

Escala para medir adherencia al tratamiento en pacientes cardiovasculares: validez de contenido

Scale to measure adherence to treatment in cardiovascular patients: content validity

Lilia Mercedes Rocha Nieto¹,  María Alejandra Ovalle-Zuleta²,  Alba Lucía Meneses-Báez³ 

DOI: 10.19136/hs.a20n2.3747

Artículo Original

Fecha de recibido: 14 de abril de 2020

Fecha de aceptado: 6 de enero de 2021

Autor de Correspondencia:

Lilia Mercedes Rocha Nieto. Dirección postal: Avenida 9ª No. 131A-02, Universidad El Bosque, Edificio Fundadores, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: rochalilia@unbosque.edu.co

Resumen

Objetivo: Diseñar y obtener evidencia de validez de contenido de un instrumento, para medir adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Material y métodos: El instrumento está basado en el concepto de autorregulación y su estructura contiene cinco factores: autoobservación y automonitoreo, autorespuesta, autoevaluación, autoeficacia y autocontrol. La validación de contenido se realizó con diez jueces evaluadores y 10 personas con enfermedades cardiovasculares. Se calcularon tres índices: Índice de Confiabilidad entre Evaluadores, Índice de Validez de Contenido e Índice de Validez Factorial.

Resultados: En general, los hallazgos indicaron índices excelentes, muy buenos y buenos en los factores del instrumento, según los criterios utilizados por los evaluadores: representatividad, importancia y claridad.

Conclusiones: Se construyó la Escala para medir Adherencia al Tratamiento en personas con enfermedades cardiovasculares, se obtuvo evidencia de validez de contenido y una aproximación a la validez de constructo, con lo cual, se tiene un instrumento estructurado y coherente con la teoría de la autorregulación.

Palabras clave: adherencia al tratamiento; enfermedades cardiovasculares; estudio de validación.

Abstract

Objective: To design and obtain content validity evidence for an instrument to measure treatment adherence of patients with cardiovascular disease (CVD).

Material and methods: The instrument is based on the self-regulation concept and its structure has five factors: self-observation and self-monitoring, self-response, self-evaluation, self-efficacy and self-control. Content validation was conducted with 10 judges and 10 patients with CVD. Three indexes were calculated: Interrater Agreement Index, Content Validity Index, and Factorial Validity Index.

Results: In general, the findings indicated excellent, very good and good indexes, in the factors, according to the criteria used by the evaluators: representativity, importance, and clarity criteria.

Conclusions: The Scale to measure Adherence to Treatment in People with Cardiovascular Diseases was constructed and evidence of content validity and an approximation to construct validity was obtained, with which, there is a structured and coherent instrument based on the theory of self-regulation.

Keys words: Treatment Adherence and Compliance, Cardiovascular Diseases, Validation Study.

¹ Magíster en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud, Especialista en Medición y Evaluación en Ciencias Sociales. Docente Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

² Psicóloga, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

³ Doctora en Dificultades de Aprendizaje y Procesos Cognitivos, Magíster Educational Psychology Statistics and Psychometry. Docente Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

Introducción

Se afirma que miles de millones de personas morirán por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan como la principal causa de mortalidad en el mundo¹. Estas se afrontan con la Rehabilitación Cardíaca (RhC), que es el conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado integral del paciente², cuyo propósito es mejorar el estado fisiológico y psicosocial, así como reducir los factores de riesgo coronario.

En la RhC, la adherencia al tratamiento (AT) implica una participación activa del paciente en la modificación de su conducta; los resultados dependen de la motivación y el control logrado para obtener un cambio permanente en su estilo de vida³. Requiere desarrollar habilidades que faciliten el cumplimiento y el compromiso con el manejo de su enfermedad. El desarrollo de la capacidad de autorregulación para asumir comportamientos saludables e incorporarlos a su estilo de vida es la esencia de una RhC con mayor probabilidad de éxito.

