competencia (K) resultó ser entre medio (40 %) y alto (60 %).

Para la validación de contenido del cuestionario DIAT se escogieron solo cinco expertos (psicólogos), tamaño permisible dentro del método de agregados individuales. Como características de estos, se encontró una media como docente e investigador de cinco años y un coeficiente de competencia (K) entre medio y alto, representado en 50 % respectivamente. Se considera que $0,8 < K < 1,0$ es un coeficiente de competencia alto de $0,5 < K < 0,8$ es medio y $K < 0,5$ es bajo. ⁽¹⁵⁾

En la evaluación de los instrumentos se utilizaron cuestionarios, donde se tuvieron en cuenta los criterios de Moriyama, citado por Martín et al. ⁽¹⁶⁾: comprensible, sensible a variaciones en el fenómeno, si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivas razonables, componentes de manera clara definidos y si deriva de datos factibles de obtener. La puntuación

se obtuvo de una escala tipo Likert, según la valoración realizada por los expertos en: nada: 0, poco: 1, moderadamente: 2, mucho: 3. Se propuso alcanzar 70 % en la categoría mucho, pues se tuvo en cuenta la investigación realizada por Martín et al.,⁽¹⁶⁾ donde validaron un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial y se utilizaron estos criterios.

En cuanto a la adecuación de los cuestionarios para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes quemados, se propuso que las valoraciones de todos los expertos debían encontrarse entre adecuado y muy adecuado.

Evaluación de la confiabilidad de los instrumentos:

En la evaluación de la confiabilidad se midió la estabilidad de los instrumentos a lo largo del tiempo con el método del test-retest, en el cual se aplica dos veces el mismo test a una misma muestra de individuos.^(17,18) También se evaluó la consistencia interna, de la cual Hernández et al.,⁽¹⁹⁾ consideran que mide la precisión con la que los ítems miden el constructo en estudio. Se realizó una prueba piloto, la cual se aplica a una pequeña muestra, con características semejantes a las de la muestra definitiva. Se analiza si las instrucciones se comprenden y si los ítems funcionan de manera adecuada y se evalúa la confiabilidad del instrumento, según Hernández et al.⁽¹⁹⁾ Se aplicaron los cuestionarios contruidos a 30 pacientes quemados. En un periodo de cinco a siete días se volvieron a aplicar para evaluar la fiabilidad test-retest.

Procesamiento de los datos:

Los resultados se procesaron en los paquetes estadísticos SPSS 14.0 para *Windows* y MedCalc. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, la media, varianza, valores mínimos y máximos. También se calculó el coeficiente de concordancia W de Kendall para evaluar la concordancia entre los expertos. El mínimo valor asumido por el coeficiente es cero y el máximo uno.⁽²⁰⁾ Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (rs), el cual es en realidad una aplicación directa de la fórmula de Pearson, pero calculada sobre rangos u órdenes. Es además una aprueba no paramétrica. Su interpretación es igual que la de Pearson, donde puede oscilar entre -1 y 1, para evaluar la fiabilidad test-retest al correlacionar las dos series de puntajes.⁽¹⁹⁾ La consistencia interna de la prueba se determinó con el coeficiente de alfa de Cronbach. George y Mallery,⁽²¹⁾ sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach: >0,9 es excelente, >0,8 es bueno, >0,7 es aceptable, >0,6 es cuestionable, >0,5 es pobre y <0,5 es inaceptable. Se tuvo en cuenta, además, el consentimiento informado de los sujetos sobre su disposición a participar en la investigación.

RESULTADOS

Validación de contenido del instrumento para la evaluación de la adherencia al tratamiento (ATPQH). En relación con el criterio el instrumento responde a su objetivo, el 60 % de los expertos selecciona-

ron la categoría mucho y 40 % escogieron moderadamente. Por otra parte, en el criterio sobre si los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable, se obtuvo igual valor porcentual (50 %) en las categorías moderadamente y mucho. Debido a lo anterior se realizaron modificaciones en los ítems del instrumento. El coeficiente de concordancia resultó significativo en ambos criterios y en el primero sobrepasó el valor medio (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución porcentual y concordancia entre los juicios de los expertos según criterios y escala de valoración

Crterios	Escala	No.	%	W
El instrumento responde a su objetivo	Moderadamente	4	40	0,550 (p= 0,001)
	Mucho	6	60	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	Moderadamente	5	50	0,500 (p= 0,002)
	Mucho	5	50	

W: coeficiente de concordancia de Kendall.

