



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**“LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DESDE DOS
MODELOS EXPLICATIVOS EN
ADULTOS CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL Y DIABETES, DE
TRUJILLO”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

HENRY SANTA CRUZ ESPINOZA

LIMA – PERÚ

2025

ASESORA

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

JURADO DE TESIS

DR. CARLOS LOPEZ VILLAVICENCIO

PRESIDENTE

DR. RAMIRO GUTIERREZ VASQUEZ

VOCAL

DR. FREDY SANTIAGO MONGE RODRIGUEZ

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mi madre, quien me enseñó que el valor de la persistencia y el progreso se encuentran en seguir adelante, sin importar los obstáculos.

A mi esposa, quien es mi fortaleza en los momentos de cansancio, y para quien este logro es también una alegría compartida.

AGRADECIMIENTOS.

A mi asesora, por su aliento constante y orientación, que me impulsaron a terminar este proyecto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	02	DICIEMBRE	2024
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	SANTA CRUZ ESPINOZA HENRY		
PROGRAMA DE POSGRADO	DOCTORADO EN PSICOLOGÍA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2013		
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	“LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DESDE DOS MODELOS EXPLICATIVOS EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES, DE TRUJILLO”		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	Tesis		
Declaración del Autor			
<p>El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros.</p> <p>No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.</p>			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	986875697		
E-mail	henry.santa.cruz.e@upch.pe		



Firma del Egresado

DNI 18168240

ev.turnitin.com/app/carta/es/?lang=es&u=1082125592&is=1&o=2703011723&ro=103

turnitin

1 de 11: HENRY SANTA CRUZ ESPINOZA
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DESDE DOS MODELOS EXPLICATIVO...

Similitud 14% Marcas de alerta



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**“LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DESDE DOS
MODELOS EXPLICATIVOS EN
ADULTOS CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL Y DIABETES, DE
TRUJILLO”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

HENRY SANTA CRUZ ESPINOZA

LIMA – PERÚ

Página 1 de 92 18254 palabras 90%

2025

Informe estándar

Informe en inglés no disponible Más información

14% Similitud Filtros

estándar

6 Exclusiones

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

- 1 Internet
- www.scu.sid.cu <1%
- 9 bloques de texto 148 palabra que coinciden

- 2 Internet
- www.researchgate.net <1%
- 12 bloques de texto 135 palabra que coinciden
- 3 Internet
- librosoa.unam.mx <1%
- 6 bloques de texto 74 palabra que coinciden

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS.....	6
III. HIPÓTESIS.....	7
IV. MARCO TEÓRICO	8
V. METODOLOGÍA	25
5.1. Tipo y diseño de la investigación.....	25
5.2. Población y muestra	27
5.3. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables	28
5.4. Técnicas e instrumentos	30
5.5. Procedimiento de recolección de datos	40
5.6. Plan de análisis de datos.....	41
5.7. Consideraciones éticas	43
VI. RESULTADOS	44
VII. DISCUSIÓN.....	48
VIII. CONCLUSIONES	53
IX. RECOMENDACIONES.....	54
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS	

RESUMEN

La investigación tuvo como propósito comparar la capacidad explicativa del Modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales respecto a la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo. Se utilizó un diseño explicativo, transversal con variables manifiestas y una muestra no probabilística de 444 participantes. Se evaluaron las variables mediante instrumentos diseñados específicamente, validados en su contenido, estructura interna y consistencia interna. Los hallazgos revelaron que ambos modelos tuvieron ajustes estadísticos adecuados, pero con diferencias en su capacidad explicativa: el modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado explicó el 15% de la variabilidad en adherencia, con efectos directos pequeños entre sus componentes; mientras que el modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales solo explicó el 12%, mostrando efectos directos triviales y pequeños entre sus factores. Se concluyó que el Modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado tuvo una mayor capacidad explicativa respecto a la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes.

Palabras clave:

Adherencia al tratamiento, Modelos teóricos, Enfermedades crónicas.

ABSTRACT

The purpose of the research was to compare the explanatory capacity of the Theory of Planned Behavior Model and the Information-Motivation-Behavioral Skills Model regarding adherence to treatment in adults with arterial hypertension and diabetes in Trujillo. An explanatory, cross-sectional design with manifest variables and a non-probabilistic sample of 444 participants was used. The variables were assessed by means of specifically designed instruments, validated in terms of content, internal structure and internal consistency. The findings revealed that both models had adequate statistical adjustments, but with differences in their explanatory capacity: the Theory of Planned Behavior model explained 15% of the variability in adherence, with small direct effects among its components; while the Information-Motivation-Behavioral Skills model explained only 12%, showing trivial and small direct effects among its factors. It was concluded that the Theory of Planned Behavior Model had a greater explanatory capacity with respect to adherence to treatment in adults with arterial hypertension and diabetes in Trujillo

Keywords:

Adherence to treatment, Theoretical models, Chronic diseases.

