

# INSTRUMENTO PARA MEDIR VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Silvana D'Anello Koch

Centro de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. [silvana@ula.ve](mailto:silvana@ula.ve)

## Resumen

En el primer estudio se reportan los resultados obtenidos en la adaptación venezolana del Cuestionario sobre los Determinantes de la Adherencia (CDA). En dicho cuestionario se examinan variables cognitivas, motivacionales, sociales y conductuales hipotéticamente relacionadas con la adherencia al tratamiento médico. La versión original consta de 38 ítems con formato likert destinados a evaluar 7 determinantes de la adherencia. Esta versión fue aplicada a una muestra de 238 participantes. El análisis factorial arrojó 9 dimensiones distribuidas en 28 ítems que explican el 66.54% de la varianza: (a) aspectos interpersonales, (b) creencias acerca de la susceptibilidad a la enfermedad, (c) creencias acerca de la severidad de la enfermedad, (d) eficacia percibida, (e) percepción de normas, (f) aceptación de normas, (g) percepción de apoyo disponible, (h) intenciones de adherir e (i) conducta de adherencia. También se reportan índices adecuados de confiabilidad para cada factor (.55 a .86). En el segundo estudio el objetivo fue examinar el efecto de los determinantes hipotetizados en el CDA sobre la adherencia. La muestra estuvo conformada por 400 participantes. Los resultados indicaron que las intenciones a adherir están fuertemente asociadas con la presencia de apoyo, auto-eficacia y motivación hacia la salud. La adherencia aparece altamente relacionada con la motivación hacia la salud, intenciones de adherir, aceptación de normas, valor asignado a la salud, auto-eficacia y aspectos interpersonales.

**Palabras claves:** Adherencia, tratamiento médico, escala, determinantes psicosociales.

## Abstract

### Instrument to measure psychosocial variables associated to compliance with medical treatment

The first study reports the Venezuelan adaptation of the Adherence Determinants Questionnaire (CDA) to assess cognitive, motivational, social and behavioral variables associated with adherence to medical treatment. The 38-items original version represents 7 factors. It was applied to 238 patients. Nine factors emerged from the factorial analysis distributed in 28 items that explains 66.54% of the variance: (a) interpersonal care, (b) beliefs about susceptibility to disease, (c) beliefs about severity of disease, (d) perception of efficacy, (e) perception of social norms, (f) acceptance of norms, (g) perception of support available, (h) intentions to adhere, and (i) behavior. The factors were found to be generally reliable (.55 a .86). The aim of the second study was the examination of the effect of the hypothesized determinants in the CDA on adherence. Participants of the study were 400 patients. Results revealed that intentions to adhere was strongly associated with support, self-efficacy, and health motivation. Adherence was related with health motivation, intentions to adhere, acceptance of norms, health value, self-efficacy, and interpersonal relationships.

**Key words:** Adherence, medical treatment, scale, psychosocial determinants

## INTRODUCCIÓN

El cumplimiento del tratamiento médico se refiere al grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud. El no cumplimiento, por otra parte, se refiere a la ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico. En la literatura especializada, se hace distinción entre los términos *cumplimiento* y *adherencia*. El primero connota un papel pasivo en el fiel seguimiento de las directrices recibidas; el segundo, más ampliamente admitido, implica la activa colaboración voluntaria del sujeto (DiMatteo 1990); sin embargo, pareciera que ambos términos son utilizados indistintamente. El incumplimiento o la

adherencia incorrecta, incluye aspectos como la omisión de tomas, la reducción de la dosis prescrita, el no respetar los intervalos o frecuencias de administración propuestas, o el no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias. Uno de los problemas más graves que actualmente enfrentan los profesionales de la salud es cómo maximizar el cumplimiento de los planes terapéuticos en los pacientes. Algunos investigadores en el área han ofrecido afirmaciones que claramente reflejan la gravedad de la situación, al estilo de Horwitz y Horwitz (1993): “la no-adherencia a los regímenes médicos es un problema *monumental* para el cuidado de la salud” (p. 269). Este problema está presente en