En relación con los criterios de Moriyama, con excepción de los ítems 1, 2 ,3 y 4; el resto de estos alcanzaron 70 % o lo superaron en la categoría mucho, por lo que se cumplió el por ciento propuesto. El coeficiente de concordancia para cada ítem superó el valor medio, con excepción del ítem 2 (W=0,500; p=0,002), el cual se encuentra en una posición media. Todos estos valores resultaron significativos y se destacaron altas concordancias, de forma positiva, en los ítems 7 (W=0,858; p=0,000), 8 (W=1,000; p=0,000), 9 (W=0,858; p=0,000) y 10 (W=1,000; p=0,000) (Tabla 2).

Tabla 2 Distribución porcentual y concordancia entre los juicios de los expertos según los criterios de Moriyama y la escala de valoración

Ítems	Escala	No.	%	W
1	Moderadamente	4	40	0,550 (p=0,001)
	Mucho	6	60	
2	Moderadamente	5	50	0,500 (p=0,002)
	Mucho	5	50	
3	Moderadamente	4	40	0,550 (p=0,001)
	Mucho	6	60	
4	Poco	1	10	0,627 (p=0,000)
	Moderadamente	1	10	
5	Mucho	6	60	0,550 (p=0,001)
	Moderadamente	4	30	
6	Mucho	6	70	0,627 (p=0,000)
	Poco	1	10	
7	Moderadamente	2	20	0,858 (p=0,000)
	Mucho	7	70	
8	Moderadamente	1	10	0,858 (p=0,000)
	Mucho	9	90	
9	Mucho	10	100	1,000 (p=0,000)
	Moderadamente	1	10	
10	Mucho	9	90	0,858 (p=0,000)
	Mucho	10	100	
11	Moderadamente	3	30	0,629 (p=0,000)
	Mucho	7	70	
12	Poco	1	10	0,627 (p=0,000)
	Moderadamente	2	20	
13	Mucho	7	70	0,627 (p=0,000)
	Poco	1	10	
	Moderadamente	2	20	
	Mucho	7	70	

W: coeficiente de concordancia de Kendall.

Se agruparon los resultados en una sola tabla porque los valores resultaron los mismos para cada criterio.

Los ítems 1, 2, 3 y 4 se reevaluaron debido a que no alcanzaron 70 % esperado en los criterios de Moriyama. De igual forma los ítems 6, 12 y 13 porque un experto seleccionó la categoría poco. Los ítems 4 y 12 fueron eliminados y los ítems 1, 2, 3, 5, 6 y 13 se reelaboraron. Se presentaron nuevamente ante los expertos para ser validados. De los expertos 9 (90 %) coincidieron en la categoría mucho en cuanto a la correspondencia entre el instrumento y su objetivo y los ítems y la operacionalización de la variable. Solo 1 (10 %) seleccionó la categoría moderadamente. El coeficiente de Kendall fue alto y significativo ($W=0,858$; $p=0,000$) para ambos criterios. En relación con los criterios de Moriyama, la mayoría de los ítems reelaborados alcanzaron 70 %, porcentaje propuesto en la categoría mucho, con concordancias altas y significativas ($W=0,629$; $p=0,000$). Los ítems 6 y 13 obtuvieron 100 % ($W=1,000$; $p=0,000$) de coincidencias en la categoría mucho.

