



Diseño de una escala de adherencia a tratamientos médicos para la población colombiana

Design of a scale of adherence to medical treatments for the Colombian population

Douglas Mauricio Bastidas-Suárez ¹, María Amparo Buitrago-Villanueva ², Julián Pérez-Cifuentes ³

1. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Soacha, Colombia. Correo: douglasbasu@unisabana.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-1931-8321>
2. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Soacha, Colombia. Correo: mbuitragovi@uniminuto.edu.co - <https://orcid.org/0000-0001-5851-6876>
3. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Soacha, Colombia. Correo: jperezcifue@uniminuto.edu.co - <https://orcid.org/0000-0003-0313-7822>

Tipología: Artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Bastidas-Suárez DM, Buitrago-Villanueva MA, Pérez-Cifuentes J. Diseño de una escala de adherencia a tratamientos médicos para la población colombiana. *Duazary*. 2021 octubre; 18(4): 371-382. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.4381>

Recibido en noviembre 08 de 2020

Aceptado en septiembre 18 de 2021

Publicado en línea en noviembre 15 de 2021

RESUMEN

Palabras clave:

adherencia al tratamiento; posología; estilo de vida y apoyo social.

El objetivo del presente estudio consistió en diseñar y validar un instrumento que permita valorar la probabilidad de adherencia en pacientes que inician un tratamiento médico a partir de un modelo biopsicosocial. El instrumento empleado consta de tres áreas: indicaciones farmacológicas o posología de medicamentos, cambio de estilo de vida, y apoyo social. Para el proceso de validación, se contó con una muestra compuesta por 161 participantes: 98 mujeres (60,9%) y 63 hombres (39,1%), en un rango de edad entre 18 y 64 años ($M=26,63$; $DE=0,75$). Para el procesamiento de los datos fue necesario el uso de los programas R Studio y SPSS versión 26. Con los resultados obtenidos se pudo validar que la prueba de adherencia al tratamiento médico presenta un índice de adecuación de la muestra por KMO de 0,94 y prueba de esfericidad de Bartlett de $<0,01$, lo cual permitió realizar el análisis factorial exploratorio. Además, se encontró una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0,94 y de omega de McDonald de 0,96, siendo un índice adecuado de fiabilidad para su utilización.

ABSTRACT

Keywords:

Treatment adherence and compliance; Posology; Lifestyle and social support.

The objective of this study is to design and validate an instrument that allows assessing the probability of adherence in patients who are going to start medical treatment based on a biopsychosocial model. The instrument consisting of three areas was used: pharmacological indications or drug dosage, lifestyle change and social support. For the design and validation of the instrument, the sample consisted of 161 participants, 98 women (60.9%) and 63 men (39.1%), with ages between 18 and 64 years old ($M = 26.63$; $SD = 0.75$). For data processing, it was necessary to use the R Studio program and SPSS version 26. The results obtained proved that the test of adherence to medical treatment had a sample adequacy index by KMO of 0.924 and Bartlett's sphericity test of <0.01 which will be carried out by exploratory and confirmatory factor analysis, in addition a reliability of Cronbach's Alpha of 0.94 and of McDonald's Omega of 0.96 were found, being an adequate index for its use.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas están presentes en gran parte de la población, y para poder controlarlas se han utilizado tratamientos que mejoran este tipo de condiciones. Sin embargo, las personas no están acostumbradas a tomar medicamentos por un tiempo prolongado o a realizar ciertos cambios drásticos en su estilo de vida. Por tal razón, la adherencia al tratamiento (AT) puede ser una clave importante para que los programas de intervención en salud sean eficaces y ayuden a reducir cifras de enfermedades crónicas¹.

La AT, o adhesión, es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente respecto a los medicamentos que consume, dietas o cambios que se hacen en su estilo de vida por recomendaciones de un profesional en salud. Es decir, es la participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento terapéutico^{2,3}. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴, la falta de AT es deficiente a largo plazo. Esto ocasiona baja efectividad de los tratamientos, por lo que se requiere de instrumentos aplicables en distintas situaciones en donde sean adecuados para medir estas conductas. De esta manera será posible gestionar intervenciones diferentes, precisas y focalizadas⁵.

En Estados Unidos, China, Gambia y las islas Seychelles, solo el 51%, el 43%, el 27% y el 26% de los pacientes con hipertensión arterial, respectivamente, se adhieren a su régimen de medicación. En otro tipo de enfermedades los datos no son diferentes: pacientes con depresión, por ejemplo, revelan que el 60% dejan su tratamiento sin consultarle a su médico⁶; en Australia solo 43% de los pacientes con asma toman su medicación según lo prescrito y solo el 28% emplean la medicación preventiva prescrita, mientras que en el tratamiento por VIH y sida la adherencia varía entre 37% y 83%, según el medicamento en estudio⁷.

