



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Martín Alfonso, Libertad; Bayarre Vea, Héctor D.; Grau Ábalo, Jorge A.
Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en
hipertensión arterial
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, núm. 1, enero-marzo, 2008
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INVESTIGACIÓN

Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial

Validation of MBG Questionnaire (Martin-Bayarre-Grau) for the evaluation of therapy adherence in blood hypertension patients

Libertad Martín Alfonso^I; Héctor D. Bayarre Vea^{II}; Jorge A. Grau Ábalo^{III}

^IMáster en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II}DrC.de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III}DrC. Psicológicas. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción En la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba se desarrolla un proyecto de investigación que pretende evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en personas hipertensas, en este marco fue necesaria la construcción y validación de un cuestionario que permitiera realizar su medición.

Objetivos Presentar el proceso de construcción del cuestionario así como la validación de contenido, de construcción lógica y la evaluación de su consistencia interna.

Métodos La validación de contenido se realizó a través de la metodología propuesta por *Moriyama*. La muestra utilizada para la evaluación de la confiabilidad interna y validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico, mayores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Van-Troi (n: 114) del Municipio Centro Habana. La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y la validez de construcción del MBG fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales.

Resultados El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para la muestra fue de ,889. Los resultados de la validación de contenido permitieron considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario; aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento son adecuadas. Los resultados sugirieron la presencia de tres factores denominados: *Cumplimiento activo*, *Autonomía ante el tratamiento* y *Complejidad de la adhesión*, que explicaron el 68,72 % de la varianza acumulada.

Conclusiones Los resultados obtenidos por estas alternativas de validez fueron favorables. Está disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento, validación, cuestionario, hipertensión arterial.

SUMMARY

Introduction A research project aimed at evaluating the levels of adherence to treatment in hypertensive persons is being conducted in the National School of Public Health of Cuba; to this end, the construction and validation of a questionnaire in order to measure this aspect were required.

Objectives To present the process of validation of contents and the logical construction of the questionnaire as well as the evaluation of its internal consistency.

Methods Contents validation was carried out using a methodology submitted by Moriyama. The sample used to evaluate internal reliability and validity of the internal construction of MBG questionnaire was made up of patients with essential blood hypertension, aged over 20 years and living in the health area under Van Troi polyclinics (N: 114) in Centro Habana municipality. Internal consistency was determined by Cronbach's alpha coefficient estimation whereas validity of MBG construction was evaluated by a factor analysis of main components.

Results Cronbach's alpha coefficient of internal consistency was 0,889 for the sample. The contents validation allowed considering that the formulation of items was reasonable, they were clearly defined and their presence in the questionnaire was justified; the submitted categories to be included in the construction of this instrument were adequate. The results indicated the existence of three factors: active adherence, autonomy in the face of treatment and adherence complexity, all of which accounted for 68,72% of accrued variance.

Conclusions The achieved results were favourable. An instrument comprising adequate conditions and valid criteria that support its use and application in the field of research and of medical practice is available.

Key words: Therapy adherence, treatment adherence, validation, questionnaire, blood hypertension.

INTRODUCCIÓN

Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial,¹ algunos estudios han informado que entre el 24 y el 30 % de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza. En los resultados de una revisión de la literatura llevada a cabo por Merino y Gil en 2001, se encuentran porcentajes de incumplimiento de las prescripciones farmacológicas que oscilan entre el 15,7 y el 66,0 %.²

La adherencia terapéutica se ha conceptualizado de diferentes formas.³ La OMS en el año 2004, planteó una definición de la adherencia al tratamiento prolongado que fusiona definiciones de autores como Haynes y Rand, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesionales como requisito esencial para una práctica

terapéutica eficiente. El proyecto de la OMS considera a la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria."⁴

En la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP) se desarrolla un proyecto de investigación que pretende evaluar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Una amplia revisión de literatura sobre el tema permitió asumir, para los fines de esta investigación, una definición operacional de adherencia terapéutica que es consistente con los postulados esenciales que caracterizan este proceso, destacados por los autores explorados incluyendo la enunciada por la OMS.⁵⁻⁸

Se adoptó como definición de adherencia terapéutica, la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico." Esta definición a partir de un análisis de su contenido estuvo compuesta inicialmente por cuatro categorías, las que orientaron desde el punto de vista conceptual la construcción del cuestionario.

Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares, entre otros.⁹ Después de una amplia revisión bibliográfica se confirmó que no se cuenta con un instrumento que se ajustara a la concepción acerca de la adherencia terapéutica que querían expresar los autores. Por eso fue necesaria la construcción de un instrumento que permitiera realizar su medición, siguiendo los presupuestos teóricos y conceptuales antes expuestos.

Se escogió la elaboración de un cuestionario de autorreporte, corto y sencillo, de fácil aplicación y cómodas posibilidades de respuesta por parte del paciente, como la mejor vía para realizar la evaluación rápida del nivel de adhesión o no que tiene el paciente al tratamiento médico indicado. Se reconoció que el reporte del paciente resulta ser más confiable y ajustado, que la información dada por los propios médicos y familiares.¹⁰

La necesidad de validar el cuestionario elaborado, para ofrecerlo a la comunidad científica y recomendar su uso, ha sido satisfecha hasta este momento, a través de una validación de contenido por criterio de expertos, la evaluación de la confiabilidad interna y el análisis de la validez de construcción lógica.

La validación de contenido se refiere al grado en que la prueba que se está usando, representa y es capaz de expresar la característica que se investiga; con esta se determina si el instrumento incluye todos los aspectos del concepto estudiado. Esta alternativa de validez concierne al grado de rigor con que el instrumento contempla el entorno teórico en el que se inscribe la categoría sintetizada.¹¹ El presente artículo muestra el proceso de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) y los resultados de la validación de contenido, la evaluación de la consistencia interna y la validez de construcción lógica realizada en una muestra de pacientes hipertensos.

MÉTODOS

Construcción del cuestionario

Se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Lickert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético (anexo 1a, anexo1b).

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

Proceso de validación de contenido

Se utilizó la metodología propuesta por *Moriyama*,¹² para evaluar la calidad de su construcción y la correspondencia de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen.

La estructura y formulación de las preguntas del cuestionario fue sometido a un proceso de validación de contenido por criterio de expertos. El criterio de los jueces expertos se utilizó para evaluar la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas y para evaluar el cuestionario de acuerdo a las cinco propiedades básicas formuladas por *Moriyama*. La respuesta de los expertos, valoración que ellos realizaron sobre las referidas propiedades se recogió a través de una escala ordinal que incluyó: Mucho, Poco y Nada.

El cuestionario de validación fue sometido, antes de su aplicación con el objetivo de validación, a un proceso de pilotaje. Fue aplicado a cinco investigadores considerados como expertos, cuyas sugerencias permitieron su corrección quedando así confeccionado el cuestionario de validación definitivo (anexo 2a, anexo 2b, anexo 2c, anexo 2d).

También se realizó un estudio piloto en un grupo de 25 pacientes, para comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento.

La selección de los jueces expertos, se realizó teniendo en consideración su experiencia profesional e investigativa en el ejercicio de las ciencias médicas y psicológicas, para de este modo tener la posibilidad de obtener criterios de diversos especialistas y realizar un análisis integral del problema de estudio. Se incluyeron profesionales considerados expertos en psicología, medicina interna, enfermería y medicina general integral, que ejercieran su actividad profesional en los tres niveles de atención, en dos provincias del país. Se seleccionaron diez jueces expertos siguiendo los criterios mencionados anteriormente, quienes respondieron el cuestionario de validación definitivo.