En las valoraciones de los expertos sobre la adecuación del cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento se evidenciaron que sus consideraciones se encontraron entre la categoría poco. Los ítems 4 y 12 fueron eliminados y los ítems 1, 2, 3, 5, 6 y 13 se reelaboraron. Se presentaron nuevamente ante los expertos para ser validados. De los expertos 9 (90 %) coincidieron en la categoría mucho en cuanto a la correspondencia entre el instrumento y su objetivo y los ítems y la operacionalización de la variable. Solo 1 (10 %) seleccionó la categoría moderadamente. El coeficiente de Kendall fue alto y significativo ($W=0,858$; $p=0,000$) para ambos criterios. En relación con los criterios de Moriyama, la mayoría de los ítems reelaborados alcanzaron 70 %, porcentaje propuesto en la categoría mucho, con concordancias altas y significativas ($W=0,629$; $p=0,000$). Los ítems 6 y 13 obtuvieron 100 % ($W=1,000$; $p=0,000$) de coincidencias en la categoría mucho.

En las valoraciones de los expertos sobre la adecuación del cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento se evidenciaron que sus consideraciones se encontraron entre la categoría adecuado y muy adecuado de la escala, por lo que se cumple el resultado esperado en este aspecto. Predominó la categoría muy adecuada (50 %) seguida de bastante adecuado (30 %) y adecuado (20 %). El coeficiente de concordancia resultó significativo, cerca del valor medio ($W=0,459$; $p=0,003$).

Evaluación de la confiabilidad:

Como características de la población se encontraron que el rango de edad fue de 20-90 años, con una media de 47,73 años. Predominó el sexo masculino con 48 (53 %) pacientes y el color de piel blanca con 74 (82 %). Tenían 7 (8 %) sujetos nivel de escolaridad primario, 41 (45 %) 9no grado, 33 (37 %) 12mo y 9 (10 %) universitario. Se identificaron 49 (54 %) de procedencia urbana y 41 (46 %) rural.

El total de pacientes, representados en 100 %, consideró comprensibles las instrucciones y la escala de valoración del cuestionario.

De los ítems del cuestionario resultaron comprensibles 9 (73 %), con 100 % de respuestas afirmativas de los pacientes sobre estos. Los ítems 2 y 4 fueron evaluados como no comprensibles, con 0 % como respuesta afirmativa, por lo que estos se reelaboraron.

El coeficiente de correlación para la fiabilidad test-retest fue considerable y significativo ($r_s=0,734$; $p=0,000$; IC 95 %: 0,509-0,866).

El coeficiente de confiabilidad general para la consistencia interna de este instrumento fue aceptable (0,76).

Validación de contenido del cuestionario para la evaluación de dimensiones influyentes en la adherencia al tratamiento (DIAT).

En relación con los criterios el instrumento responde a su objetivo y los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable, 100 % de los expertos seleccionaron la categoría mucho. El coeficiente de concordancia resultó alto y significativo para ambos criterios ($W=1,000$; $p=0,000$).

De igual forma, en cuanto a los criterios de Moriyama, con excepción de los ítems 9 y 10, el resto de estos alcanzaron 100 % en la categoría mucho. El coeficiente de concordancia fue alto y significativo para cada uno de esos ítems ($W=1,000$; $p=0,000$).

En el ítem 9 se encontró que 1 (20 %) experto seleccionó la categoría moderado y 4 (80 %) seleccionaron mucho. En el ítem 10 se evidenció que 1 (20 %) experto seleccionó la categoría poco y 4 (80 %) escogieron mucho. El coeficiente de concordancia fue 0,858 ($p=0,000$) para ambos casos. El ítem 10 se reelaboró y se presentó de nuevo ante los expertos para ser validado. Se obtuvo 100 % de coincidencias en la categoría mucho ($W=1,000$; $p=0,000$).

Evaluación de la confiabilidad:

El total de pacientes representados en 100 %, consideró comprensibles las instrucciones, la escala de valoración y los ítems del cuestionario.

El coeficiente de correlación para la fiabilidad test-retest fue muy fuerte y significativo ($r_s=0,94$; $p=0,000$; IC 95 %: 0,893-0,976).