La autorregulación aplicada a la adherencia se refiere a las ideas o representaciones que los pacientes tienen sobre las enfermedades que padecen y sobre el tratamiento, las cuales guían su selección de estrategias de afrontamiento y toma de decisiones para autodirigir su comportamiento⁴. El proceso de adhesión está centrado en el paciente y examina la experiencia subjetiva de los individuos sobre las amenazas para su salud y la forma en que se adaptan a estas amenazas⁵.

El sistema de autorregulación de Bandura⁶, describe que la conducta humana está regulada y motivada por la autorregulación y opera a través de un conjunto de subfunciones: Autoobservación (pensamientos, emociones, comportamientos y condiciones que proporcionan información para establecer objetivos realistas y el progreso de los mismos); Automonitoreo (atención que se presta a las propias acciones, las condiciones en las que se producen, y los efectos inmediatos y a largo plazo); Autorespuesta (reacción, previa valoración positiva o negativa; se usa de recompensas y castigos); Autoevaluación (proceso de reflexión y auto-juicio, hay retroalimentación y toma de decisiones; se modifica el comportamiento para la consecución de la meta). Se completa con la Autoeficacia, que se refiere a las creencias sobre las propias capacidades para ejercer el control sobre el propio nivel de funcionamiento y sobre eventos que afectan la vida, así mismo, con el Autocontrol, el cual se refiere al control por parte del propio sujeto mediante la relación de creencias de contingencias y de competencia^{7,8}.

Desde esta perspectiva subjetiva, la AT es entendida como “el comportamiento activo, automotivado y autodirigido del paciente, que implica el compromiso consigo mismo y con

los profesionales de la salud que lo atienden, con el fin de alcanzar los objetivos biomédicos y psicológicos relacionados con el tratamiento, la adopción de un estilo de vida saludable, y el mejoramiento de su calidad de vida en consonancia con su proyecto vital”⁹.

Aunque la AT se puede explicar con esta perspectiva teórica de la autorregulación, no hay disponibilidad de instrumentos que la midan desde esta conceptualización. La medición de la adherencia se ha realizado a través de instrumentos biomédicos tales como: autoinformes, conteo de medicamentos o pruebas de laboratorio. Es común los cuestionarios cortos de cumplimiento farmacológico¹⁰, como el Test de Morisky-Green. También se pueden mencionar la Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Enfermedades Crónicas, basada en comportamientos explícitos¹¹, el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento para Casos de Hipertensión Arterial¹² y el Cuestionario para Medir la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con Enfermedad Cardiovascular^{13,14}. Este último integra el componente de autoeficacia, que es uno de los más relevantes desde el marco de la autorregulación.

Es necesario la valoración precisa de los errores de los pacientes en la adopción de conductas saludables, preventivas y de rehabilitación, en particular, en la fase final de RhC sin supervisión de los profesionales de la salud. Con un instrumento válido y confiable, será más adecuado apuntar hacia metas individuales de salud, prácticas exitosas e intervenciones que mejoren la adherencia de estos pacientes y fortalezcan su calidad de vida.

Se diseñó un instrumento para medir la AT y se realizó un proceso de validación, entendido como el grado en que la evidencia y la teoría respaldan las interpretaciones de los puntajes de las pruebas para los usos propuestos por las mismas¹⁵. En particular, se desarrolló un proceso de validez de contenido, que es el grado en que los elementos de un instrumento de evaluación son relevantes y representativos del constructo objetivo, para un propósito de evaluación particular¹⁶.

El objetivo general fue diseñar y encontrar evidencia de validez de contenido de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con ECV.

