

Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

Design of an instrument to evaluate the factors influencing the treatment adherence in people with cardiovascular disease risks

CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ*

Resumen

El propósito de este estudio fue diseñar y probar la validez de contenido y la validez aparente de un instrumento creado para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presenten factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Siguiendo los pasos recomendados por Woods y Habers para una investigación de tipo metodológico complementado por el método de Waltz y Strickland, para operacionalizar conceptos, se creó este instrumento y se sometió al concepto de nueve enfermeras expertas, seleccionadas por su experiencia en el área de cuidado a este tipo de pacientes, por su nivel académico y su interés en la investigación.

Se utilizó el método de Fehring para establecer validez de contenido que se ha utilizado en enfermería por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y por el

proyecto de la Universidad de Iowa para validar resultados (clasificación de resultados de enfermería NOC) e intervenciones en la taxonomía (clasificación de las intervenciones de enfermería NIC).

La validez de contenido se estableció desde tres perspectivas: validez de contenido, validez según ítems y dimensiones y validez de contenido general.

Los resultados de validez según los expertos y los de validez general mostraron un índice de validez de contenido de 0.91.

La validez según los expertos indicó que los ítems y el total del contenido del instrumento son representativos del concepto que se desea medir y que son claros.

Palabras clave: validación de instrumentos, enfermedad cardiovascular, farmacología.

Abstract

The purpose of this study was to design and verify the validity of content and the apparent validity of a tool created to assess the factors with an influence on the adherence to pharmacologic and non pharmacologic treatments in people with a risk for cardiovascular diseases. Following the steps recommended by Woods and Habers for a methodological type research and complemented by the Waltz and Strickland method to make concepts operational, this tool was created and submitted for concept to 9 proficient nurses chosen for their

* Enfermera Universidad Javeriana. Magíster en Enfermería con énfasis en salud Cardiovascular Universidad Nacional de Colombia. Enfermera Coordinadora Servicio de Recuperación Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué (Tolima). Coordinadora asignatura Enfermería del Adulto, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima. Docente Programa Medicina Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Tolima. E-mail: claudia181065@hotmail.com

Recibido: 26-02-07

Aprobado: 15-06-07

experience in this patient care area, for their academic level and their interest for research.

The Fehring method was used to establish validity for the content which has been used in nursing by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) and by the University of Iowa's Project to validate results (Nursing Outcomes Classification, NOC) and taxonomy interventions (Nurse Interventions Classification, NIC).

The content validity was established from three perspectives; content validity, validity according to items and importance and general validity content.

The validity results according to the experts and those of general validity showed a content validity index of 0.91.

Validity according to experts showed that the items and total content of the tool are representative of the concept to be measured and that they are clear.

Key words: tool validation, cardiovascular disease, pharmacology.

INTRODUCCIÓN

En el área de cuidado al paciente con enfermedad cardiovascular se han hecho diversos aportes tendientes a describir las conductas de personas en riesgo y personas que padecen alguna de las llamadas enfermedades cardiovasculares. Se han explorado diferencias entre grupos según género, según grado de enfermedad; así mismo, se han examinado algunos factores que condicionan las acciones de autocuidado y la disposición de las personas estudiadas para el mismo.

Se admite el poco éxito que medicina y enfermería logran desarrollando los protocolos de tratamiento y manejo de este grupo de pacientes. Por este motivo, la investigación de tipo metodológico que se presenta a continuación obedece a la necesidad de avanzar en el entendimiento de las razones por las cuales los tratamientos y el manejo establecidos no producen los resultados esperados.

La adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud

de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Aunado a esto, la inquietud por la tendencia casi mundial de aumento en la morbimortalidad por esta causa (aproximadamente el 50% de todos los pacientes abandonan sus tratamientos), lleva a reconocer que el problema de la no adherencia requiere un manejo diferente en todos los escenarios de la salud.