El coeficiente de confiabilidad para la consistencia interna se calculó para cada dimensión de forma independiente, debido a que la calificación del cuestionario no se realiza mediante una puntuación total, si no por dimensión. El coeficiente fue bueno (0,89) para cada una de las dimensiones.

DISCUSIÓN

En la actualidad se concibe la adherencia terapéutica como un proceso donde el paciente participa de modo activo y donde se produce una relación de ayuda entre este y su médico para obtener el

comportamiento terapéutico adecuado. Vista así, la adherencia supera el mero cumplimiento obediente y pasivo que contribuiría poco a la autorresponsabilidad individual en el control y manejo de la enfermedad. ⁽²²⁾

La adherencia al tratamiento es una cuestión que concierne a un gran número de condiciones de salud, en particular aquellas que requieren un largo tiempo de tratamiento como es el caso de las quemaduras. ⁽²³⁾ La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial y predomina sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas. ⁽²⁴⁾

En este sentido existen diversas repercusiones en diferentes ámbitos como el médico, económico, psicosocial. La alta prevalencia de lesiones por quemaduras y la necesidad de un cuidado apropiado de los pacientes quemados, develan la importancia de comprender la adherencia a los tratamientos en esta población. Por lo tanto, la evaluación de este constructo es fundamental. Los instrumentos de medida requieren demostrar una adecuada validación de contenido y calidad psicométrica. ⁽²⁵⁾

Debido a lo anterior, en este estudio se diseñaron dos cuestionarios para la evaluación de la adherencia terapéutica en paciente quemados y se analiza la validez de contenido y confiabilidad de los instrumentos. Los resultados encontrados sugieren una adecuada validez de contenido y buena confiabilidad por consistencia interna.

En la investigación ambos instrumentos tienen validez de contenido. En relación con los criterios estos responden a su objetivo y los ítems responden a la operacionalización de la variable. Es importante señalar que las valoraciones hechas por los expertos permiten realizar modificaciones en los ítems, algunos se eliminan y otros se reelaboran. Esto contribuye a mejorar la redacción y la calidad de los instrumentos. La validez de contenido facilita la valoración crítica del constructo teórico que se estudia y las categorías que se proponen, las cuales reflejan una manera específica de conceptualizar el fenómeno de la adherencia terapéutica. ⁽¹⁶⁾

Autores como Martín et al., ⁽¹⁶⁾ realizan la validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Los resultados de la validación de contenido permiten considerar que la formulación de los ítems es razonable, se encuentran definidos y se justifica su presencia en el cuestionario. También Quiroz, ⁽²⁶⁾ diseña un instrumento para evaluar la adherencia de personas adultas a procesos de neuro-rehabilitación funcional. Lo obtenido en la encuesta hecha a los expertos, a partir de dos propiedades: pertinencia y relevancia, propicia que el instrumento final quedara constituido por 20 ítems.

De igual forma Chaves et al., ⁽²⁷⁾ validaron la escala de adherencia al tratamiento de Morisky de 8 ítems a pacientes con enfermedad renal crónica. En la validación de contenido encontraron un alto grado de concordancia entre las valoraciones hechas por los jueces a los diferentes ítems del cuestionario. La investigación definió que la escala es válida para medir la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con enfermedad renal crónica, según juicio de expertos.

En relación al segundo instrumento el contenido y soporte teórico del mismo deriva del modelo de las cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica expuestos por la OMS. ⁽²⁸⁾ Existen otros autores como Ortiz, ⁽⁷⁾ y Quiroz, ⁽²⁶⁾ que encontraron semejanza en los factores analizados.

Estudios como el de Herrera, ⁽⁹⁾ mostró los mismos factores. Soria et al., ⁽²⁹⁾ validaron una escala de adherencia terapéutica para enfermedades crónicas, diseñada bajo el mismo modelo, pero con tres factores: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual, autoeficacia. Por otra parte, Quiroz, ⁽²⁶⁾ elabora un instrumento de evaluación de la adherencia basado en las dimensiones propuestas por la OMS.