Material y Métodos

Previo búsqueda bibliográfica y de instrumentos disponibles, la elaboración de la tabla de especificaciones y el apoyo de cinco psicólogos clínicos y de la salud con conocimientos en el tema, se diseñó una escala inicial de 52 ítems, con respuesta tipo Likert y las siguientes opciones de respuesta: 5= Siempre, 4= Casi Siempre, 3= Algunas veces, 2= Casi Nunca

y 1= Nunca. Un grupo de 10 jueces expertos colaboró en la revisión de los factores e ítems del instrumento preliminar y 10 personas con ECV aseguraron la comprensión del contenido del instrumento. Los jueces calificaron a través de un formato de evaluación con los siguientes criterios: (a) representatividad; (b) importancia; y (c) claridad¹⁷. Los evaluadores procedentes de Colombia, Chile, México y Perú, con experiencia profesional entre 5 y más de 25 años, conocimiento percibido del tema entre Muy Alto y Alto, y la totalidad de ellos había sido evaluador de instrumentos de medida. Las personas con ECV contestaron el instrumento y calificaron los criterios de: (a) claridad y (b) uso de lenguaje, a través de entrevistas semiestructuradas.

El proceso de validación de contenido se dividió en dos partes. En la primera parte, los jueces evaluaron los ítems según los criterios de claridad, importancia y representatividad en una escala ordinal, en la cual una puntuación de 4 significaba la apreciación de que el ítem respondía con amplitud a los criterios (Muy Claro, Muy Importante, Es Bueno); 3 indicaba que el ítem era bueno, pero susceptible de mejorar en algún aspecto mínimo (Claro, Importante y Requiere una Revisión Menor); 2 representaba un ítem que era aceptable, pero requería ser revisado y modificado (Medianamente claro, Medianamente Importante, Requiere una Revisión Mayor); y finalmente, los ítems no válidos (Es Poco Claro, Es Poco Importante y De Ninguna Manera). La evaluación de la escala se dicotomizó al combinar los puntajes 3 y 4 de la escala, que son los puntajes que evalúan positivamente un ítem, y 1 y 2 como puntajes que evalúan negativamente el ítem.

En la segunda parte, los evaluadores respondieron a la ubicación de cada ítem, el cual se asignó con antelación a un determinado factor del instrumento, con una escala dicotómica de SI (podría pertenecer a ese factor) o NO (debería pertenecer a otro factor). Así mismo, podían sugerir el factor en el cual quedaría mejor ubicado el ítem, en caso que su respuesta fuera negativa.

Por otra parte, se aplicó el proceso de validación de contenido que combina tres tipos de índices de validez, descritos por McGartland-Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee & Rauch:¹⁸ 1) Índice de Confiabilidad entre Evaluadores (ICE) (del inglés Interrater Agreement - IRA), que es un índice de acuerdo entre jueces; 2) Índice de Validez de Contenido (IVC) (del inglés Content Validity Index - CVI), que es una medida basada en la representatividad del instrumento; y 3) Índice de Validez Factorial (IVF) (del inglés Factorial Validity Index- FVI), que es el grado en el cual los evaluadores asocian apropiadamente los ítems con los respectivos factores del instrumento.

Para la interpretación de los indicadores se siguió la cuantificación del juicio de los evaluadores propuesto por Lynn¹⁹. La Figura 1 ilustra la proporción de expertos (arriba de la línea en escalera) que debe aprobar un ítem para que sea válido en su contenido con un nivel de significancia superior a 0.5. Para este estudio, un ítem será válido en su contenido si existe acuerdo entre mínimo 8 de los 10 jueces que evaluaron el ítem, es decir, una puntuación de 0.80 (acuerdo entre 8 jueces), 0.90 (acuerdo entre 9 jueces) o de 1.0 (total acuerdo de los 10 jueces). Por otra parte, se clasificaron dichos índices como: excelentes (1.00- 0.90), muy buenos (0.89- 0.80), buenos (0.79- 0.70), regulares (0.69- 0.50) y malos (0.49- 0.30).

Figura 1. Proporción de expertos requeridos para establecer validez de contenido

Número de expertos	Número de expertos que aprueban el ítem o instrumento como contenido válido									
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2	1.00									
3	.67	1.00								
4	.50	.75	1.00							
5	.40	.60	.80	1.00						
6	.33	.50	.67	.83	1.00					
7	.29	.43	.57	.71	.86	1.00				
8	.25	.38	.50	.63	.75	.88	1.00			
9	.22	.33	.44	.56	.67	.78	.89	1.00		
10	.20	.30	.40	.50	.60	.70	.80	.90	1.00	

Fuente: Lynn, 1986

El proceso de revisión del instrumento por personas con ECV, se realizó a través de una entrevista semi-estructurada, con el fin de evaluar la comprensión y el lenguaje. La guía de la entrevista contiene instrucciones, consentimiento informado, estructura del instrumento y la escala de respuesta. La otra parte, contiene preguntas cerradas y abiertas acerca de los ítems del instrumento.