Asimismo, en 569 estudios analizados por DiMatteo⁸ se encontró que en las últimas décadas el porcentaje de incumplimiento a la AT alcanza el 24,8%. Igualmente, se evidencia que los porcentajes de AT cambian dependiendo de la patología, siendo

los trastornos de sueño (65,5%), la diabetes (67,5%) y las enfermedades pulmonares (68,8%) las patologías con menor tasa de adherencia. Entretanto, el VIH (88,3%), los desórdenes gastrointestinales (80,4%), y el cáncer (79,1%) son las condiciones con los mayores porcentajes a la medicación⁹.

En este orden de ideas, la OMS indica que la adherencia a terapias a largo plazo para enfermedades crónicas en países desarrollados promedia en el 50%⁶. En los países en vías de desarrollo las tasas son más bajas, lo cual produce enfermedades prolongadas. Solamente en Estados Unidos, 32 millones de pacientes toman tres o más medicamentos por día, y se ha registrado que, cuando la cantidad de medicamentos diarios aumenta, se reduce la adherencia¹⁰.

En cuanto a la población juvenil, Kim *et al.*¹¹ mencionan una tasa de no adherencia superior al 70-85% en países de África y Asia, mientras que en países de Europa y América del Norte es solo del 50-60%. Esto se explica por el bajo apoyo social, la poca comunicación, la falta de motivación y la menor percepción ante la muerte debido a las conductas de riesgo y el consumo de sustancias¹².

En Latinoamérica, la AT en pacientes diagnosticados con VIH se encontró en un nivel inadecuado en el 51,1% de los casos, seguidos del 25,6% con nivel adecuado, y el 22,8% presentó un rango bajo, mientras que solo un 0,5% reflejó un estricto nivel de AT¹³. De igual manera, otro estudio llevado a cabo en Lima, Perú, expuso que la toma del 90% a 95% de las dosis es condicionada por el estigma, de modo que, a mayor estigma relacionado a VIH, se presentará mayor riesgo de abandono del tratamiento¹⁴.

Por otra parte, en Brasil se evidenció que la población no adherente era del 80,9%. Estas personas tenían edades entre 50 y 59 años, 76,2% eran hombres, el 61,9% contaba con educación primaria incompleta, y el 23,8% eran casados¹⁵. Además, se ha establecido que factores como la educación y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas afectan la AT^{16,17}. Asimismo, en Honduras los pacientes desempleados tienen

15,32% de probabilidad de no adherirse al tratamiento¹⁸. Análogamente, en Colombia la Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB) en Medellín demostró que el 64% de los pacientes que presentan una baja adherencia se ubican entre 13 y 18 años de edad. También se registró una mayor frecuencia de abandono relacionada con el nivel educativo en pacientes con tratamiento a la prevención de tuberculosis con VIH¹⁹.

Adicionalmente, ciertos factores como la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel académico, el desempleo, la falta de redes de apoyo social, psicológicos, el costo elevado de los medicamentos, la edad, la raza o el estado civil^{18,20} y el cambio en el estilo de vida ejercen un papel fundamental para la transición a hábitos poco saludables como nutrición inapropiada, insuficiente actividad física y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias^{4,21}. Estos comportamientos inciden en una baja adherencia, ocasionando daño en el sistema inmunológico^{4,22-25}.

Frente a los procesos de medición, se han identificado diferentes instrumentos, aunque estos no cuentan con adecuadas propiedades psicométricas, siendo afectados por su fiabilidad y su estructura factorial²². Reyes-Flores *et al.*¹⁸ evidencian varias escalas donde se valora en mayor medida la toma del medicamento, entre las cuales mencionan el Cuestionario de No Adhesión de Medicamentos (CAM-Q), el Cuestionario de Adherencia a la Medicación Simplificado (*Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ*); el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau); el Test de Morisky-Green-Levine; el Test de Batalla, y el Cuestionario de Porcentaje de Ingesta de Drogas. Por otra parte, se ha señalado un déficit de instrumentos enfocados en valoración de la adherencia desde una perspectiva psicosocial, donde se deben tener en cuenta conductas como el control sobre ingesta de alimentos y medicamentos, el seguimiento médico conductual y la autoeficacia⁵.