Otro aspecto a comentar en el estudio es la confiabilidad de dichos instrumentos. El índice de consistencia interna obtenido indica que se trata de instrumentos con propiedad de homogeneidad, los ítems que lo componen guardan buena correlación entre ellos. La confiabilidad es una de las propiedades psicométricas que aseguran la validez de los instrumentos de evaluación. Los resultados son similares a los de otras investigaciones donde obtienen adecuados índices de consistencia interna. Ello apunta a que las escalas elaboradas constituyen herramientas de valoración de la adherencia terapéutica en los pacientes. ^(7,19,30,31)

Por último, se puede decir que los cuestionarios que se proponen, suplen en alguna medida la carencia existente en el ámbito investigativo cubano de instrumentos para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes quemados hospitalizados. Además, permite ofrecer al profesional de la salud una herramienta metodológica, para evaluar el comportamiento del paciente de manera más integral y poder orientar a los mismos. Ambas escalas podrán mejorarse con otros criterios de validez en investigaciones futuras y reafirmen así su valor predictivo.

CONCLUSIONES

Los dos instrumentos contruidos para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes quemados hospitalizados, presentan validez de contenido y confiabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Alfonso LA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de nivel primario [tesis doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/140157>
2. Martín LA, Grau JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/>

- gía de la salud. *Psicología y Salud* [Internet]. 2004 Ene-Jun [citado 17 Dic 2020];14(1):89-99. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>
3. Reyes Flores E, Trejo Álvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev med hondur* [Internet]. 2016 Jul-Dic [citado 17 Dic 2020];84(3/4):125-32. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882122?lang=es>
 4. Alvi Y, Khalique N, Ahmad A, Khan HS, Faizi N. World Health Organization Dimensions of Adherence to Antiretroviral Therapy: A Study at Antiretroviral Therapy Centre, Aligarh. *Indian J Community Med* [Internet]. 2019 Abr-Jun [citado 10 Mar 2021];44(2):118-124. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625256/>.
 5. Anghel LA, Farcas AM, Oprean RN. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Med Pharm Rep* [Internet]. 2019 Abr [citado 10 Mar 2021];92(2): 117-122. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510353/>.
 6. Chipana Castro K, Flores Vásquez LS. Factores asociados a la adherencia terapéutica de hemodiálisis en pacientes adultos que acuden al hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5010/Factores_ChipanaCastro_Karen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 7. Muñoz Lopez DB, Reyes Perez V, Garay Sevilla ME, Preciado Puga MC. Validation of an instrument to measure adherence to type 2 diabetes management. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2021 [citado 10 Mar 2021];43(3):595-603. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33026588/>.
 8. Ortiz Suarez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av enferm* [Internet]. 2010 [citado 17 Dic 2020];XXVIII(2):73-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07.pdf>
 9. Herrera Lían A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *av enferm* [Internet]. 2008 [citado 17 Dic 2020];XXVI(1):36-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a04.pdf>
 10. Steiner D, Norman G, John Cairney. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 5ª ed [Internet]. New York: Oxford University Press; 2014 [citado 17 Dic 2020]. Disponible en: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199685219.001.0001/med-9780199685219>
 11. Franco Fernández MA, Tello Pisco ME, Chávez Reyes JG, Barreto Zambrano IA. La complejidad en la relación médico paciente: Una mirada actual. *RECIMUNDO* [Internet]. 2019 Ene [citado 17 Dic 2020];3(1):90-107. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/359>
 12. Naqvi AA, Hassali MA, Naqvi SBS, Shakeel S, Zia M, Fatima M, et al. Development and validation of the General Rehabilitation Adherence Scale (GRAS) in patients attending physical therapy clinics for <http://revistaamc.sld.cu/>