La exploración de la adherencia en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y de los factores que inciden en ese comportamiento permitirá contar con conocimientos firmes sobre los aspectos a tener en cuenta para elaborar un instrumento que nos indique cuáles son los factores que influyen en que el paciente siga o no el tratamiento dado por el personal de salud, y por lo tanto, su adherencia será o no la esperada.

Área problemática y surgimiento del problema

La enfermedad cardiovascular es una de las primeras causas de morbimortalidad en el departamento del Tolima. Según el diagnóstico de salud pública del Tolima 2004-2005, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón y el segundo la diabetes mellitas. Los datos anteriores y el hecho de que en el mundo las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en cuanto a morbimortalidad de la población motivaron a la investigadora a realizar una revisión más exhaustiva de los factores que influyen en la adherencia de los pacientes a los tratamientos de esta patología, y por ende, al aumento de la morbimortalidad, tanto en pacientes con factores de riesgo como en aquellos que ya poseen una patología instaurada.

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares, con algunas otras enfermedades no transmisibles, representaron el 54% de la carga mundial de mortalidad en 2001 y aumentará al 65% en 2020.



Es importante ver que los pacientes que padecen hipertensión arterial, dislipidemia, hipercolesterolemia y otras que constituyen factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, aunque reciben tratamiento, estos no siempre son exitosos. El pronóstico para los pacientes que por un motivo u otro no toman sus medicamentos o no siguen las recomendaciones no es el mejor.

En un comunicado de prensa de la OMS (Sabate, 2003) (1) se indica que, por ejemplo en el caso de la hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumplen con su régimen terapéutico es sólo el 27% en Gambia, 43% en China y 51% en Estados Unidos; en los países desarrollados la observancia del tratamiento o adherencia es sólo el 50%.

Considera la OMS (2) que el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y las recomendaciones es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes; por tanto, se presentan complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, se reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la aparición de resistencia a los fármacos y hay inadecuada utilización de los recursos asistenciales.

Si el paciente no sigue el tratamiento prescrito, la responsabilidad recae directamente sobre él, a pesar de que existe evidencia de que los profesionales de la salud, los sistemas de salud, las condiciones económicas del paciente y del entorno pueden tener una gran influencia en el nivel de adherencia del paciente a sus tratamientos.

Poco se han estudiado estos factores que influyen en la adherencia. Teniendo en cuenta que los aspectos mencionados sólo son algunos de los que influyen o afectan la adherencia a los tratamientos de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y la no existencia de un instrumento para medirlos, es necesaria la consideración del diseño de un instrumento que reúna cualidades de validez y confiabilidad que nos provea de una visión integral de los factores que influyen en la adherencia, y dé una posible identificación de aquello con una mayor influencia positiva o negativa.

En este estudio se diseñó un instrumento con estos fines y se establece la validez de contenido y validez facial del mismo.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país los factores condicionantes de la adherencia han sido poco estudiados. No se cuenta con instrumentos que operacionalicen de modo comprensivo tales factores para que se puedan reconocer, y con base en ellos se diseñen programas o estrategias de promoción y prevención con más dinamismo y con elementos de la experiencia de los pacientes; con escenarios más propios para la comprensión o adaptación del individuo; programas que no sean monótonos, sino que atraigan su atención y logren en el paciente un cambio de actitud y toma de conciencia de su patología; programas en los que se establezca una verdadera relación de participación mutua entre el proveedor del servicio y el paciente, que enfoquen al individuo de manera integral y no sólo con medidas parciales. Por esta razón, este estudio propone diseñar un instrumento adecuado al ambiente de nuestro país.

Se busca proveer a los profesionales de enfermería de un instrumento que les permita evaluar los factores que determinan la adherencia desde la percepción, las experiencias y los valores de los individuos, e ir más adelante de otros programas que no los han considerado y que han tenido resultados limitados en calidad durante la permanencia de los pacientes en dichos tratamientos y prácticas.