Lo anterior indica una nueva línea de estudio sobre la adherencia a partir de un modelo biopsicosocial que comprenda los aspectos psicológicos, social y biológico²⁶. En función de lo psicológico, la adherencia se relaciona con el comportamiento y la cognición en un paciente crónico a partir de los cambios presentes en su estilo de vida, dado que les

causan alteraciones trascendentes en sus relaciones interpersonales y sexuales²⁷. Las indicaciones farmacológicas o la posología de medicamentos también hacen parte de esta área debido a la percepción que tiene el paciente para evaluar la decisión de tomar o no la medicación, su prioridad, la percepción de gravedad sobre su condición, la credibilidad de la eficacia del tratamiento y la aceptación personal de los cambios recomendados²⁸.

Frente al aspecto social, Vilató Frómata *et al.*²⁹ expresan que es un condicionante de la AT debido a su impacto en la vida de individuos que sufren de enfermedades crónicas en términos de vulnerabilidad del estrés, el ajuste y la aceptación de la enfermedad y otros aspectos salud-enfermedad. Además, se resalta la importancia de este componente en la tasa de mortalidad en personas con diagnóstico de enfermedades crónicas³⁰.

Finalmente, el aspecto biológico se centra en los efectos en el cuerpo del sujeto dado que la toma de medicación, el apoyo social y los hábitos saludables en el cuerpo reducen el aumento de la resistencia microbiana, disminuyen las reacciones adversas y aminoran enfermedades iatrogénicas (daño en la salud causado o provocado por un acto médico como vómito, náusea, etcétera)³¹. En concordancia, la AT tiene directa relación con las enfermedades crónicas, las cuales se entienden como procesos patológicos de evolución extensa sin una resolución espontánea y que rara vez logran una curación completa, además de llevar en sí mismas una carga socioeconómica en cuanto a la dependencia social y la discapacidad³².

En este sentido, son diversos los factores predisponentes, no adherentes y adherentes, que se deben tener en cuenta con miras a comprender cuán compleja puede ser la AT. Gallardo-Solarte *et al.*³³ exponen que el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad crónica suelen ser largos y complicados debido a los altos costos, causando elevadas tasas de morbimortalidad en países como Colombia. De ahí que lo que se pretende con esta escala de valoración de AT es evaluar en los colombianos la probabilidad o intención que tienen para adherirse a un tratamiento médico en su etapa inicial, enfocándose en el comportamiento físico,

psicológico y emocional del individuo frente a los procesos de adherencia a cualquier tratamiento médico. De este modo sería posible conocer qué tan eficaz puede ser el tratamiento y reducir las tasas de morbimortalidad relacionadas con enfermedades crónicas. Así mismo se podría generar mayor eficacia en la aprehensión y el apego al tratamiento con el fin de mejorar la salud y el bienestar de la población, y también la calidad y la eficiencia de los servicios de salud.

Por lo anterior, resulta relevante diseñar y validar un instrumento a partir de un modelo biopsicosocial que comprende la experiencia subjetiva del paciente como agente activo de cambio, esencial para lograr un diagnóstico oportuno, resultados en la salud y el cuidado humano²⁷. Este enfoque hace hincapié entonces en unos lineamientos teóricos para abordar la comprensión de la AT a la luz de una interpretación de la enfermedad como un proceso integral que articula aspectos biológicos, psíquicos y sociales, niveles de interacción que hacen parte de los pacientes que inician un tratamiento médico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El presente estudio tiene un enfoque instrumental debido a que el objetivo principal es el diseño y la validación de una escala que mida la adherencia a los medicamentos, teniendo en cuenta las propiedades psicométricas para su desarrollo y construcción³⁴.

Participantes

Para el diseño y la validación del instrumento la muestra estuvo compuesta por 161 participantes voluntarios, 98 mujeres (60,9%) y 63 hombres (39,1%), con edades entre 18 y 64 años de edad ($M=26,63$; $DE=0,75$). Esta muestra fue seleccionada por muestreo probabilístico, y como criterios de inclusión se estipuló que los pacientes fueran mayores de edad, de nacionalidad colombiana y residentes en el país; no se tuvieron en cuenta otras características especiales de la población, lo que permitió que cualquier voluntario pudiera participar en la investigación.

En cuanto a la ubicación geográfica de los participantes en el territorio colombiano, se identifican las siguientes ciudades o municipios de residencia: Bogotá (71,4%), Cundinamarca (14,9%), Tolima (6,2%), Bucaramanga (2,5%) y Huila, Caquetá, Norte de Santander, Boyacá, Pasto, Cesar, Valle del Cauca y Cartagena (0,6% cada uno).

Por otra parte, para el tamaño muestral se tuvo en cuenta la existencia de cinco personas para cada ítem. Además, se buscó que la muestra total no fuera inferior a 100 participantes³⁵, y se emplearon la matriz de correlaciones y el ajuste muestral de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), así como la esfericidad de Bartlett.