- musculoskeletal disorders. BMC Musculoskeletal Disorders [Internet]. 2020 [citado 17 Dic 2020]; 21:65. Disponible en: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12891-020-3078-y.pdf>
13. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la Educación [Internet]. 2009 Ene-Jun [citado 17 Dic 2020];19(33):228-47. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
14. Escobar Pérez J, Cuervo Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición [Internet]. 2008 Ene [citado 17 Dic 2020];6:27-36. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion
15. Cruz Ramírez M, Martínez Cepena MC. Origen y desarrollo de un índice de competencia experta: el coeficiente k. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social [Internet]. 2020 [citado 10 Feb 2021];8(16):40-56. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341002000_Origen_y_desarrollo_de_un_indice_de_competencia_experta_el_coeficiente_k
16. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Abalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev cuba salud pública [Internet]. 2008 Ene-Mar [citado 17 Dic 2020];34(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865012>
17. Anastasi A. Los Tests Psicológicos [Internet]. México: Prentice Hall; 1998 [citado 17 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/13psicometricas/mikulic/primer%20cuatri%202020/ANASTASI%20FINAL%20TEST%20PSICOLOGICOS.pdf>
18. Aiken LR. Tests psicológicos de evaluación. [Internet]. México: Prentice-Hall; 1996 [citado 17 Dic 2021]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=2Lvyl8JEDmQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
19. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 5ª ed [Internet]. México, D.F: Mc Graw-Hill; 2010 [citado 17 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
20. García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Suárez Lugo N, López Puig P, Rodríguez Ganem O. Validación de instrumentos para caracterizar el consumo de medicamento. Horizonte Sanitario [Internet]. 2012 Sep-Dic [citado 17 Dic 2020];11(3):7-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845142001.pdf>
21. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
22. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev cuba salud pública <http://revistaamc.sld.cu/>

[Internet]. 2004 Sep-Dic [citado 17 Dic 2020];30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008

23. Killely J, Simons M, Kimble RM, Tyack Z. Effectiveness of interventions for optimising adherence to treatments for the prevention and management of scars: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado 17 Dic 2020];9(3). Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2200126894>

24. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 Jul-Sep [citado 17 Dic 2020];16(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

25. Szabo MM, Urich MA, Duncan CL, Aballay AM. Patient adherence to burn care: A systematic review of the literature. *Burns* [Internet]. 2016 [citado 17 Dic 2020];42:484-91. Disponible en: <https://daneshyari.com/article/preview/3104123.pdf>

26. Quiroz CA. Instrumento para evaluar adherencia de personas adultas a procesos de neurorehabilitación funcional basado en las dimensiones propuestas de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 17 Dic 2020];32(1):52-61. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13378>

27. Chaves Torres NM, Echeverri Sarmiento JE, Ballesteros DA, Quijano Rodríguez J, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Med* [Internet]. 2016 [citado 17 Dic 2020];24(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v24n2/v24n2a03.pdf>

28. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [citado 17 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

29. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vásquez K. Interacción médico paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *liber* [Internet]. 2011 Jul-Dic [citado 17 Dic 2020];17(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011

30. Shilbayeh SAR, Almutairi WA, Alyahya SA, Alshammari NH, Shaheen E, Adam A. Validation of knowledge and adherence assessment tools among patients on warfarin therapy in a Saudi hospital anticoagulant clinic. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2018 Feb [citado 10 Mar 2021];40(1):56-66. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-017-0569-5>

31. Del Corral T, La Touche R, Cebriá I, Iranzo MA, Olmos R, Blanco Royano F, et al. Development and Validation of the AdT-Physio Scale: A Tool to Assess Adherence and Perception of Physical

<http://revistaamc.sld.cu/>

Therapist Intervention in Patients With Cystic Fibrosis. Phys Ther [Internet]. 2020 Oct [citado 10 Mar 2021];100(11):2063-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32754747/>.

AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada Liliana Castro Tejas por la colaboración prestada durante el desarrollo de la investigación y la elaboración del manuscrito.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Malvin Rodríguez-Vargas (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Recurso. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Annalié Rodríguez-Ricardo (Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Recursos. Validación. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Luis Enrique Almaguer-Mederos (Curación de datos. Investigación. Recursos. Validación. Visualización).

Camilo Saenz-Pérez (Curación de datos. Investigación. Recursos. Validación. Visualización).