todas las áreas de la práctica clínica. De hecho, han sido ampliamente reportadas las bajas tasas de adherencia a los tratamientos en una variedad de situaciones, condiciones y poblaciones (DiMatteo 2000, Dunbar-Jacob et al. 2001). En un estudio conducido en, aproximadamente 2.000 pacientes con diferentes enfermedades, Kaplan y Simon (1990) encontraron que el 45 % de los pacientes incumplían la toma de la medicación como había sido prescrita. Igualmente, el 49% de los pacientes postinfartados abandonaban, durante el primer año, el cumplimiento de los ejercicios físicos. Este problema se exagera en pacientes de bajos ingresos económicos, en quienes se han reportado tasas de incumplimiento de hasta 65%. Igualmente, en pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos, se ha reportado que un 80% no llevan a cabo, al menos, un elemento del régimen sugerido (Rosenstock 1989). En pacientes asmáticos, medidas objetivas documentaron que sólo cerca del 50% de la medicación inhalada es tomada, y que el apego al tratamiento no mejora a medida que la enfermedad se hace más severa (Milgrom et al. 1996).

A pesar de ser una práctica común, la falta de adherencia se detecta poco por los profesionales de la salud (Steel et al. 1990). La variación sustancial de los estimados del incumplimiento y el fracaso para reconocerlo, son probablemente el resultado de dos limitaciones en los esfuerzos para comprender el fenómeno de la adherencia: medidas imprecisas de adherencia (Jonson et al. 1990) y escasa comprensión y conocimiento de los factores que la afectan. En todo caso, las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos más fuertes.

Desde la perspectiva psicosocial, fundamentalmente tres teorías han sido utilizadas como aproximaciones explicativas del fenómeno:

El modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS) (Becker y Rosenstock 1984) según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia (Janz y Becker, 1984, Lau et al. 1986, DiMatteo et al. 1992).

La teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud.

Presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla. Las intenciones, por su parte, son función de las actitudes y de un componente normativo social. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción y de la evaluación de dichas consecuencias. Las normas se refieren a lo que el individuo piensa que otras personas desearían el hiciera en la situación específica. Finalmente, el peso de las normas depende de la motivación individual para complacer los deseos de los otros. Estudios sobre adherencia, mostraron que la fuerza de las normas subjetivas respecto a la adherencia al tratamiento tienden a influir las intenciones del paciente a adherir (Zola 1973). Igualmente, hallazgos sobre el efecto de las intenciones en la conducta de adherencia han sido ampliamente reportados (Kaplan y Simon 1990).

Teoría de la auto-eficacia (Bandura 1997): de acuerdo con esta teoría, la auto-eficiencia se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. En otras palabras, es la creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones. La importancia de las creencias de auto-eficacia o habilidad para adherirse al tratamiento se ha documentado en varias investigaciones (Eldred et al. 1998, Catz et al. 2000). Además de las variables consideradas por las teorías previamente descritas, otras se han incorporado en estudios recientes, tales como las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente y las características psicosociales del médico (DiMatteo et al. 1993). El apoyo social también se ha considerado una variable que ayuda a convertir las intenciones del paciente en acciones (Winfield et al. 1990). Sin embargo, la mayoría de los estudios enfocaron factores individuales y unos pocos han considerado una combinación limitada de las variables que se relacionan con la conducta de adherencia y las intenciones de adherir de los pacientes (Weerd et al. 1990).

Dada la necesidad de investigación que considere varios de estos factores explicativos simultáneamente, DiMatteo et al. (1993) diseñaron un instrumento multifactorial, el cual ha resultado ser una medida válida en el campo de la adherencia al tratamiento médico. En el presente estudio se reportan las características psicométricas de la versión venezolana de dicho instrumento.