La falta de adherencia es un factor de riesgo para el tratamiento efectivo de la enfermedad cardiovascular. Esta consideración puede ser útil para los programadores de servicios especiales de este grupo de pacientes.

Problema de investigación

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 para enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente.

Definición de términos

Validez de contenido

Se refiere al grado en que un instrumento refleja el dominio específico de lo que se mide (Hernández, 1998) (3). En el presente estudio, el dominio estará determinado a

través del conjunto de dimensiones y situaciones resultantes que interactúan en un individuo al generar comportamientos de adherencia. Este dominio tendrá carácter holístico y, por lo mismo, está formado por contenidos muy diversos que se interrelacionan de modo que reflejen el constructo de los factores que influyen en la adherencia a tratamientos.

Validez aparente o facial

Se reconoce como el grado en que una situación de medida parece ser válida desde el punto de vista del observador y parece medir lo que pretende medir (Pólit, 2000) (4).

Factores que influyen en la adherencia

Conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyentes en cierto grado, respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por profesionales de la salud.

Adherencia al tratamiento farmacológico

Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud, sea médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros.

Adherencia al tratamiento no farmacológico

Grado al cual el comportamiento de un paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de la salud, sea médico o personal de enfermería. Estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso, aumento y regulación del ejercicio físico, supresión o disminución en el hábito de fumar o consumo de alcohol.

Paciente con factor de riesgo de enfermedad cardiovascular

Se identifica a las personas con factores de riesgo cardiovascular aquellos que presentan condiciones de: hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, dislipidemia, alcohol y tabaquismo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar 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.

Objetivos específicos

- Proponer un instrumento para valorar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Determinar la validez de contenido de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Determinar la validez aparente de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Marco del diseño

Esta investigación de tipo metodológico se desarrolló siguiendo los pasos de Wood y Habers (5); complementándose con el método para la operacionalización de conceptos de Waltz y Strickland (6); como aparecen en el siguiente cuadro.

El desarrollo de estos pasos se realizó en dos fases:

Fase I

Definición teórica del constructo

Se inició una exploración con enfermeras y grupo de pacientes de quienes se tomaron datos a manera de un

Wood y Habers	Waltz y Strickland
1. Definición del constructo que se va a medir	1. Desarrollo de la definición teórica
2. Formular los ítems del instrumento	2. Especificar variables
3. Desarrollar instrucciones para el usuario y expertos	3. Identificar los indicadores
4. Probar la validez y confiabilidad del Instrumento.	4. Desarrollar las medidas de los indicadores

estudio cualitativo con entrevistas no estructuradas para encontrar posiciones y opiniones sobre lo que afecta su adherencia a los tratamientos. Las preguntas que se formularon a los pacientes fueron:

- ¿Qué hace que usted como paciente tome los medicamentos y siga las recomendaciones dadas por el médico?
- ¿Qué impide que usted no tome los medicamentos y no siga recomendaciones de dieta y ejercicio?

Y las preguntas a las enfermeras fueron:

- ¿Qué aspectos cree usted que influyen en que los pacientes cumplan con sus tratamientos y sigan recomendaciones?
- ¿Qué aspectos cree usted que influyen en que los pacientes no sigan las recomendaciones y no tomen sus medicamentos?

Las opiniones de ambos grupos se grabaron y transcribieron textualmente y luego se analizaron los datos para cada grupo encontrándose los aspectos comunes de los cuales se tomaron los más destacados. Esta información junto con los datos tomados de la literatura se organizó dentro de la matriz de análisis. En el proceso de clarificar la definición del concepto y la construcción del mismo, fue importante una revisión en la literatura del campo de la salud especialmente relacionada con la adherencia a tratamientos farmacológicos, a recomendaciones sobre conductas de salud tanto de prevención primaria como secundaria; literatura proveniente principalmente de la medicina, de la psicología y de enfermería.