La caracterización de los jueces expertos es como sigue: dos psicólogos de la provincia Granma, uno de atención primaria de salud y otro del segundo nivel de atención, una

psicóloga de tercer nivel de atención en la provincia Ciudad de la Habana, un psicólogo de un instituto nacional de investigaciones, tres médicos de Ciudad de la Habana, dos especialistas de medicina general integral y un especialista en medicina interna del segundo nivel de atención, dos enfermeras de atención primaria de salud, una de Ciudad de la Habana y otra de la provincia Granma y una enfermera de tercer nivel de atención trabajadora del Instituto Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Evaluación de la confiabilidad interna y validez de construcción lógica del MBG

La muestra estudiada para el proceso de validación estuvo compuesta por pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico mayores de 20 años, que desearan colaborar con la investigación, residentes en el Municipio Centro Habana y pertenecientes al área de salud que atiende el Policlínico Van-Troi (n: 114).

La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach de forma global, eliminando el puntaje del ítem a analizar y con la correlación Ítem-total y el Coeficiente de determinación. Este último ofrece información acerca del grado de homogeneidad entre los reactivos que constituyen un instrumento.¹³

La validez de construcción del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) , fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales utilizando el método de rotación Varimax. Se realizó un análisis de las comunalidades para conocer la representatividad de las variables en los factores retenidos y de la consistencia interna por factor retenido.

Herrans, citado por *Bernal y Bonilla*,¹⁴ considera que la estructura factorial de un instrumento permite documentar su validez de construcción lógica la cual debe corresponder en esencia con las dimensiones establecidas en la nosología del constructo que se mide.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en tres secciones. La primera contiene los resultados del análisis de la consistencia interna, la segunda la validación de contenido según las propiedades básicas de un instrumento y la correspondencia de los ítems con las categorías propuestas y la definición operacional. La tercera presenta los hallazgos sobre la validez de construcción lógica.

Confiabilidad interna

El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra fue de ,889. La media por ítems, la desviación estándar, la correlación entre el ítem y la puntuación total del MBG y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado se presentan en la tabla 1. Los ítems con los promedios más altos fueron: 1, 3, 6, y el 9. En la correlación Ítem-total del MBG, la mayoría alcanzaron valores superiores a ,50, lo cual es indicador de un buen nivel de consistencia entre los ítems, siendo el 8 y 9 los de más elevada correlación. Sólo los ítems 7 y 11 no sobrepasaron el valor de ,50. También todos contribuyeron a mantener un Alfa de Cronbach superior a ,80 de ser eliminados, por lo que se puede señalar una buena homogeneidad del instrumento elaborado.

Validación de contenido

Valoración de los ítems según propiedades básicas de un instrumento formuladas por Moriyama

Los resultados de la valoración realizada por los expertos se recogen en la tabla 2. Se consideró que el ítem es Bueno cuando al menos el 70 % de los expertos lo evaluó en la categoría Mucho. A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada categoría:

- Razonable: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Discrimina variaciones: los ítems 2, 5, 11 y 12 obtuvieron menos de 70 %.
- Justificable: todos los ítems alcanzaron puntuaciones mayores o iguales a 70 %.
- Claramente definido: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Datos factibles de obtener: sólo el ítem 11 obtuvo menos de 70 %.

Como se observa en la tabla 2, los resultados permiten considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario. La propiedad de peores resultados fue "si el ítem discrimina variaciones del constructo" donde 4 ítems no alcanzaron el 70 %. Y también un ítem fue valorado sólo por el 50 % de los expertos como que "ofrece datos fáciles de obtener". Estos resultados llevaron a realizar modificaciones en la formulación inicial del ítem 11. Es importante señalar que las respuestas dadas a la última pregunta del cuestionario de validación, donde se solicitó a los expertos Otras Sugerencias, permitió modificar el uso de términos y mejorar la formulación de algunos ítems, lo que contribuyó al logro de mayor claridad en su redacción.