**ESTUDIO 1.** Una medida de correlatos psicosociales de la adherencia al tratamiento médico.

## **Metodología**

### Descripción del Instrumento original

La versión original del Cuestionario de Determinantes de Adherencia (CDA) desarrollada por DiMatteo y sus colegas, consta de 38 ítems fraseados en formato Likert de 5 puntos (1= Completamente en desacuerdo; 5= completamente de acuerdo) que evalúan siete factores: 1. Relaciones interpersonales medico-paciente, 2. Percepción de barreras, beneficios y auto-eficacia, 3. Severidad percibida, 4. Susceptibilidad percibida, 5. Normas, 6. Apoyo social y 7. Intenciones. El desarrollo y prueba piloto del cuestionario se realizó con una muestra de 115 pacientes con cuatro diferentes tipos de cáncer.

### La versión venezolana del CDA.

Siguiendo los pasos recomendados por Lonner y Berry (1986) se realizó la traducción del instrumento original de 38 ítems.

### Sujetos y procedimiento

Los participantes del estudio fueron 238 pacientes, distribuidos de la siguiente manera: 41 diabéticos, 77 con enfermedades cardiovasculares, 48 con afecciones respiratorias crónicas, 34 con cáncer y 38 con enfermedades gastrointestinales. Para la selección de los pacientes se utilizó como criterio el padecer de algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente y tener por lo menos 2 meses en tratamiento.

La aplicación del instrumento se realizó mientras los pacientes esperaban para consulta. El 72% asistían a hospitales públicos y el 38% restantes a clínicas privadas. La duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 10 minutos. En la tabla 1 se reportan datos que describen la muestra.

### Resultados

Los datos fueron sometidos a análisis factorial con rotación ortogonal vía varimax. De los 38 ítems iniciales, 10 fueron descartados debido a que cargaban en varios factores o sus cargas eran bajas. Se utilizó como criterio de retención, ítems que cargaban sobre .40 en un factor y menos de .20 en otro factor. De dicho análisis 9 factores emergieron que explicaron el 66.54% de la varianza, quedando la escala final conformada por 28 ítems. En la tabla 2 se muestran los resultados. Es de hacer notar las semejanzas y diferencias en relación con la escala original. La sub-escala Relaciones interpersonales (factor 1) estaba conformada por 8 ítems y se mantuvieron 6 en la versión venezolana. La sub-escala Normas (factor 2: Aceptación de Normas y factor 3: Normas) originalmente poseía 6 ítems los cuales se distribuyeron en dos factores claramente diferenciados como puede notarse en la tabla 2. La

sub-escala Apoyo/barreras (factor 4) estaba constituida por 4 ítems de los cuales 3 se mantuvieron y un ítem que correspondía a la sub-escala de Beneficios/costo se incorporó (Mi tratamiento es demasiado problemático para poder seguirlo). La sub-escala beneficios/costos, eficacia

Tabla 1. Descripción de la muestra

Tipo	Diabete	Cardio	Cance	Respirat	Gastr	Total
	s		r	.	o	
	M ó %	M ó %	M ó %	M ó %	M ó %	M ó %
Edad	53	54	43	40	43	48
Nivel Educ.	3	3	3	3	3	3
Nivel S.E.	5	4	4	4	5	4
Visitas Medi.	3	3	4	4	3	3
Mujeres	56%	62%	62%	52%	63%	59%
Hombres	44%	38%	38%	48%	37%	41%

Nota. El nivel educativo 3 corresponde a bachillerato completo; El Nivel socioeconómico fue medido mediante una escala de 9 puntos, siendo el 1 muy bajo y el 9 muy alto; el número de visitas médicas se refiere al último año.