Junto con el tema de la adherencia, fueron apareciendo asuntos que sugerían abierta o tácitamente la presencia o la necesidad de que se dieran ciertos hechos para favorecer la adherencia o comentarios sobre barreras al cumplimiento de una prescripción médica, a un programa de rehabilitación o a recomendaciones para hacer cambios en el estilo de vida.

Todo este material fue conformando una amplia gama de información que el investigador intencionalmente exploró como factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. De la anterior exploración de experiencia de los pacientes, enfermeras y de la revisión de la literatura, surgieron necesariamente dos conceptos: adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Para complementar el concepto central de esta investigación de tipo metodológico, se enuncia la definición de adherencia, así:

La adherencia o cumplimiento se puede definir como el “grado en el cual los pacientes siguen las instrucciones que se les da para realizar un tratamiento”. Trátase de tomar un medicamento, seguir una dieta, hacer cambios en un estilo de vida o seguir recomendaciones (Haynes, 1979) (7).

Definición de factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Se definen como el conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular percibe como influyentes respecto al cumplimiento de los tratamientos y sugerencias dadas por el profesional de la salud.

Las diferentes referencias a este tema comprenden desde los factores básicos condicionantes del autocuidado de Dorotea Orem, las barreras percibidas por Palank (8); variables que influyen desde la perspectiva de la percepción de Kontz (9) los factores que influyen en la adherencia de Sabate (10) producto del trabajo de un equipo de la OMS que los categoriza en Factores influyentes; y condiciones que influyen en la adherencia según Brannon (11).

Del análisis de la comprensión que tienen diferentes autores acerca de los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, puede concluirse que: “los factores que influyen en la adherencia son un conjunto de condiciones internas y externas del individuo, correspondientes a su entorno, que interactúan en forma dinámica y multidimensional para producir conductas favorables o desfavorables a la adherencia”.

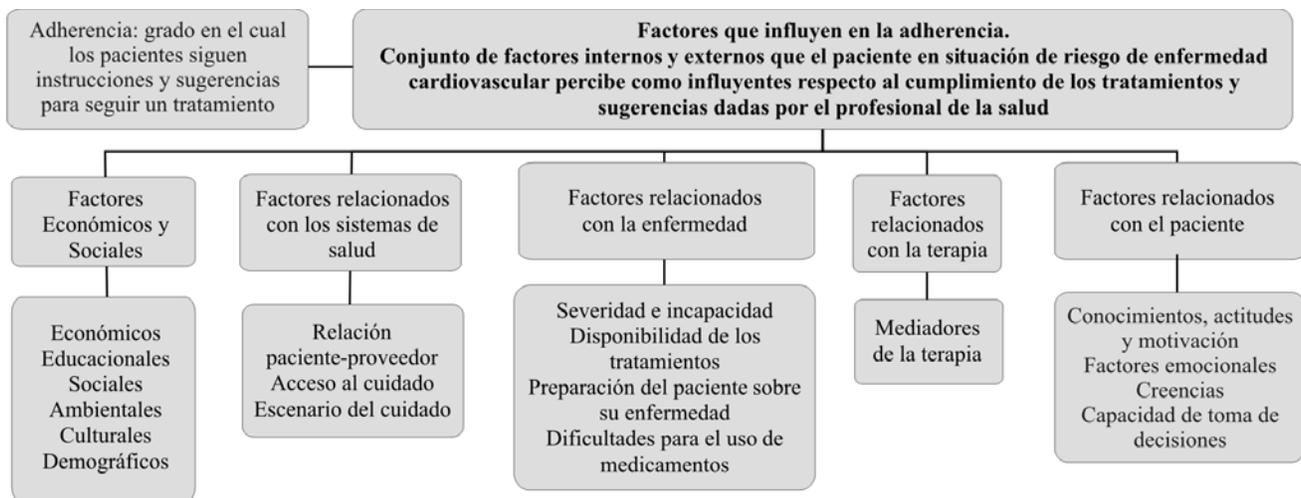
Formulación de los ítems

Para organizar la información se adoptó el marco de referencia propuesto por la OMS que corresponde a las cinco dimensiones como son: la dimensión I, Factores socio-económicos; la dimensión II, Factores relacionados

con el proveedor: sistema y equipo de salud; la dimensión III, Factores relacionados con las condiciones de salud del paciente; la dimensión IV, Factores relacionados con la terapia y la dimensión V, Factores relacionados con el paciente.