Instrumentos

El instrumento consta de 27 ítems divididos en tres áreas: indicaciones farmacológicas y posología, apoyo social, y cambio de estilo de vida. Consiste en una escala de tipo Likert con cinco puntos de calificación, donde las respuestas se clasifican así: 1=en absoluto, 2=rara vez, 3=a veces, 4=a menudo y 5=casi siempre.

Según los resultados, el participante puede obtener como puntaje mínimo 27, y como puntaje máximo, 135. Así, una mayor puntuación refleja una mayor probabilidad de adherencia a tratamientos médicos. Las preguntas son distribuidas en tres factores (factor 1 con un total de 13 ítems, factor 2 con un total de 9 ítems y factor 3 con 5 ítems). La forma de aplicación del test puede ser en físico o digital.

Procedimiento

En primer lugar, se realizó la revisión teórica sobre el tema para definir las conductas observables del instrumento y el número de ítems. Posteriormente, se diseñaron los ítems y se sometieron a validación por jueces. Luego se depuraron los ítems que no fueron aprobados por los jurados y se procedió con el ajuste del instrumento. De esta forma se pudo crear un formulario mediante la aplicación Google Forms, el cual fue compartido a través de redes sociales como Facebook o Twitter, entre otras. De esta manera el participante, al ingresar en el enlace, accedía al consentimiento informado virtual donde

aceptaba las condiciones de participación, y enseguida brindaba los datos sociodemográficos para proceder con el diligenciamiento de la escala de adherencia.

Finalmente, se elaboró la base de datos de las aplicaciones con la muestra para extraer el análisis de validez de constructo por medio del análisis factorial exploratorio. Adicionalmente, se llevó a cabo el análisis de confiabilidad por medio de los estadísticos alfa de Cronbach y omega de McDonald y se estableció la correlación entre ítems mediante la matriz policórica debido a la escala tipo Likert seleccionada para el instrumento y la correlación entre factores.

En el respectivo análisis de datos, se utilizó el programa IBM SPSS versión 26 para la adecuación de la muestra por medio de las pruebas KMO (en donde se espera tener una puntuación mayor a 0,7) y esfericidad de Bartlett (en la cual se espera tener un resultado menor a 0,05). También se empleó el programa R Studio para ejecutar el análisis factorial exploratorio y el análisis de confiabilidad de alfa de Cronbach y omega de McDonald.

Declaración sobre aspectos éticos

Todos los participantes del presente estudio diligenciaron el consentimiento informado, aceptando de forma explícita su participación voluntaria en la investigación. En el documento se explicaron el objetivo del estudio, las consideraciones legales establecidas por la Declaración de Helsinki de 1975 y por la ley colombiana, en particular la Ley 1090 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia para la investigación con seres humanos, y el acuerdo de guardar la confidencialidad de los participantes. Se notificó que los resultados serían utilizados para fines académicos e investigativos.

RESULTADOS

Dentro del análisis de los resultados se encontró, por medio de la prueba de KMO de adecuación muestral, un puntaje de 0,94, lo cual indica que la muestra utilizada es suficiente para el estudio. Igualmente, la prueba de esfericidad de Bartlett

arrojó un resultado de 0,00, con una aproximación de chi cuadrado de 3.314,23.

Por otra parte, la extracción con rotación varimax arrojó un factor 1 de 21%, un factor 2 de 38% y un factor 3 de 48%, siendo este último el total de la varianza acumulada. Teniendo en cuenta esta extracción, la tabla 1 muestra la distribución de ítems por factor.

Tabla 1. Matriz de distribución de factores.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
10	0,77	-	-
11	0,71	-	-
1	0,71	-	-
12	0,68	-	-
13	0,61	-	-
4	0,60	-	-
6	0,60	-	-
7	0,58	-	-
5	0,58	-	-
9	0,56	-	-
8	0,53	-	-
16	0,40	-	-
15	0,40	-	-
26	-	0,84	-
27	-	0,74	-
24	-	0,73	-
25	-	0,68	-
21	-	0,64	-
23	-	0,55	-
22	-	0,53	-
17	-	0,44	-
18	-	0,39	-
2	-	-	0,75
20	-	-	0,53
19	-	-	0,51
3	-	-	0,38
14	-	-	0,36

Frente a los resultados de confiabilidad, el alfa de Cronbach tuvo un valor de 0,94 luego de que los datos fueran organizados en matriz policórica (tabla 2), mientras que el análisis de omega de McDonald fue de 0,96.

Tabla 2. Correlación de ítems, matriz policórica.