(factor 5) tenía 8 ítems y se mantuvieron en el factor sólo los ítems correspondientes a Eficacia. La sub-escala de Intenciones (factor 6) estaba conformada por 4 ítems de los cuales solo 2 cargaron en dicho factor. Las sub-escalas de Severidad (factor 7) y Susceptibilidad (factor 8) originalmente tenían 4 ítems cada una, la versión venezolana quedo constituida por dos ítems cada una. Finalmente, emergió otra sub-escala (factor 9), conformada por un ítem que originalmente pertenecía a Beneficios/costos (Cumplir con mi tratamiento es mejor que no cumplirlo) y otro a Intenciones (Yo intento seguir mi plan de tratamiento); a esta sub-escala se le denominó Conducta. Seguidamente se determinaron las intercorrelaciones entre las sub-escalas (factores). Los datos son presentados en la Tabla 3 (ver anexo 1). Como claramente se observa, algunas de las sub-escalas están asociadas. Por ejemplo, Intenciones de adherir esta relacionada con todas las sub-escalas con la excepción de Aceptación de normas, la cual sólo está relacionada con la sub-escala de Normas. Eficacia, al igual que Intenciones, presenta asociaciones significativas con todas las variables a excepción de Aceptación de Normas. La sub-escala de Conducta sólo presenta asociaciones significativas con Normas y Eficacia. Relaciones Interpersonales con todas las variables a excepción de Aceptación de Normas y Conducta. Es de hacer notar, sin embargo, que las correlaciones entre las diferentes sub-escalas no llegan a ser altas, tal como se esperaría, son moderadas.

Los indicadores de Confiabilidad aparecen reportados en la Tabla 4. Como se nota, los indicadores de consistencia interna (alfa de Cronbach) y de homogeneidad de los ítems son adecuados. La sub-

escala Conducta presenta los más bajos indicadores y la sub-escala de Normas los más altos.

Tabla 2. Cargas factoriales para los ítems resultantes del CDA

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Los doctores y otros profesionales de la salud escuchan lo que les digo	.736								
Los doctores y otros profesionales de la salud responden a todas mis preguntas	.703								
Los doctores y otros profesionales de la salud me tratan cortés y amigablemente	.688								
Yo confío que los doctores y otros profesionales de la salud se interesan en mi salud	.611								
Los doctores y otros profesionales de la salud a veces ignoran lo que les digo	.595								
Algunas veces los doctores utilizan términos médicos sin explicar su significado	.482								
Yo quiero hacer lo que mis parientes piensan debo hacer con mi tratamiento	.890								
Yo quiero hacer lo que mis amigos mas cercanos piensan debo hacer con mi tratamiento	.846								
Yo quiero hacer lo que mi familia inmediata piensa que debo hacer con mi tratamiento	.834								
Mis amigos mas cercanos piensan que debo seguir el tratamiento			.869						
Mis parientes piensan que debo seguir el tratamiento			.842						
Los miembros de mi familia inmediata piensan que debo seguir el tratamiento			.817						
Demasiadas cosas se interponen para yo seguir mi tratamiento				.820					
Necesito mas ayuda para seguir mi plan de tratamiento				.798					
Mi tratamiento es demasiado problemático para poder seguirlo				.791					
Soy capaz de manejar cualquier problema para seguir mi tratamiento				.425					
Seguir el tratamiento me ayuda a estar más saludable					.783				
Yo estaré igualmente saludable sin seguir el plan de tratamiento					.753				
Yo creo que si cumplo mi tratamiento evitare enfermarme de nuevo					.748				
Es difícil creer que el tratamiento me ayudara					.619				
Cumplir con el tratamiento no esta entre mis planes						.834			
No tengo muchas intenciones de seguir con mi tratamiento						.704			
Yo espero liberarme de esta enfermedad pronto							.834		
Mi cuerpo estará sano muy pronto							.822		
Existen enfermedades mucho mas severas que la que yo padezco								.750	
La enfermedad que yo padezco no es tan severa como otros dicen								.750	
Cumplir con mi tratamiento es mejor que no cumplirlo									.784
Yo intento seguir mi plan de tratamiento									.756

Tabla 4. Confiabilidad de cada sub-escala del CDA

	Alfa	Spearman-Brown
Interpersonal	.71	.69
Acept. Normas	.86	.84
Normas	.87	.87
Apoyo/barreras	.77	.76
Eficacia	.74	.73
Intenciones	.70	.69
Susceptibilidad	.66	.66
Severidad	.65	.63
Conducta	.55	.55

**Conclusiones.**

El estudio de la adaptación del Cuestionario para medir los Determinantes psicosociales de la Adherencia al tratamiento medico (CDA), utilizando pacientes venezolanos con diferentes tipos de enfermedad, constituye el primer paso en la profundización y análisis, desde una perspectiva psicosocial del problema de la falta de adherencia. Los resultados del análisis factorial, aunque presentan ciertas diferencias respecto a los obtenidos por los

autores Americanos (DiMatteo et al. 1993), son teóricamente consistentes y representan dimensiones que requieren de su validación con medidas subjetivas y objetivas de adherencia.