Las subdimensiones surgieron del contenido de la literatura que se estaba agrupando bajo cada una de las dimensiones. Estas subdimensiones no obedecen a una clasificación específica o preestablecida, sino que se fueron creando arbitrariamente para facilitar el análisis de la información procedente de la literatura y de la exploración con pacientes y enfermeras.

Este material así organizado constituyó el constructo denominado “Factores que influyen en la adherencia” que se presenta gráficamente así:



Lo anterior constituye la matriz de análisis a partir de la cual se construyeron los indicadores que se formularon en un lenguaje interpretable como situación, condición o evento identificable en las experiencias del sujeto que recibe un tratamiento o una recomendación de profesionales de la salud.

En este proceso se suprimieron ideas repetidas y se seleccionó un lenguaje que fuera comprensible para personas con un nivel educativo mínimo de primaria; se ajustaron asuntos pertinentes al sistema de salud actual del país y se buscó al máximo contextualizar al ambiente de prestación de servicios de salud, todas las expresiones y los giros idiomáticos utilizados

al formular cada uno de los indicadores. Se revisó con base en la literatura su correspondencia dentro de cada dimensión.

La mayoría de los indicadores de las dimensiones surgieron de la revisión de la literatura donde los autores los habían asignado. Otros indicadores surgieron de factores influyentes señalados por pacientes y enfermeras consultados al inicio del proceso.

Escala

De acuerdo con lo sugerido por Waltz y Strickland, para completar la construcción del instrumento, se

adicionó al conjunto de dimensiones y sus indicadores una escala sumativa de tipo Lickert que consta de tres puntos, en la cual nunca = 0; A veces = 1; y Siempre = 2.

El instrumento en su versión inicial se construyó teniendo en cuenta las cinco dimensiones, con 79 ítems distribuidos en las dimensiones de acuerdo con su significado. Este instrumento fue objeto de evaluación por parte de los expertos para su validez de contenido y validez aparente.

Desarrollo de instrucciones para los usuarios

Una vez contruidos los ítems y la escala, se elaboró el texto de las instrucciones con el cual se hace el encabezado del instrumento, teniendo en cuenta criterios de claridad y precisión sobre lo que el usuario del instrumento debe hacer.

Fase II

Esta segunda fase comprende la prueba de validez facial y prueba de validez de contenido que se desarrollaron ajustándose a lo sugerido por Johnson (1979) y Fehring (1986), que es una propuesta refinada del método propuesto por Gordon y Sweeney (1979) para validar el contenido de las características definitorias de diagnósticos de enfermería que ha venido utilizando NANDA, y el grupo de investigaciones de la Universidad de Iowa para la validez de contenido de los indicadores de resultados de enfermería. El método comprende:

- Seleccionar un número adecuado de expertos: se identificaron 10 enfermeras con experiencia clínica y docente no menor de cinco años con algún estudio de posgrado.

Los expertos señalan en una escala de 1 a 4 qué tan pertinentes y relevantes son los factores influyentes de la adherencia así:

RELEVANCIA: 1 = No relevante; 2 = Poco relevante; 3 = Relevante; 4 = Muy relevante.

PERTINENCIA: 1 = No pertinente; 2 = Poco pertinente; 3 = Pertinente; 4 = Muy pertinente.

- Calcular el valor de las proporciones para cada factor influyente. Se obtiene sumando el valor de proporción de cada factor o indicador asignado por los expertos y se divide por el número de ellos. Asignar el valor de las proporciones así: 1 = 0.25, 2 = 0.50, 3 = 0.75, 4 = 1. Esto constituye el IVC (Índice de Validez de Contenido) de cada indicador o factor.