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1	1,																										
2	,87	1,																									
3	,30	,44	1,																								
4	,64	,69	,47	1,																							
5	,37	,30	,31	,36	1,																						
6	,42	,33	,27	,36	,49	1,																					
7	,54	,42	,30	,39	,33	,39	1,																				
8	,51	,42	,20	,42	,21	,36	,41	1,																			
9	,49	,40	,21	,38	,31	,41	,34	,59	1,																		
10	,69	,58	,38	,68	,49	,56	,51	,47	,54	1,																	
11	,55	,54	,38	,60	,50	,48	,46	,42	,38	,58	1,																
12	,63	,50	,37	,58	,50	,44	,39	,34	,40	,68	,61	1,															
13	,52	,47	,32	,52	,42	,43	,45	,29	,26	,56	,58	,61	1,														
14	,39	,44	,26	,39	,29	,34	,15	,25	,28	,34	,33	,35	,33	1,													
15	,40	,47	,30	,44	,35	,38	,23	,30	,44	,48	,37	,44	,38	,37	1,												
16	,43	,34	,26	,36	,28	,41	,27	,19	,35	,48	,36	,38	,37	,23	,45	1,											
17	,30	,31	,27	,39	,08	,14	,03	,10	,16	,27	,32	,30	,30	,17	,38	,21	1,										
18	,25	,21	,08	,30	,19	,20	,11	,15	,24	,37	,29	,37	,43	,15	,37	,17	,38	1,									
19	,47	,59	,34	,50	,25	,18	,11	,27	,20	,46	,45	,53	,39	,34	,49	,26	,48	,27	1,								
20	,27	,48	,31	,32	,16	,23	,12	,28	,19	,30	,21	,34	,31	,49	,34	,26	,13	,13	,46	1,							
21	,27	,14	,16	,21	,28	,30	,01	,02	,12	,31	,25	,40	,23	,19	,25	,37	,38	,28	,30	,07	1,						
22	,37	,30	,16	,41	,19	,24	,14	,23	,35	,49	,35	,39	,30	,29	,31	,37	,48	,40	,30	,22	,43	1,					
23	,05	,19	,33	,22	,15	,17	,03	,05	,04	,15	,19	,27	,19	,25	,16	,24	,29	,08	,37	,39	,43	,28	1,				
24	,21	,38	,29	,35	,14	,21	,16	,04	,10	,36	,14	,35	,25	,18	,40	,27	,33	,35	,39	,35	,42	,43	,52	1,			
25	,30	,41	,34	,40	,20	,18	,09	,04	,18	,41	,24	,35	,32	,22	,36	,46	,24	,21	,40	,30	,36	,32	,47	,60	1,		
26	,32	,32	,27	,35	,22	,28	,16	,11	,22	,49	,34	,46	,40	,30	,42	,41	,44	,40	,41	,23	,59	,57	,41	,65	,66	1,	
27	,29	,40	,32	,29	,10	,20	,10	,17	,23	,32	,16	,30	,23	,31	,41	,42	,41	,30	,39	,38	,44	,42	,48	,67	,66	,66	1,

Igualmente, se realizó la correlación de los ítems con su respectivo factor. Como se puede observar en la tabla 3, hubo resultados significativos en este sentido entre los ítems ($p < 0,01$). Además, la covarianza entre factores también arrojó resultados estadísticamente significativos ($p < 0,00$) (tabla 4).

Tabla 3. Correlación de ítems con su respectivo factor.

Ítems	Estimado	Std.Err	z-value	p(> z)
F1 =~	-	-	-	-
10	1,00	-	-	-
11	0,99	0,03	31,59	0,00
12	0,95	0,03	27,94	0,00
13	0,90	0,04	22,52	0,00
15	0,90	0,04	22,24	0,00
16	0,93	0,03	24,68	0,00
1	0,96	0,03	26,55	0,00
4	1,00	0,02	38,19	0,00
5	0,76	0,06	11,88	0,00
6	0,93	0,03	26,58	0,00
7	0,94	0,03	30,52	0,00
8	0,88	0,04	21,25	0,00
9	0,90	0,03	22,95	0,00
F2 =~	-	-	-	-
17	1,00	-	-	-
18	0,90	0,10	8,55	0,00
21	1,05	0,10	10,10	0,00
22	1,13	0,12	9,28	0,00
23	1,14	0,11	9,81	0,00
24	1,30	0,13	9,98	0,00
25	1,22	0,11	10,88	0,00
26	1,42	0,13	10,33	0,00
27	1,23	0,11	10,93	0,00
F3 =~	-	-	-	-
2	1,00	-	-	-
3	0,83	0,03	22,68	0,00
14	0,77	0,04	16,29	0,00
19	0,81	0,04	16,39	0,00
20	0,77	0,04	17,37	0,00

Tabla 4. Correlación entre factores.