**ESTUDIO 2. Predictores psicosociales del cumplimiento del tratamiento médico.**

**Metodología**

A fin de validar el instrumento y profundizar en el estudio del poder predictivo de las variables que lo conforman sobre la adherencia, se condujo un segundo estudio.

**Sujetos y procedimiento**

Los participantes fueron 400 pacientes de los cuales 75 padecían de diabetes, 120 de enfermedades cardiovasculares, 60 de algún tipo de cáncer, 82 de enfermedades respiratorias crónicas y 63 de enfermedades gastrointestinales. La aplicación de los instrumentos fue realizada por estudiantes del tercer año de medicina mientras los pacientes esperaban para ser atendidos en consulta. El 78% asistían a hospitales públicos y el 22% a clínicas privadas. El criterio para pertenecer a la muestra fue tener un mínimo de dos meses en tratamiento médico. En la Tabla 5 se reportan datos descriptivos de la muestra.

Tabla 5. Descripción de la muestra

Tipo	Diabetes	Cardio	Cancer	Respira	Gastro	Total
	M ó %	M ó %	M ó %	M ó %	M ó %	M ó %
Edad	50	54	48	38	44	47
Nivel Educ.	3	3	3	3	3	3
Nivel S.E. Visitas Medi.	4	4	5	4	5	4
Mujeres	3	4	4	4	3	4
Hombres	50%	58%	65%	54%	58%	57%
	50%	42%	35%	46%	42%	43%

Nota. El nivel educativo 3 corresponde a bachillerato completo;

El Nivel socioeconómico fue medido mediante una escala de 9 puntos, siendo el 1 muy bajo y el 9 muy alto; el número de visitas medicas se refiere al último año.

### Instrumentos

CDA. Destinado a medir determinantes psicosociales de la adherencia al tratamiento médico. La versión venezolana (descrita previamente) consta de 28 ítems que conforman 9 sub-escalas: Interpersonal, Normas, Aceptación de Normas, Apoyo/barreras, eficacia, Intenciones, Susceptibilidad, Severidad y Conducta. Los ítems están fraseados en formato tipo Likert de 6 puntos (1 completo desacuerdo; 6 completo acuerdo). Los indicadores de confiabilidad para las sub-escalas oscilan entre .55 y .87.

VaSal. Esta escala mide el Valor asignado a la Salud (D'Anello 2000). Consta de cuatro ítems fraseados en formato tipo Likert de 6 puntos (1 completo desacuerdo; 6 completo acuerdo). La confiabilidad de la escala determinada mediante el método de alfa Cronbach es de .75. Como indicador de validez convergente, presenta una asociación positiva y significativa con Motivación hacia la salud (.55) y con control interno sobre la salud (.32).

PSA. Esta escala fue diseñada por DiMatteo et al. (1992) como una medida genérica de adherencia para evaluar la percepción subjetiva del paciente sobre el cumplimiento de las recomendaciones médicas, permitiendo la comparación de pacientes con diferentes regímenes de tratamiento. La versión venezolana (D'Anello 2000) consta de 5 ítems (igual a la americana) fraseados en formato tipo Likert de 6 puntos (1 completo desacuerdo; 6 completo acuerdo). A la variable medida se le denominó Percepción Subjetiva de Adherencia (PSA). La confiabilidad es de .78. Para la muestra del presente estudio la confiabilidad es de .75 (alfa de Cronbach) y .76 (Spearman Brown) Como prueba de validez

convergente, presenta una asociación positiva y significativa con motivación hacia la salud (.54).