Valoración de la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas

Las respuestas brindadas por todos los expertos a los incisos A y B del cuestionario de validación, aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento eran apropiadas, es decir, no realizaron propuestas de modificaciones, ni consideraron pertinente excluir alguna. Sin embargo dos de ellos opinaron que se debía lograr mayor diferenciación entre las categorías 2 y 3, criterio muy importante y coherente con los resultados de la tabla 3 que se comentan a continuación. Un experto consideró conveniente incluir otras categorías, las que se consideraron como factores influyentes en la adherencia terapéutica, tal como lo describe la literatura,⁶⁻⁸ pero no componentes o unidades integrantes que representen parte del concepto asumido en esta investigación. Por esa razón no se tuvo en cuenta este criterio.

Muy útil resultó la valoración de la correspondencia entre las categorías y los ítems redactados para su medición, pues permitió realizar un ajuste en la propuesta definitiva de aquellas que conformarían la definición operacional de adherencia.

Como se observa en la tabla 3, se obtuvo que más de 50 % de los expertos incluyeron los ítems 5, 6, 8 y 9 en dos categorías: Participación activa y Carácter voluntario, esto indica que ambas categorías no fueron consideradas excluyentes, lo cual llevó a considerar la reformulación de estas desde el punto de vista teórico y a incluir los ítems de ambas en una sola categoría denominada: Implicación activa del paciente en el cumplimiento. Los demás ítems fueron incluidos en las categorías correspondientes por la mayoría de los expertos (más del 70 %).

Las categorías que recorren la definición operacional de adherencia terapéutica que se propone quedaron reformuladas y definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera:

- Cumplimiento del tratamiento: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescriptas (CT).
- Implicación personal: es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (IP).
- Relación transaccional: es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (RT).

Los ítems con las categorías propuestas, resultantes del proceso de validación fueron:

- CT: ítems 1, 2, 3, 4.
- IP: ítems 5, 6, 8, 9 y 10.
- RT: ítems 7, 11 y 12.

Validez de construcción lógica del cuestionario MBG

Las tablas 4 y 5 presentan un resumen de los hallazgos sobre la estructura factorial. Los resultados sugieren la presencia de tres factores denominados: *Cumplimiento activo*, *Autonomía ante el tratamiento* y *Complejidad de la adhesión*, que explican el 68,72 % (tabla 4) de la varianza acumulada en el MBG y se establecen utilizando el criterio de valor total mayor o igual a 1.

El primer factor, *Cumplimiento activo*, agrupa 5 ítems que aluden al cumplimiento de las principales indicaciones médicas como son tomar los medicamentos en el horario establecido, realizar las orientaciones acerca de la dieta y asistir a las consultas programadas y ejecutar estas a través de la participación activa del paciente, de manera que perciba el cumplimiento sin la realización de grandes esfuerzos. Este factor explica el 46,45 % de la varianza. El factor 2, *Autonomía del cumplimiento* contiene 4 ítems que se refieren a modos de actuación en los que el paciente asume el cumplimiento de su tratamiento, de modo independiente de la familia, en colaboración con el médico o utilizando recursos personales que garanticen el cumplimiento. Este factor explica el 13,28 % de la varianza. El factor 3 denominado, *Complejidad de la adhesión* agrupa 3 ítems que reflejan aspectos del proceso de adherencia que presentan cierta complejidad, referidas tanto a indicaciones médicas, ejemplo realizar los ejercicios físicos que forman parte del tratamiento, como lograr participar de manera conjunta con el médico en la decisión del tratamiento a seguir. Este factor sólo explica el 8,99 % de la varianza.

DISCUSIÓN

El cuestionario que se propone, suple en alguna medida la carencia existente en el ámbito investigativo cubano de instrumentos razonables, que permitan evaluar de manera rápida y sencilla la adherencia al tratamiento médico y encaminar la ejecución de investigaciones en este tema. Además, permite ofrecer al personal médico de asistencia una herramienta metodológica, para evaluar el comportamiento del paciente más allá del manejo empírico de datos que obtiene por la simple observación de la conducta cotidiana o habitual del paciente, la cual muchas veces está sesgada por la subjetividad natural del profesional o el poco conocimiento sobre este.