I. INTRODUCCION

La prevalencia de las enfermedades crónicas, también conocidas como enfermedades no transmisibles, constituye una problemática de alcance mundial, ya que son responsables del 74 % de las muertes a nivel global. Cada año, se estima que 17 millones de adultos menores de 70 años fallecen a causa de este grupo de enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023a). Entre las más frecuentes se encuentran la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, las cuales presentan altas tasas de prevalencia en la población adulta. En 2021, se reportaron 537 millones de adultos diagnosticados con diabetes, de los cuales 32 millones residen en Sudamérica (International Diabetes Federation, 2021). En cuanto a la hipertensión, afecta a aproximadamente 1,280 millones de adultos en el mundo, aunque solo el 42 % de ellos cuenta con un diagnóstico y tratamiento adecuados (OMS, 2023b).

Ante este panorama, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024) destaca que la detección precoz y el tratamiento oportuno son elementos esenciales para una respuesta efectiva frente a estas enfermedades. Sin embargo, uno de los principales desafíos en el ámbito clínico sigue siendo la adherencia al tratamiento farmacológico (Pagés-Puigdemont & Valverde-Merino, 2020). El incumplimiento terapéutico por parte de pacientes con enfermedades crónicas representa un problema global, asociado a complicaciones médicas, deterioro de la calidad de vida, aparición de resistencia a los fármacos y un importante desperdicio de recursos en los sistemas de salud (World Health Organization [WHO], 2003).

La adherencia al tratamiento no debe ser entendida solo como la administración y toma de medicamento, sino que abarca diferentes

comportamientos saludables (WHO, 2003). Los pacientes con enfermedades crónicas son quienes mayores dificultades encuentran al momento de adherirse al tratamiento (Ameri et al., 2020), puesto que su recuperación depende no solo de la administración de medicamento sino también de un cambio a estilos de vida más saludables (WHO, 2003). La no adherencia al tratamiento no solo trae consigo complicaciones en la salud del individuo sino mayores gastos sanitarios (Nelson et al., 2018).

Algunos factores como la edad, el nivel educativo y el conocimiento respecto a la enfermedad o situación contribuyen a participar en comportamientos protectores de salud (Alagili & Bamashmous, 2021). Específicamente, las creencias de salud y las actitudes hacia el personal médico y el sistema sanitario han mostrado asociaciones con el cumplimiento al tratamiento (Rowe et al., 2019).

En esa misma línea, la WHO (2003) señaló que más allá de la edad, el sexo, la educación y las variables de personalidad, la adherencia al tratamiento se relaciona con los conocimientos sobre la enfermedad, las creencias acerca del tratamiento y percepciones sobre aspectos de la enfermedad. También algunos reportes de estudios centrados en el paciente, muestran que la gravedad atribuida a la enfermedad, la autoeficacia y el control percibido sobre comportamientos se asociaron al cumplimiento (Becker & Rosenstock, como se citó en WHO, 2003).

Desde el enfoque de la psicología de la salud, se busca promover conductas saludables y prevenir aquellas que representan riesgos, a través de intervenciones basadas en modelos teóricos que permitan comprender los mecanismos del comportamiento humano (Yang et al., 2020). Entre estos modelos, destacan la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB, por sus siglas en inglés) propuesta

por Ajzen en 1991 y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMB, por sus siglas en inglés) desarrollado por Fisher y Fisher en 1992. Ambos han demostrado ser útiles en la explicación de conductas de salud en el contexto de enfermedades crónicas (Lee et al., 2016; Rich et al., 2015).

La TPB, se enmarca dentro de los modelos cognoscitivos, sostiene que la conducta puede predecirse a partir de la intención de realizarla, la cual, a su vez, se ve influenciada por la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control percibido sobre la misma. Este modelo ha mostrado su capacidad predictiva en diversas manifestaciones del comportamiento humano (Yuriev et al., 2020) y ha recibido amplia atención en campos como las ciencias ambientales, los negocios, la gestión y la educación (Bosnjak et al., 2020; Ulker-Demirel & Ciftci, 2020).

Particularmente en el ámbito de la salud, se ha utilizado para explicar la adherencia al tratamiento en pacientes con epilepsia (Lin et al., 2016), diabetes tipo II (Dilekler et al., 2021), y obesidad (Leija et al., 2019); así como para mejorar los resultados de intervenciones orientadas a fomentar la actividad física en la prevención de la diabetes (Marashi et al., 2020); asociarse a conductas de autocuidado en personas con hipertensión (Pourmand et al., 2020), y predecir intenciones de vacunación (Shmueli, 2021), evidenciando su aplicabilidad en conductas asociadas al cuidado de la salud.

Sin embargo, a pesar de la solidez empírica de la TPB, la WHO (2003) ha señalado que el modelo IMB también es adecuado para abordar conductas de salud, ya que incorpora el conocimiento como un componente central, un aspecto que no es considerado explícitamente por Ajzen (2015). El IMB plantea que la adopción de conductas depende de información sobre las conductas saludables, la motivación

personal y social, y las habilidades para mantener la salud (Klonoff, 2019). Estos elementos han demostrado ser efectivos en el cambio de comportamientos de salud (Starks et al., 2017) y se han utilizado ampliamente para estudiar la adherencia al tratamiento (Alexander et al., 2017).