Consideraciones éticas

El estudio contempló los principios universales éticos planteados para las investigaciones con participantes humanos. Tanto los jueces como las personas con ECV cumplieron con el respectivo consentimiento informado. Se garantizó la participación voluntaria, la explicación de riesgos e incomodidades, la protección de datos personales mediante códigos y la información sobre el uso de los datos para un trabajo de investigación.

Resultados

Instrumento

La Escala para medir Adherencia al Tratamiento en Personas con Enfermedades Cardiovasculares (EAT- CARDIO), se diseñó como un instrumento para medir la adherencia al tratamiento en personas con ECV, basado en la conceptualización de autorregulación. Con este proceso, se obtuvo una escala conformada por cinco factores y 46 ítems: autoobservación y automonitoreo (11 ítems), autoevaluación (5 ítems), autorespuesta (9 ítems), autoeficacia (10 ítems) y autocontrol (11 ítems), como se observa en la Tabla 1.

Evaluación por jueces evaluadores

En la Tabla 2 se observa el primer índice, el ICE llamado de confiabilidad entre evaluadores, puede ser calculado para cada factor y para la totalidad de la escala. Se observa que hubo acuerdo o confiabilidad entre los evaluadores, lo cual se demuestra en los índices excelentes (1.00- 0.90), muy buenos (0.89- 0.80) y buenos (0.79- 0.60) para cada uno de los factores; autocontrol y autoeficacia obtuvieron los mejores ICE. Al discriminar por criterio (importancia, claridad y representatividad), todos los factores estuvieron entre índices Excelentes, Muy buenos y Buenos. El ICE para la escala total en cada criterio, sustenta una excelente confiabilidad entre evaluadores para todos los criterios, siendo el más bajo el criterio de representatividad con 0.71.

En la Tabla 3 se observa el segundo índice, IVC, con la medida de validez de contenido de cada uno de los ítems según los criterios. El IVC se categoriza entre índices excelentes (1.00- 0.90), muy buenos (0.89- 0.80), buenos (0.79- 0.70), regulares (0.69- 0.50) y malos (0.49- 0.30). Se

obtuvieron IVC total por cada factor, así: Autoobservación: en el criterio importancia 0.93, en claridad 0.87 y en representatividad 0.73; Autoevaluación: en importancia 0.90, en claridad 0.82 y en representatividad 0.78; Autorespuesta: en importancia 0.91, en claridad 0.93 y en representatividad 0.72; Autoeficacia: en importancia 0.94, en claridad 0.95 y en representatividad 0.80; Autocontrol: en importancia 0.93, en claridad 0.91 y en representatividad 0.76. En general, los IVC de cada factor, son muy buenos y buenos en los criterios de evaluación. El factor que obtuvo mejores índices en cuanto a los tres criterios (importancia, claridad y representatividad) fue el de autocontrol, mientras que el que se debe revisar más a profundidad es el de autoobservación. El criterio más bajo fue el de representatividad, en el cual algunos ítems tuvieron índices por debajo de lo esperado.

En el factor de autoobservación, los índices oscilan entre excelentes y muy buenos en los criterios de importancia, claridad y representatividad; los ítems 4 y 22 son regulares. En el factor autoevaluación se tuvieron índices excelentes y muy buenos en los tres criterios; el ítem 9 presenta un índice malo en representatividad. En el factor de autorespuesta los ítems se muestran importantes y claros; no obstante, se presenta un índice regular (ítem 16) y un índice malo (ítem 23) en el criterio de representatividad. Para autoeficacia, los ítems presentan índices excelentes y buenos en los criterios de importancia y claridad. Los ítems 36 y 45 son regulares en el criterio de representatividad. Por último, en autocontrol, los índices fueron excelentes y buenos en los criterios evaluados.