MotiSal. Esta escala fue diseñada por D'Anello (2001) para medir la Motivación hacia la salud. Consta de 20 ítems fraseados en formato tipo Likert de 6 puntos (1 completo desacuerdo; 6 completo acuerdo), organizados en 6 factores: Preocupación por la salud, Instrumentación, Evitación del estrés, Persistencia, Orientación preventiva y Búsqueda de información. La confiabilidad de la escala total es de .79. La validez convergente se evidencia por la asociación positiva y significativa con Valor asignado a la Salud (.55) y con control interno sobre la salud (.40). Como prueba de validez discriminante presenta una asociación negativa y significativa con ansiedad (-.37) y con control externo sobre la salud (-.30).

### Resultados

En la tabla 6 se reportan las Medias y Desviaciones Estándar para cada una de las variables en estudio. A fin de facilitar la lectura, todos los puntajes absolutos fueron transformados a puntajes escalares (1 a 6). Como puede observarse, en los datos se evidencia una tendencia positiva en todas las variables. Con la excepción de Severidad todas las medias se ubican por encima del punto medio de la escala.

En la tabla 7 (ver anexo 2) se reportan las correlaciones entre las variables en estudio. Como se puede notar, la variable Percepción Subjetiva de Adherencia (PSA) correlaciona positiva y significativamente con todas las variables que conforman los determinantes con la excepción de severidad y conducta. También se observa que las intercorrelaciones entre las dimensiones del CDA son bastante similares a las obtenidas en el estudio previo. Se examinó el poder predictivo de las variables psicosociales mediante el análisis de regresión múltiple. Primero se utilizó Intenciones como la variable a predecir y como predictores se usaron las variables que correlacionaron significativamente: todas menos conducta. En la primera regresión, los resultados indicaron que Apoyo, Eficacia y Motisal fueron las variables que predicen significativamente las Intenciones a adherir. Los datos se presentan en la tabla 8. Como se puede observar las tres variables en conjunto explican un total de varianza en las Intenciones de 21.8%, la cual es significativa. Apoyo explica un 12.7% de la variación observada en las Intenciones, por su parte, el incremento de Eficacia alcanzó un valor de 6% y el de Motisal de 3%, siendo todas significativas ( $p < .00$ ). Los valores Beta estandarizados para cada variable fueron: Apoyo = .242, Eficacia = .226 y Motisal = .191 ( $p < .01$ ).

Tabla 6. Estadísticas descriptivas para las variables en estudio por tipo de enfermedad

Variable	Diabetes (N=75)		Cardiovas (N=120)		Respirator (N=82)		Cancer (N=60)		Gastroin (N=63)	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
PSA	4.51	.92	4.98	.88	4.46	.88	5.05	.76	4.77	1.03
VASAL	5.35	.65	5.52	.68	5.31	.80	5.70	.42	5.23	1.
MOTISAL	4.11	.77	4.55	.80	4.20	.81	4.50	.85	4.23	.82
CDA										
Interper.	4.40	1.01	4.80	.86	4.34	.85	4.75	.68	4.52	.88
Aceptación Normas	4.76	1.24	4.95	1.26	4.70	1.44	4.91	1.56	4.41	1.18
Normas	5.56	.65	5.69	.80	5.42	1.05	5.69	.98	5.51	.86
Apoyo	3.87	.76	4.38	.82	4.08	.73	4.56	.80	4.25	.83
Eficacia	5.18	1.04	5.50	.73	5.19	1.12	5.32	.84	5.27	1.02
Intenciones	4.95	1.34	5.40	1.17	5.07	1.29	5.43	1.16	5.14	1.35
Suscepti.	4.05	1.45	4.55	1.45	4.79	1.23	5.06	1.12	5.08	1.28
Severidad	2.59	1.07	2.20	1.16	2.39	1.25	2.45	1.12	2.18	1.18
Conducta	4.87	1.18	4.83	1.44	5.11	1.21	4.98	1.43	4.77	1.41

Nota: CDA= Cuestionario de Determinantes de Adherencia. PSA= Percepción Subjetiva de Adherencia. VASAL= Valor asignado a la Salud. MOTISAL= Motivación hacia la Salud. Las siguientes Medias fueron significativamente diferentes al nivel de <.05. Apoyo: Las medias de cardiovascular y cáncer fueron mayores que la de diabéticos. Susceptibilidad: La media de gastrointestinales fue mayor a la de respiratorias. PSA: La media de cardiovasculares fue mayor a la de diabéticos.