Factor	Estimado	Std.Err	z-value	p(> z)
F1	~~	-	-	-
F2	0,503	0,062	8,170	0,000
F3	0,860	0,033	26,326	0,000
F2	~~	-	-	-
F3	0,544	0,063	8,687	0,000

DISCUSIÓN

Se pudo observar que la matriz de correlación responde a una alta significancia por cada ítem establecido, mostrando su pertinencia para el presente estudio. Por una parte, el índice de KMO

alcanzó un valor de 0,94, superior al criterio de 0,5, lo que indica una buena adecuación de la muestra y, por otra, se demostró en el test de esfericidad de Bartlett un valor de $p < 0,01$, lo que permite realizar el análisis factorial.

Una vez verificados estos supuestos, mediante el análisis factorial se optó por tres áreas: indicaciones farmacológicas y posología, cambio de estilo de vida, y apoyo social, con una totalidad de 27 ítems y una varianza acumulada de 48% para la escala de AT médico. Además, se contó con un alfa de Cronbach de 0,94 y un omega de McDonald de 0,96.

Respecto a la primera área, Valdés Naranjo y Pantaleón Bernal³⁶ enuncian que la baja adhesión implica la falta de aceptación de un diagnóstico y el empeoramiento del pronóstico, lo que genera resultados desfavorables y deteriora las condiciones de salud a nivel mundial. En concordancia con la rotación varimax, este factor, con un 21%, devela pertinencia y significancia para el estudio, con los ítems 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15 y 16.

El segundo factor aplicado en esta prueba —cambio de estilo de vida— resulta pertinente en tanto que los pacientes con un diagnóstico de enfermedad deben enfrentar los difíciles cambios en su vida para tener una mejoría, lo que causa incertidumbre y trascendencia en sus relaciones interpersonales y sexuales²⁷. Este escenario hace difícil la adaptación a un tratamiento médico que incorpora un proceso de cambio a niveles biológico, social y psicológico del individuo⁴.

Como lo explica Espinosa-González³⁷, el estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad de un paciente, siendo un aspecto de anclaje de cuán adherible puede ser el individuo. De modo tal, la significancia y pertinencia de este factor concuerda con la teoría expuesta debido a su rotación varimax de 38%, que demuestra la importancia de este en relación con los ítems correspondientes: 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27.

Finalmente, en cuanto al factor apoyo social, Díaz-Porto³⁸ expone que esta variable psicosocial resulta relevante en la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad en general dado que incide en

reducir el estrés, la depresión, la ansiedad y el bajo apoyo familiar. De la misma manera, autores como Contreras Torres *et al.*² y Vilató Frómeta *et al.*²⁹ confirman el apoyo social como significativo en la adherencia terapéutica toda vez que, a mayor apoyo social, mayor mejoría de la salud física y psicológica. Los resultados de la presente investigación parecen apuntar en la misma dirección puesto que la rotación varimax de este factor es de 48%, lo que señala su relevancia en relación con los ítems 2, 3, 14, 19 y 20, los cuales reafirman la posición de los autores mencionados y la pertinencia de este factor dentro de la escala de adherencia.

En este orden de ideas, se tiene que el adecuado suministro de la medicación permite fortalecer la AT, así como la percepción de cada individuo frente a la enfermedad, la credibilidad de la eficacia que puede tener el tratamiento y la aceptación en la variabilidad de este mediante los cambios recomendados³⁹. De igual forma, esta conducta supone progresos en términos de reconocer la necesidad de la medicación²⁸ y prestar atención a la cantidad de medicamentos y tomas al día¹². Así mismo, el apoyo social y la calidad de vida son significativos en la salud física y psicológica debido a que promueven el desarrollo de estrategias de afrontamiento, control de estrés y disminución de la ansiedad, la depresión y el aislamiento en el paciente⁴⁰. En consecuencia, la adherencia tiene un origen multifactorial, lo que implica intervenir en las características de la enfermedad y del paciente³⁷. Por lo tanto, diseñar un instrumento que permita evaluar áreas biológicas, psicológicas y sociales, si bien puede ser una tarea difícil, podría ser útil para dar una aproximación a la AT desde el área de la psicología.