El instrumento tiene validez de contenido; esto constituye un importante indicador de su valor y una justificación loable tenida en cuenta en el proceso de validación, pues esta alternativa de validez, permite realizar una valoración crítica del constructo teórico del que se parte y las categorías que se proponen, las cuales expresan un modo específico de conceptualizar el fenómeno de la adherencia terapéutica, tal como se ha expresado en este y en trabajos precedentes.^{3,15,16} Se parte de considerar la adherencia terapéutica como un proceso donde el paciente participa de modo activo y donde se produce una relación de colaboración entre este y su médico con el fin de obtener un resultado comportamental adecuado; la adherencia así concebida supera el mero cumplimiento obediente y pasivo que fomentaría poco la responsabilidad del individuo con el control de su enfermedad.

Por otra parte, los resultados de la validez de construcción lógica arrojan la agrupación de los ítems en tres factores, lo cual coincide con la hipótesis acerca del mismo número de categorías que recorren el constructo de base, y estos aluden a dimensiones teóricas que responden a características esenciales del proceso de adherencia al tratamiento identificadas en la literatura y utilizadas como fundamento de esta investigación. Otro aspecto a comentar es el índice de consistencia interna obtenido, el cual indica que se trata de un instrumento con propiedad de homogeneidad.

El cuestionario ha sido aplicado a amplias muestras de pacientes hipertensos; los datos derivados de esta aplicación se encuentran en proceso de ejecución y análisis para su posterior publicación. También en la práctica se comprobado su funcionabilidad al ser utilizado para discriminar con rapidez grupos de pacientes hipertensos adheridos y no adheridos al tratamiento, antes de la aplicación de técnicas de investigación cualitativa, por ejemplo grupos nominales o entrevistas, donde los propios pacientes han confirmado *a posteriori* pertenecer a uno u otro grupo. Actualmente se ha extendido su uso en investigaciones aún en curso, con pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 y con personas portadoras de VIH.

Finalmente, se puede decir que está disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica. Como toda obra humana puede ser perfectible, de hecho, el instrumento podrá mejorarse con otros criterios de validez que consoliden en un futuro su valor predictivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ingaramo RA, Vita N. Bendersky M. Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento. Rev Federación Argentina Cardiología. 2005;34:104-11.
2. Universidad Central de Las Villas "Marta Abreu". El problema de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. [serie en Internet]. [citado 2007]. Disponible en: <http://psicología.sociales.uclv.edu.cu/3er%simposio/ponencia9.htm>
3. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(4).
4. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Geneva: OMS;2004.

5. Friedman HS, DiMatteo MR. Adherence and practitioner patient relationship. In: Friedman HS, DiMatteo MR, editors. Health Psychology. NY: Prentice Hall; 1989.p.68-100.
6. Amigó I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: Amigó I, editor. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide;1998.p. 229-70.
7. Rodríguez Marín J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marín J, editor. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis;1995.p.151-60.
8. Ferrer Pérez V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. J Health Pshychol. 1995;7(1).
9. Macía D, Méndez FX. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, editores. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI;1996.
10. Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care España. 1999;1:97-10.
11. Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos, SA;1997.
12. Moriyama IM. Indicador of social change. Problems in the measurent of helth status. New York: Rusell Sage Foundation;1968.
13. Anastasi A. Test Psicológicos. La Habana: Instituto del libro, Edición Revolucionaria;1970.
14. Bernal G, Bonilla J, Santiago J. Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para sintomatología psicológica en una muestra clínica. El IDB y la Lista de Cotejo de Síntomas. Rev Latinoamericana Psicología. 1995;27:207-29.
15. Martín Alfonso L, Grau Ábalo J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Rev Psicología Salud. 2004;14(1):89-101.
16. Martín Alfonso L, Grau Ábalo J. La adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la salud. En: Grau Ábalo J, editor científico. Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. México, D.F.: Universidad de Guadalajara;2005.

Recibido: 19 de julio de 2007.

Aprobado: 3 de septiembre de 2007.

Libertad Martín Alfonso. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Línea esq. I, El Vedado. La Habana 10400, Cuba. E mail: liber@infomed.sld.cu