Tabla 8. Intenciones de Adherir como una función lineal de Apoyo, Eficacia y Motisal.

Variable	Incremento		F	p
	R2	en R2		
Apoyo/barreras	.127		32.7	.000
Eficacia	.187	.060	16.5	.000
Motisal	.218	.031	8.90	.003

Tabla 9. Adherir como una función lineal de Motisal, Relaciones Interpersonales, Aceptación de Normas, Intenciones de adherir, Valor a la salud y Eficacia

Variable	Incremento		F	p
	R2	en R2		
Motisal	.490		212.0	.000
Rel. Interpersonal	.553	.063	31.06	.000
Acep. Normas	.578	.025	13.20	.000
Intenciones	.602	.024	13.08	.000
Valor salud	.618	.016	8.96	.003
Eficacia	.626	.008	4.67	.032

En el segundo análisis de regresión se utilizó la variable PSA (Percepción Subjetiva de Adherencia) como la variable a predecir. Los resultados mostraron que de las 11 variables independientes incluidas en el modelo, 6 de ellas explicaron 62.6% de la varianza en PSA. En la Tabla 9 se reportan los datos.

Se puede evidenciar que la Motivación hacia la Salud es el predictor que explica mayor porción de varianza en la adherencia (49%), de las otras 5 variables, aunque su aporte es significativo, individualmente explican menos del 10% de la varianza. Los valores de Beta estandarizados fueron: Motisal =.487, Relaciones Interpersonales = .203, Aceptación de Normas = .137, Intenciones = .131, Valor a la salud = .146, Auto-eficacia =.10.

### Conclusiones

El objetivo del estudio fue validar el instrumento CDA destinado a evaluar los factores psicosociales que pueden afectar la adherencia o cumplimiento del tratamiento médico. En dicho estudio participaron pacientes con 5 tipos diferentes de padecimientos lo cual garantiza cierta generalización de los resultados. La importancia del presente análisis es que se utilizaron variables propuestas por diferentes modelos teóricos que habían sido estudiadas separadamente y se pudo determinar la importancia relativa de ellas en la predicción del cumplimiento del tratamiento.

Partiendo de la teoría de la Acción Razonada, se asume que las intenciones a ejecutar ciertas conductas es el mejor predictor de que en el futuro dichas conductas serán efectivas. Así mismo se sugiere que las intenciones están afectadas por las actitudes y las normas sociales. En el presente estudio se encontró que los predictores significativos de las intenciones fueron el apoyo social, el sentido de auto-eficacia y la motivación hacia la salud. En otras palabras, para estos pacientes, el contar con apoyo de personas significativas en el cumplimiento del tratamiento y la ausencia de barreras, el sentirse con recursos personales para llevar adelante el tratamiento con éxito y el poseer una alta motivación por ser una persona saludable, son elementos esenciales en la determinación de las intenciones de implementar las conductas asociadas al tratamiento. En el estudio de DiMatteo Hays et al. (1993) el único predictor significativo de Intenciones fue el componente de Apoyo/barreras.

En cuanto a los resultados obtenidos respecto a las variables predictoras de la Adherencia, se encontró que la motivación hacia la salud constituye la variable de mayor importancia, explicando el 49% de la varianza. Las otras variables que tuvieron un aporte significativo en el modelo de regresión fueron las relaciones interpersonales paciente-médico, aceptación de normas, intenciones, el valor asignado a la salud y auto-eficacia. Aunque en el estudio de DiMatteo y sus colegas no se incluyó la variable motivación hacia la salud, estos resultados son similares a los reportados en su estudio. Por ejemplo,

las relaciones interpersonales fueron un mejor predictor que las intenciones. Sin embargo, la aceptación de normas, el valor asignado a la salud y la auto-eficacia no constituyen aspectos de importancia en su estudio.