La tabla 4 muestra el tercer índice, Índice de Validez Factorial (IVF), en el que se identifica el grado en el cual los expertos asocian apropiadamente los ítems con los respectivos factores del instrumento.

En el factor de autoeficacia, los jueces estuvieron totalmente de acuerdo en que ocho de los diez ítems estaban correctamente asignados a ese factor; este factor tuvo el IVF más alto (0.88). Los ítems 36 y 45 tuvieron IVF malos. El factor de autoevaluación, tuvo un IVF de 0.87, hubo acuerdo en cuatro de los cinco ítems; el ítem 9 tuvo un IVF malo. Los factores de autorespuesta y autocontrol tuvieron el mismo IVF (0.75), sin embargo, en autorespuesta, hay dos ítems (ítem 16 y 23) en los que no hubo acuerdo. En autocontrol, diez de los once ítems presentaron índices excelentes, muy buenos y buenos, y solo un ítem se consideró regular (ítem 28). Por último, el factor autoobservación obtuvo un IVF de 0.72, es decir, hubo acuerdo en siete de los once ítems. En síntesis, el IVF por cada factor muestra una aceptación general de la asignación por parte de los evaluadores del ítem al factor, no obstante, se recomienda revisar a profundidad los ítems que presentan IVF regulares y/o bajos (10/46 ítems).

Tabla 1. Factores e ítems del instrumento para medir adherencia

Factor	Algunos ítems del instrumento	Número de ítems
Autoobservación Proceso cognoscitivo de una persona para observarse y monitorearse a sí mismo (así misma) mientras que trabaja hacia la meta de su tratamiento.	Identifico los aspectos más importantes acerca de mi enfermedad.	11
	Soy consciente de las consecuencias para mi salud de hábitos como no alimentarme adecuadamente, no hacer ejercicio y no tomar mis medicamentos.	
	Considero que mi salud es el resultado de mis acciones.	
	Me siento satisfecho conmigo mismo cuando logro mis objetivos de tratamiento.	
	Estoy pendiente de los síntomas ante los cuales debo asistir al servicio de urgencias.	
Autoevaluación Proceso cognoscitivo de una persona en el cual compara su desempeño con el desempeño deseado necesario para lograr la meta de su tratamiento.	Evalúo mi desempeño en las sesiones de rehabilitación cardíaca.	5
	Juzgo mi compromiso con el tratamiento por los resultados que siento en mi cuerpo.	
	Valoro mi esfuerzo para cumplir el tratamiento para mi enfermedad.	
	Comparo mis hábitos de alimentación y ejercicio físico con los de otras personas.	
	Reviso periódicamente si estoy cumpliendo las metas de mi tratamiento.	
Autorespuesta Proceso cognoscitivo de una persona a través del cual modifica su comportamiento basado en normas que aplicó para el progreso hacia la meta de su tratamiento.	Me esfuerzo por seguir la recomendación de tomar mis medicamentos.	9
	Si mi salud va mejorando, me motiva para seguir con mis metas de tratamiento.	
	Me premio con algo que me guste hacer cuando mejoro en la rehabilitación cardíaca.	
	Me siento en la disposición para seguir el tratamiento para mi enfermedad durante el resto de mi vida.	
Autoeficacia Creencias y confianza de una persona en sus propias capacidades para ejecutar un comportamiento con el fin de lograr la meta de su tratamiento.	Pienso que soy capaz de cambiar mi estilo de vida para mejorar mi salud.	10
	Puedo seguir el tratamiento que sugirió mi médico y los demás profesionales de la salud.	
	Me siento capaz de seguir mi tratamiento a pesar de los obstáculos.	
	Cuando asisto a rehabilitación cardíaca, me siento capaz de realizar las actividades propuestas.	
	Considero que tengo las habilidades para seguir con el tratamiento de mi enfermedad durante el resto de mi vida.	
Autocontrol Proceso cognoscitivo de una persona sobre las creencias del control que tiene sobre sus propias acciones y oportunidades, la resolución de problemas, las auto-recompensas y los auto-castigos relacionados con la meta de su tratamiento.	Hablo con mi familia para que me ayude con mi tratamiento.	11
	Controlo mi tensión arterial, peso y dieta.	
	Busco alternativas para cumplir las metas del programa de rehabilitación cardíaca.	
	Organizo mis actividades diarias para poder lograr los objetivos de mi tratamiento.	
	Uso pastilleros para ayudarme a cumplir con mi medicación.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Índice de Confiabilidad entre Evaluadores por cada factor y criterio - ICE