La AT es considerada importante para los programas de intervención en salud pues genera mayor eficacia para reducir las cifras de enfermedades crónicas⁴¹. Por tal motivo, es clave comprenderla como un fenómeno multicausal donde influyen un sinnúmero de factores provocados por determinadas enfermedades. Igualmente, se deben tener en cuenta el tipo de tratamiento y, desde la posición de cada paciente, las características socioeconómicas. Esto implica abordar cada enfermedad desde las circunstancias personales de cada individuo,

contemplando el consumo de medicamentos, los tipos de alimentación, la actividad física, el cumplimiento y la asistencia a controles médicos, además de un correcto manejo de los factores de riesgo. Finalmente, considerar la autoeficacia en estos análisis permite tener en cuenta la motivación y adopción de conductas promotoras de salud¹⁹.

Para finalizar, el reto de futuras investigaciones en la población colombiana será fortalecer los procesos de adherencia terapéutica. También será fundamental direccionar la evaluación hacia la relación paciente-médico-institución (contexto), con el fin de reducir la deserción de pacientes de cualquier tipo de enfermedad en relación con el tratamiento, así como los costos de servicio en las instituciones de salud.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses durante la realización de la presente investigación y redacción del manuscrito.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Primer autor: análisis estadístico, escritura, correcciones, revisión final y aprobación.
Segundo y tercer autor: trabajo de campo, análisis estadístico, escritura, correcciones, revisión final y aprobación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salinas JL, Espinosa V, González H. Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II e hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [revista en la Internet]. 2017; 17(3): 905-29. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/e-pi-2014/epi143b.pdf>
2. Contreras Torres FV, Esguerra Pérez GA, Espinosa Méndez JC, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol* [revista en la Internet].

- 2006; 5(3): 457-74. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/455>
3. Pascacio-Vera GD, Ascencio-Zarazua GE, Cruz-León A, Guzmán-Priego CG. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco* [revista en la Internet]. 2016; 22(1-2): 23-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de la adherencia terapéutica. En: *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC; 2004. p. 3-6. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
5. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017; 34(2): 245. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>
6. Márquez Duro R. Depresión: Importancia de la adherencia al tratamiento. [Trabajo de grado en Farmacia]. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Farmacia; 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/56451/>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). La magnitud del problema de la adherencia terapéutica deficiente. En: *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC; 2004. p. 7-11. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
8. DiMatteo MR. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychol*. 2004; 23(2): 207-18. Doi: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
9. Fernández Lázaro CI. Adherencia al tratamiento farmacológico en personas con patologías crónicas en grupos de población vulnerables. Ediciones Universidad de Salamanca; 2019. Doi: <https://doi.org/10.14201/gredos.135805>
10. CMAG. No adherencia a la medicación – Una Epidemia. En: *Pautas de adherencia en la gestión de casos (Case Management Adherence Guidelines)*. Estados Unidos; 2006. p. 4-15. Disponible en: <http://docplayer.es/528564-Cmagpautas-de-adherencia-en-la-gestion-de-casos-case-management-adherenceguidelines-version-2-0.html>
11. Kim S-H, Gerver SM, Fidler S, Ward H. Adherence to antiretroviral therapy in adolescents living with HIV: systematic review and meta-analysis. *AIDS* [revista en la Internet]. 2014; 28(13): 1945-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24845154/>
12. Chuquilla Sizalima EE, Maldonado Padilla PE. Asociación entre la percepción de la enfermedad, el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento farmacológico medido con los niveles de hemoglobina glicosilada en pacientes adultos diabéticos tipo 2, que acudieron a la consulta externa en el Centro de Salud Chimbacalle en el período entre el último trimestre del año 2018 y el primer trimestre del 2019. [Trabajo de grado. Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria]. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2019. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17526>
13. Ángeles Alvino JF, Francia Ramón NC. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima. [Trabajo de grado. Título profesional de licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9442>
14. Zafra-Tanaka JH, Ticona-Chávez E. Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(4): 625-32. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>