Estos hallazgos, aunque preliminares, ofrecen un aporte en la comprensión de la falta de cumplimiento del tratamiento médico. Los elementos de carácter práctico juegan un papel fundamental en el momento de “Intentar” adherirse al tratamiento. Aspectos como el apoyo de familiares y amigos así como la carencia de barreras (ej. Costo de los medicamentos, horarios) que obstaculicen dicho cumplimiento son de atención inmediata en estos pacientes. Así mismo, estimular la motivación por mantenerse saludable mediante la implementación de planes que garanticen un adecuado estilo vida es el factor crucial en el cumplimiento del tratamiento.

La investigación futura sobre la identificación de los factores que afectan la adherencia de los pacientes debe centrarse en el uso de medidas más objetivas de adherencia así como en la implementación de programas de intervención que garanticen un mayor cumplimiento de las recomendaciones médicas.

#### REFERENCIAS

Bandura A. 1997. Self-efficacy: The exercise of control. Freedman. New York  
 Becke MH, Rosenstok IM. 1984. Compliance with medical advice. En: Steptoe A, Mathews A. (Eds.). Health care and human behavior. Academic Press. London  
 D’Anello S. 2001. Motivación hacia la salud: Conceptualización y medición. MedUla, 7: 54-59. Mérida.  
 DiMatteo M. 1990. The psychology of health, illness, and medical care: An Individual perspective. California Books/ Cole Publishing Company.

DiMatteo M. 2000. Practitioner-family-patient communication in pediatric adherence: Implications for research and clinical practice. En Drota D. (Ed.). Promoting adherence to medical treatment in childhood  
 DiMatteo MR, Hays RD, Gritz ER et al. 1993. Patient adherence to cancer control regimens scale development and initial validation. Psychological Assessment. 5: 102-112.  
 DiMatteo MR, Hays RD, Sherbourne CD. 1992. Adherence to cancer regimens: Implications for chronic illness: Concepts, methods, and interventions (pp. 237-258). Erlbaum. New York.  
 DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD et al. 1993. Physicians’ characteristics influence patient’ adherence to medical treatment: Results from the medical outcome study. Health Psychology. 12: 93-102.  
 Dumbar-Jacob J, Schlenk E. 2001. Patient adherence to treatment regimen. En: Baum A, Revenson T, Singler J. (Eds.). Handbook of Health Psychology (pp. 571-580). Erlbaum. New York.  
 Eldred LJ, Wu AW, Chaisson RE et al. 1998. Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology. 18: 117-125.  
 Horwitz R, Horwitz S. 1993. Adherence to treatment and health outcomes. Archives of Internal Medicine. 153: 1863-1868.  
 Kaplan R, Simon H. 1990. Compliance in medical care: Reconsideration of self-prediction. Annals of Behavioral Medicine. 12: 66-71.  
 Lonner WJ, Berry JW. 1986. Field methods in cross-cultural research (Vol. 8). Beverly Hills. Sage. California. USA.  
 Milgrom H, Bender B, Ackerson L et al. 1996. Noncompliance and treatment failure in children with asthma. Allergy Clin. Immunol. 98:1051-1057.  
 Winfield AJ, Jessiman D, Williams A et al. 1990. A study of the causes of non-compliance by patients prescribed eyedrops. British Journal of Ophthalmology. 74: 477-480.

Recibido: 5 dic 2005. Aceptado: 20 ene 2006.

Anexo 1. Tabla 3. Correlación entre los factores.

	Interpersonal	Acept. Normas	Normas	Apoyo /barreras	Eficacia	Intenciones	Susceptibi.	Severidad	Conducta
Interpersonal		-.003	.218*	.316**	.349**	.160*	.192*	-.139*	.065
Acept. Normas			.395**	.113	.024	.038	.014	.019	.085
Normas				.140*	.253**	.175*	.087	-.040	.220*
Apoyo/barreras					.199*	.339**	.215*	-.120	.103
Eficacia						.287*	.135*	-.182*	.136*
Intenciones							.074	-.107	.122
Susceptibilidad								-.189**	-.019
Severidad									-.037
Conducta									

\* p .05 \*\* p .01