Factor	Criterios de Evaluación		
	Importancia	Claridad	Representatividad
Autoobservación	0.93	0.87	0.73
Autoevaluación	0.90	0.82	0.78
Autorespuesta	0.91	0.93	0.72
Autoeficacia	0.94	0.95	0.80
Autocontrol	0.95	0.94	0.81
ICE ESCALA TOTAL	0.98	0.93	0.71

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Índice de Validez de Contenido entre Jueces por cada Ítem (IVC)

FACTORES	ÍTEMS	Importancia	Claridad	Represent.	ÍTEMS	Importancia	Claridad	Represent.
Autoobservación	1	1.00	0.80	0.70	26	1.00	1.00	0.80
	4	0.90	0.80	0.50	31	0.90	0.80	0.70
	7	0.90	0.90	0.70	37	0.90	1.00	0.80
	15	0.90	1.00	0.70	39	0.80	0.80	0.70
	21	1.00	1.00	0.90	42	0.90	0.90	0.80
	22	1.00	0.60	0.80				
Autoevaluación	2	1.00	0.90	1.00	32	0.80	0.80	0.80
	8	0.80	0.90	0.80	38	1.00	0.70	0.90
	9	0.90	0.80	0.40				
Autorespuesta	3	0.90	0.80	0.70	27	1.00	1.00	0.90
	11	1.00	1.00	0.80	33	0.90	0.90	0.90
	14	0.90	0.90	0.70	43	0.80	0.90	0.70
	16	0.80	1.00	0.60	44	0.90	1.00	0.80
	23	1.00	0.90	0.40				
Autoeficacia	10	0.90	1.00	0.90	29	1.00	1.00	0.90
	13	1.00	1.00	0.90	34	0.90	0.70	0.80
	17	1.00	1.00	0.90	36	1.00	1.00	0.50
	20	0.90	1.00	0.90	41	0.70	1.00	0.70
	25	1.00	0.90	0.90	45	1.00	0.90	0.60
Autocontrol	5	0.90	1.00	0.70	28	0.90	1.00	0.80
	6	0.90	0.80	0.80	30	1.00	1.00	0.90
	12	0.80	0.80	0.70	35	1.00	0.90	0.90
	18	1.00	1.00	0.80	40	1.00	1.00	0.80
	19	1.00	1.00	0.90	46	0.90	0.90	0.70
	24	1.00	1.00	0.90				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Índice de Validez Factorial- IVF para ítems y factores

Factor	Ítems	IVF ítem	Ítems	IVF ítem	IVF del factor
Autoobservación	1	0.8	26	1.0	0.72
	4	0.4	31	0.7	
	7	0.4	37	0.8	
	15	0.6	39	0.6	
	21	1.0	42	0.8	
	22	0.9			
Autoevaluación	2	1.0	32	1.0	0.87
	8	0.9	38	1.0	
	9	0.4			
Autorespuesta	3	0.9	27	0.9	0.75
	11	0.9	33	0.9	
	14	0.8	43	0.7	
	16	0.4	44	0.9	
	23	0.4			
Autoeficacia	10	1.0	29	1.0	0.88
	13	1.0	34	1.0	
	17	1.0	36	0.3	
	20	1.0	41	1.0	
	25	1.0	45	0.4	
Autocontrol	5	0.7	28	0.6	0.75
	6	0.7	30	0.9	
	12	0.7	35	1.0	
	18	0.7	40	0.8	
	19	0.8	46	0.7	
	24	0.9			

Fuente: Elaboración propia.