15. De Andrade Moraes DC, de Oliveira RC, Arruda do Prado AV, da Rocha Cabral J, Aline Corrêa C, Barbosa de Albuquerque MM. El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral. *Enfermería Global*. 2018; 17(1): 96-141. Doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.274001>
16. Da Rocha Cabral J, de Andrade Moraes DC, da Rocha Cabral L, Corrêa CA, da Silva Oliveira EC, de Oliveira RC. Adhesión a la terapia antirretroviral y la asociación en el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. *Enfermería Global*. 2018; 17(4): 1-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.296651>
17. Dos Santos EI, da Silva AL, Santana PPC, Teixeira PA. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Rev Eletronica Gest Saúde*. 2016; (1): 454-70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555881>
18. Reyes-Flores E, Trejo-Álvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Therapeutic adherence: concepts, determinants and new strategies. *Rev Med Hondur [revista en la Internet]*. 2016; 84(3-4): 125-32. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
19. Bedoya Serna BE. Factores influyentes en la adherencia y abandono en la terapia preventiva para la infección por tuberculosis latente en pacientes con VIH. *Arch Med (Manizales)*. 2019; 19(1): 56-65. Doi: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2791.2019>
20. Suárez-Villa M, Lastre-Amell G, Rodríguez-López J, Niebles Rada L, Rincón Navas S, Rincón Britto M. Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa Caribe colombiana. *Revista Latinoamericana de Hipertensión [revista en la Internet]*. 2018; 13(2): 20-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263334004/movil/>
21. Booiman T, Wit FW, Girigorie AF, Maurer I, De Francesco D, Sabin CA, et al. Terminal differentiation of T cells is strongly associated with CMV infection and increased in HIV-positive individuals on ART and lifestyle matched controls. *PLoS One*. 2017; 12(8): e0183357. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183357>
22. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerdá JM, Navarro Aznárez H. Adherence in patients with chronic treatment: data of “adherence day 2013”. *Farm Hosp*. 2015; 39(2): 109-13. Doi: <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2015.39.2.8554>
23. Pedraza-Banderas GL, Vega-Valero CZ, Nava-Quiroz C. Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 2018; 4(2): 214-32. Doi: <https://doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.4.2.2018.186.214-232>
24. Lasso M. Quintero: El virus de la ignorancia fortalece al sida. *Panamá América*. 2018. Disponible en: <https://www.panamaamerica.com.pa/nacion/quintero-el-virus-de-la-ignorancia-fortalece-al-sida-1103901>
25. Rodríguez Quesada P. Estudio de factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH positivos. [Trabajo de grado de doctor en Farmacia]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/36230/1/T36928.pdf>
26. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. El Modelo Biopsicosocial 25 años después: Principios, Prácticas e Investigación Científica. *Revista Chilena de Medicina Familiar [revista en la Internet]*. 2006; 7(2): 67-75. Disponible en: <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/103>
27. Ordóñez Torres DL, Tapia Garzón ME. Asociación entre el nivel de apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados

de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del Centro de Salud Augusto Egas distrito 23 d01 octubre a diciembre del 2016. [Trabajo de grado. Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria]. Santo Domingo: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12975>

28. Díaz-Soto CM, Présiga-Ríos PA, Zapata-Rueda CM. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Revista de Educación y Desarrollo* [revista en la Internet]. 2017; (41): 17-25. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antteriores/41/41_Diaz.pdf

29. Vilató Frómata L, Martín Alfonso L, Pérez Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Rev Cub Salud Pública* [revista en la Internet]. 2015; 41(4): 620-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005

30. Amaya Ropero MC, Carrillo González GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*. 2015; 15(4): 461-74. Doi: <https://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>

31. Bohórquez Gallego M. Uso adecuado de medicamentos en pacientes inscritos al programa de hipertensión arterial de la ese hospital San Vicente de Paul del municipio de Pueblo Rico Antioquia. [Experiencia Profesional Dirigida]. Medellín: Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD; 2014. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/2804>

32. Ardila E. Las enfermedades crónicas. *Biomédica*. 1 de mayo de 2018; 38(Sup1): 5-6. Doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.4525>

33. Gallardo-Solarte K, Benavides-Acosta FP, Rosales-Jiménez R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Rev Cienc*

Salud. 2016; 14(1): 103-14. Doi: <https://dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.09>

34. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol* [revista en la Internet]. 2007; 7(3): 847-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>

35. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*. 2014; 30(3): 1151-69. Doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

36. Valdés Naranjo Y, Pantaleón Bernal OS. Adherencia terapéutica a los anticoagulantes orales y su importancia en la enfermedad tromboembólica venosa. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*. 2016; 17(1): 55-70. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v17n1/ang08116.pdf>

37. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2004; 41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es&tlng=es

38. Díaz Porto Robles ML. La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot* [revista en la Internet]. 2014; 7(1): 73-84. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article%20/view/1554>

39. Achury-Beltrán LF. Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichan* [revista en la Internet]. 2017; 17(4): 460-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v17n4/1657-5997-aqui-17-04-00460.pdf>

40. Quillas Benites RK, Vásquez Valencia C, Cuba Fuentes MS. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en

la consulta ambulatoria. Acta Médica Peru [revista en la Internet]. 2017; 34(2): 126-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n2/a08v34n2.pdf>

41. Piscocya Burga MM. Estilos de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital estatal, Ferreñafe, agosto - diciembre 2018 [Tesis de grado. Licenciado en Psicología]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1871>