- Obtener el valor total de la validez del contenido del instrumento de la siguiente manera:

- Pertinencia: sumar puntajes Índices de Validez de Contenido (IVC) de todos los ítems y dividir por el número total de ítems.

- Relevancia: se calcula de igual manera.

- Establecer la conformación definitiva del instrumento: tener en cuenta los siguientes criterios:

- Descartar ítems o factores influyentes que obtengan índice de validez de contenido menor o igual al nivel mínimo establecido.

- Aceptar como críticos, ítems o factores a partir de un nivel determinado y hasta el nivel máximo equivalente a 1.

Marco de análisis y resultados

A partir de la calificación dada por los expertos para pertinencia y relevancia del instrumento inicial se creó una matriz donde a cada indicador o ítem le fue asignado un valor de proporción según la columna señalada así: 1 = 0.25, 2 = 0.50, 3 = 0.75, 4 = 1

Se tomó cada uno de los ítems teniendo en cuenta la suma de los IVC asignado por los nueve expertos y se promedió por ese número cada uno de ellos, tanto para pertinencia como para relevancia.

Se aplicó el criterio sugerido por Fehring para el descarte de ítems al instrumento inicial. En vista de que la mayoría de ítems alcanzaron un IVC por encima de 0.80, se decidió rechazar los ítems cuyo IVC en promedio fuera menor a 0.80. Algunos ítems presentaron IVC diferentes para pertinencia y relevancia. Se decidió promediar estos dos índices y si el resultado continuaba siendo inferior a 0.80 se tomó la decisión de descartarlo definitivamente, si el promedio fue de 0.80 o más, se dejó en el instrumento. Se utilizó un programa Excel para realizar las operaciones estadísticas.

Los ítems restantes (72) con sus respectivos valores constituyeron el material principal con el cual se realizaron las operaciones para validez de contenido, validez aparente y se analizaron los ítems que a juicio de los expertos requerían mayor claridad, o se trasladaron a otra dimensión más pertinente, por ejemplo:

- El ítem 20 “Las enfermeras lo instruyen sobre sus tratamientos y a veces le dan folletos con instrucciones”.
- El ítem 21 “La información verbal de parte del médico, la enfermera y la auxiliar de enfermería es detallada y precisa”.

Teniendo en cuenta la sugerencia de una de las expertas de separar la procedencia de la información de acuerdo con el agente que la ofrece y que el paciente difícilmente diferencia entre enfermera profesional y la auxiliar de enfermería, se decide conservar el ítem 20 cambiando el término enfermera por personal de enfermería, y construir el ítem 21 exclusivamente para señalar la información verbal de parte del médico. En consecuencia, el ítem 20 se construye así: “el personal de enfermería lo instruye sobre su tratamiento y a veces le da folletos con instrucciones”. De esta manera, se procedió con todas las observaciones formuladas por los expertos. El análisis cuantitativo de la validez de contenido se realizó desde tres perspectivas:

- Validez de contenido según expertos.
- Validez de contenido por factores.
- Validez de contenido general.

VALIDEZ DE CONTENIDO POR EXPERTOS

Se sumó el valor de proporción dado por un experto a cada factor de una dimensión y se dividió por el número de factores de la dimensión, obteniéndose así el valor de proporción por dimensión y por experto, tanto para pertinencia como para relevancia (tablas 1 y 2). Luego se calculó el valor de proporción por dimensiones. Para ello se sumó y promedió entre las cinco dimensiones obteniéndose la validez de contenido por experto para el criterio de pertinencia y para el de relevancia; promediando entre las dos, se obtuvo la validez de contenido general por expertos para todo el instrumento.

La validez de contenido general por expertos se realizó sumando valores de pertinencia y relevancia dados por cada experto y promediándolos. Igualmente, al sumar los promedios de los expertos y promediar por el número de ellos se obtuvo el Índice de Validez de Contenido (IVC) por experto.