También se obtuvo evaluación cualitativa del instrumento, lo cual permitió revisar desde otra perspectiva los ítems, en particular aquellos que tuvieron evaluaciones bajas. Las sugerencias de los evaluadores que revisaron el instrumento fueron en términos de la ubicación de los ítems en los factores y recomendaciones de redacción.

Evaluación por parte de las personas con ECV

Participaron 10 personas con ECV, con un promedio de edad de 38.3, tres con formación secundaria, 3 universitaria, 3 posgradual y una no reportó. Todos habían asistido a programas de rehabilitación cardíaca. El 100% consideró que las instrucciones eran claras. El 60% le pareció claros cada uno de los enunciados, mientras que el 40% refirió que algunos enunciados requerían mayor claridad. Sin embargo, al 90% le pareció apropiado el lenguaje utilizado. Refirieron las palabras que no les parecían apropiadas y sugirieron una

mejor redacción. Los ítems que tuvieron alguna anotación fueron los siguientes: 1,2, 9,12,15, 20,22, 29, 31,34, 38,42, 44.

Discusión

Para pacientes con ECV, la RhC es la estrategia que mejora su condición de salud y cambia su estilo de vida, sin embargo, su efectividad se ve restringida por la baja AT, una vez que no tienen supervisión directa del personal de salud. En los programas de rehabilitación, se hace necesario una medición precisa de la adherencia, desde una perspectiva más subjetiva, enfocada en el paciente, en donde se evidencie el grado de compromiso, motivación y proactividad, con el fin de orientarlo con estrategias psicosociales concretas, que garanticen una mejor apropiación de los ajustes que debe hacer en su vida a largo plazo.

La revisión de la literatura permitió visualizar los modelos de abordaje de la adherencia, varios provenientes de la Teoría Social Cognoscitiva aplicada a los comportamientos de salud. Esta aporta evidencia con el sistema de autorregulación desarrollado por Bandura. En este sentido, la adherencia como constructo, es explicada desde aspectos motivacionales, volitivos y autorregulatorios del individuo, que autodireccionan los comportamientos hacia una meta, que en conjunto integran lo que se conoce como AT.

Con los anteriores lineamientos, se realizó el proceso de construcción de un instrumento desde la conceptualización de la autorregulación y con una estructura conformada por cinco factores: autoobservación y automonitoreo, autoevaluación, autorespuesta, autoeficacia y autocontrol. Se constituye en una herramienta para el personal de salud, con suficiente soporte teórico y elaborado mediante un proceso metodológico riguroso.

Conclusiones

El instrumento EAT- CARDIO fue diseñado con una estructura de cinco factores y 46 ítems, fue enviado a 10 jueces para revisión y calificación a partir de los criterios de importancia, claridad y representatividad.

Por otra parte, determinar la validez de contenido del instrumento implicó principalmente el proceso de evaluación por jueces que revisaron y calificaron cada uno de los ítems del instrumento. Fue una variación relevante, el uso de la metodología con combinación de tres índices que sustentan la evidencia de validación de contenido, y la obtención de evidencia preliminar de validez de constructo: el ICE, el IVC y el IVF. Al complementarse con los lineamientos de Lynn con los cuales se esperaba índices por encima de 0.80, permitió una mejor perspectiva del contenido de la escala.

En cuanto al primer índice, el ICE (confiabilidad entre evaluadores), se puede afirmar que la totalidad de los factores de la escala tuvieron índices excelentes (1.00- 0.90), muy buenos (0.89- 0.80) y buenos (0.79- 0.60) en los criterios de importancia y claridad; y en dos factores (autoeficacia y autocontrol) en el criterio de representatividad. En general, los factores de autoeficacia y autocontrol fueron los que obtuvieron los mejores índices. Los factores de autoobservación, autoevaluación y autorespuesta fueron bajos en el criterio de representatividad.