Validez de contenido por factores

Se sumó el valor de proporción asignado a cada uno de los factores por los expertos, tanto para relevancia como para pertinencia y se promedió cada criterio: pertinencia y relevancia por el número total de factores. A partir de estos resultados, se agruparon en cada una de las dimensiones los valores de pertinencia y relevancia de los factores influyentes correspondientes y se consignó su valor promedio. La siguiente tabla es un

Tabla 1. Descripción de la validez de contenido según expertos por dimensiones: criterio de pertinencia*.

Dimensiones	Expertos								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	0,96	0,91	0,88	0,99	0,91	0,88	0,99	1	0,76
II	0,89	0,99	0,89	0,99	0,72	0,95	0,96	0,95	0,90
III	1	1	0,94	1	0,88	0,88	1	0,94	0,69
IV	0,96	1	0,84	1	0,82	0,87	1	0,99	0,78
V	0,93	1	0,93	1	0,85	0,93	1	0,95	0,78
Validez	0,95	0,98	0,90	1	0,84	0,90	0,99	0,97	0,78

* Todas las tablas son elaboración de la autora.

Tabla 2. Descripción de la validez de contenido según expertos por dimensiones: criterio de relevancia.

Dimensiones	Expertos								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	0,94	1	0,85	1	0,85	0,84	0,91	0,91	0,74
II	0,92	1	0,83	1	0,76	0,81	0,96	1	0,91
III	1	1	0,88	1	0,88	0,63	1	1	0,69
IV	0,93	1	0,81	1	0,84	0,68	1	0,96	0,78
V	0,98	1	0,93	1	0,85	0,80	0,98	0,98	0,78
Validez	0,95	1	0,86	1	0,84	0,75	0,97	0,97	0,78

ejemplo de este procedimiento que se siguió con cada una de las dimensiones.

Este análisis se realizó para cada dimensión, aquí se presenta como ejemplo la dimensión III.

VALIDEZ DE CONTENIDO GENERAL

Se promediaron los valores de pertinencia y relevancia asignados a cada dimensión y se obtuvo un valor general por dimensión.

Se sumaron los IVC generales de las cinco dimensiones y se dividió por el número de ellas, resultando el valor de 0.91 como IVC de todo el instrumento.

Tabla 3. Descripción de la validez de contenido general por expertos.

Expertos	Pertinencia	Relevancia	Promedio
1	0.95	0.95	0.95
2	0.98	1	0.99
3	0.90	0.86	0.88
4	1	1	1.00
5	0.84	0.84	0.84
6	0.90	0.75	0.83
7	0.99	0.97	0.98
8	0.97	0.97	0.97
9	0.78	0.78	0.78
			0.91

Tabla 4. Descripción del valor promedio entre pertinencia y relevancia por dimensión.

Dimensión III. Factores relacionados con las condiciones de salud del paciente			
Ítems	Pertinencia	Relevancia	Promedio
42	0,92	0,94	0,93
43	0,94	0,86	0,90
44	0,89	0,83	0,86
45	0,94	0,94	0,94
			0.91

Tabla 5. Descripción de la validez de contenido general, criterios relevancia y pertinencia.

Dimensión	Pertinencia	Relevancia	General
I	0,92	0,89	0,91
II	0,91	0,91	0,91
III	0,92	0,90	0,91
IV	0,92	0,89	0,91
V	0,93	0,90	0,91
Total	0,92	0,90	0,91

VALIDEZ FACIAL O APARENTE

Las expertas se expresaron de la siguiente manera:

- “En términos generales el instrumento me parece muy pertinente y ajustado a lo planeado para su objetivo”.
- “Los factores están claramente enunciados, son precisos y puntuales”.

- “Tanto las dimensiones como los ítems evalúan la influencia de aspectos relacionados con la adherencia en general y para todas las dimensiones”.

- “Este estudio es relevante para el fortalecimiento progresivo de temáticas como lo es la adherencia al tratamiento y a las medidas terapéuticas del ámbito disciplinario de la enfermería. Además, es un estudio novedoso que enriquecerá la sublínea de investigación para la salud cardiovascular”.

CONCLUSIONES

Se construyó un instrumento que permite identificar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

La validez de contenido del “Instrumento para evaluar factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” realizada, a criterio del investigador y a la prueba de expertos mostró una validez de contenido por experto de 0.91; un índice validez de contenido por ítems y por dimensión así: dimensión 1 IVC = 0.91, dimensión 2 IVC = 0.95, dimensión 3 IVC = 0.90, dimensión 4 IVC = 0.90, dimensión 5 IVC = 0.92.

El índice de validez de contenido general fue de 0.91. Este resultado demuestra que el área de contenido que se pretende medir con el instrumento está representada adecuadamente en cada uno de sus componentes y en la totalidad del mismo.

El instrumento presenta validez facial o aparente ya que los expertos señalaron una correspondencia entre el contenido y lo que se pretende medir.

El instrumento permite evaluar los factores influyentes en la adherencia de personas en condición de riesgo de enfermedad cardiovascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SABATE, Eduardo. “El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben apoyo necesario”. Comunicado de prensa OMS/54, 1º de julio de 2003, [en línea], disponible en: <http://www.who.int/chronic-conditions/adherencereport/en>
- (2) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Adherencia Terapéutica”, [en línea], disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia_largo_plazo.pdf
- (3) HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill, Segunda edición, México, 1998, pp. 243-244.
- (4) PÓLIT, Dense. *Investigación científica en ciencias de la salud*, México, McGraw-Hill, 2000, 358 p.
- (5) WOOD, Geri LoBiondo y HABERS, Judith. *Nursing Research Methods, Critical, Appraisal, and Utilization*, 4th ed., 1997, Mosby, 1998, pp. 206-207.
- (6) WALTZ, C. F. y STRICKLAND, Lenz. *Measurement in Nursing Research*. Philadelphia, 1984.
- (7) HAYNES, R. B. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Compliance in health Care*, Baltimore, MD, Johns Hopkins, University Press, 1979.
- (8) PALANK, L, Christine. Determinantes de la conducta promotora de salud. Una revisión de la investigación actual. eN: *Nursing Clinics of North America*, vol. 26, n°. 4, december 1991, pp. 815-833.
- (9) KONTZ, Mary. “A proposed model for Assessing Compliance within the Unitary Man/Human Framework Based on an Analysis of the Concept of Compliance”. En: Carroll-Johnson Rose editor: NANDA. *Classification of Nursing Diagnoses Proceedings of the Ninth Conference*, JB Lippincott Philadelphia: 1991, pp. 161-171.
- (10) SABATE, Eduardo, “World Health Organization Adherence Project”. Informe de la reunión 4-5 de junio de 2001. Director proyecto de adherencia de la OMS.
- (11) BRANNON, Linda et ál. *Psicología de la salud*, España: Paraninfo- Thomsom Learning, 2002.
- (12) FERNÁNDEZ, I. “Construcción de una escala de aptitudes tipo Lickert”, [en línea], disponible en: <http://www.revista/encable.htm>.
- (13) JOHNSON, Marion y MAAS, Meridean. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Iowa Outcomes Project*, Editorial Mosby, San Luis, 1979, pp. 37-38.
- (14) FEHRING, Richard. “Validating Diagnostic Labels Standardized Methodology”. En: HURLEY Mary E. Editor *Classification of Nursing Diagnoses Proceedings of The Sixth Conference*, The C.V. Mosby, St Louis, 1986, pp. 183-190.
- (15) GORDON, M. y SWEENEY, M. A. *Methodological Problems and Issues in Identifying and Standardizing Nursing Diagnoses*, Adv. Nurs Sci, 1979, 2(1): 1-15.