En cuanto al IVC, que es el índice usualmente utilizado para la validez de contenido los resultados resultaron favorables, es así como se obtuvieron IVC excelentes, muy buenos y buenos, para todos los factores en cuanto a su representatividad.

El IVF (de acercamiento a evidencia de validez de constructo), fue el más bajo de los tres índices evidenciado en las calificaciones en el criterio de representatividad, es decir, hubo duda sobre algunos ítems en cuanto a su ubicación en un factor determinado. Se destaca el factor de autoeficacia, para el cual 8 de los 10 ítems hubo acuerdo perfecto entre los jueces evaluadores. El factor de autoobservación es el que evidencia mayores dificultades con tres ítems regulares y dos malos. La relevancia de este índice es permitir visualizar los factores e ítems que requieren un examen minucioso y que deben ser revisados cuidadosamente con el análisis factorial u otra metodología de validación.

Se concluye que se tiene una versión de un instrumento, que mide AT con una estructura sustentada en el marco de la autorregulación, con ítems suficientes que pueden responder a cada uno de esos factores, suficiente evidencia de validez de contenido y evidencia preliminar de validez de constructo. Se puede continuar con la validación de constructo, a través de análisis estadísticos confirmatorios.

Agradecimientos

Agradecemos a los evaluadores y a las personas que colaboraron voluntariamente en este estudio.

Conflicto de intereses.

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses en el estudio presentado.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles [Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases]. Ginebra [Internet]. Ginebra: OMS 2018. [citado sept. 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua=1>
2. De Pablo Zarzosa C, Del Río Ligorit A, García Porrero E, Boraita Pérez A, Stachurska A. Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(Supl.1): 97-108.
3. Román Y, Díaz B, Cárdenas M, Zoraide L. Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud [revista en la Internet]*. 2007, 18(1), 45-56 [citado nov 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613874004>.

4. Lugli Z, Arzolar M, Vivas E. Construcción y validación del Inventario de autorregulación del peso: validación preliminar. *Psicología y Salud*. 2009; 19 (2): 281-287. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29111986013.pdf>.
5. Munro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health* 2007, 7:104. doi: [10.1186/1471-2458-7-104](https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-104)
6. Bandura, A. Social cognitive theory self-regulation. *Organizational behaviour and human decision processes. Organ. Behav. Hum. Decis. Process* 1991;50: 248-287.
7. Bandura A. A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Ed.). *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). 1999. New York: Guilford Publications. (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press.
8. Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología* (2a ed.). Bogotá: Ecoe.
9. Rocha-Nieto, LM, Herrera-Delgado C, Vargas-Olano MO. Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología* [revista en la Internet]. 2017; 26 (1): 61-81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80454273005>.
10. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus M.J. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica Atención Primaria. 2008;40(8): 413-417. doi: [10.1157/13125407](https://doi.org/10.1157/13125407).
11. Soria-Trujano R., Vega-Valero CZ, Nava-Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* [revista en la Internet]. 2009; 14 (20); 89-103. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es.
12. Varela Arévalo, MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico* [revista en la Internet]. 2010; 7(14):127-139. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673010>.
13. Andrade Méndez B., Céspedes Cuevas V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Ene 02]; 14(4): 266-276. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000400266&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.10.001>.
14. Achury Saldaña D.M., Sepúlveda Carrillo G.J., Rodríguez Colmenares S.M., Giraldo I.C. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2019 Ene 03]; 11(26): 01-09. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200001>.
15. American Educational Research Association. *Standards for Educational and Psychological Testing*. AERA 2014. Washington, DC: American Educational Research Association.
16. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*. 1995; 7: 238-247. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>.
17. Ya-Ting Y, Chia-Ying C. Comprehensive evaluation criteria for English learning websites using expert validity surveys. *Computers & Education*. 2008; 51(1):403-422. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2007.05.011>.
18. McGartland Rubio D, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*. 2003; 27(2):94-104. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
19. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986; 35(6): 382-385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>.