Otros estudios respaldan su aplicabilidad. Por ejemplo, ha mostrado éxito en intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia a la medicación, la dieta y la actividad física en pacientes con VIH/SIDA (Ameri et al., 2020), así como en programas destinados a aumentar las conductas de autocuidado en personas con hipertensión (Salari et al., 2024). También ha permitido predecir la práctica de ejercicio físico en adultos con diabetes tipo 2 (Ferrari et al., 2020); y sus componentes de información y motivación han demostrado tener influencia en la probabilidad de cumplimiento del tratamiento en pacientes con hepatitis B (Bhimla et al., 2022).

Por lo expuesto, es relevante conocer el poder explicativo de dos teorías que intentan explicar el comportamiento de adherencia ampliamente utilizados en el campo de la psicología de la salud: la Teoría del Comportamiento Planificado y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Aunque ambos han demostrado utilidad por separado, la literatura actual carece de estudios empíricos que evalúen comparativamente su capacidad explicativa. Esta comparación es fundamental para determinar cuál de los dos enfoques proporciona una comprensión más precisa y útil de los factores que influyen en la adherencia. En consecuencia, este estudio busca responder al siguiente problema de investigación: ¿Existen diferencias en la capacidad explicativa entre el Modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado y el Modelo de Información-Motivación-

Habilidades Conductuales respecto a la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo?

La presente investigación aporta teóricamente al análisis de la capacidad explicativa de dos modelos ampliamente utilizados en la psicología de la salud. Si bien ambos modelos han mostrado eficacia de forma individual en el estudio de comportamientos relacionados con la salud, la Teoría del Comportamiento Planificado ha enfatizado elementos cognitivos en su modelo, mientras que el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales ha resaltado las habilidades comportamentales.

Por otro lado, existe un vacío en la literatura científica respecto a estudios que comparen directamente su capacidad explicativa en una misma población, particularmente en adultos con hipertensión y diabetes mellitus en contextos latinoamericanos. Esta investigación busca enriquecer el cuerpo de conocimiento existente y sentar bases más sólidas para el diseño de futuras intervenciones, según la relevancia obtenida de los factores cognitivos o comportamentales. Este aporte resulta especialmente relevante, ya que las teorías que explican conductas de salud requieren acumular evidencia empírica que determine su utilidad en el diseño de intervenciones orientadas a mejorar la adherencia terapéutica (Rich et al., 2015).

Asimismo, al identificar los elementos del modelo que mejor explican el cumplimiento del tratamiento, se generará información clave para diseñar intervenciones más efectivas dirigidas a aumentar la adherencia. Esto puede traducirse en una mejora importante en el manejo clínico de pacientes con enfermedades crónicas, ya que una mejor adherencia reduce complicaciones, hospitalizaciones y costos sanitarios. Además, el modelo más efectivo podrá

orientar a profesionales de la salud en el diseño de estrategias centradas en el paciente, abordando no solo aspectos clínicos, sino también conductuales, motivacionales y educativos.

Por último, el desarrollo de instrumentos psicológicos para evaluar la adherencia al tratamiento desde modelos teóricos con comprobada capacidad explicativa en conductas de salud representa un aporte significativo. Los métodos más utilizados para evaluar la adherencia son los exámenes físicos y las entrevistas clínicas; sin embargo, estos presentan limitaciones: los primeros miden resultados más que los procesos implicados, y los segundos pueden ser subjetivos. En este sentido, la creación de instrumentos estandarizados podría complementar dichas estrategias, ofreciendo herramientas más sólidas y útiles en el contexto clínico (Ortiz & Ortiz, 2007).

Como limitaciones se pueden presentar las siguientes: El corte transversal y diseño no experimental, limitan el reporte de relaciones causales. Asimismo, el estudio utiliza el autorreporte por lo cual se pueden presentar algunos sesgos en las respuestas emitidas. Además, el tipo de muestreo no probabilístico de tipo accidental afectará la validez externa de la investigación, limitando la generalización de los resultados.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar la capacidad explicativa del Modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales respecto a la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo.

Objetivos específicos

- Determinar las relaciones entre las dimensiones del Modelo explicativo de Teoría del Comportamiento Planificado para la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo.
- Determinar las relaciones entre las dimensiones del Modelo explicativo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales para la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo.

III. HIPÓTESIS

Hipótesis general

Existen diferencias en la capacidad explicativa entre el Modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales respecto a la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo.

Hipótesis específicas

- Existe relación entre las dimensiones del Modelo explicativo de la Teoría del Comportamiento Planificado para la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo.
- Existe relación entre las dimensiones del Modelo explicativo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales para la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, de Trujillo.

IV. MARCO TEÓRICO

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se refiere al grado en que los individuos siguen las recomendaciones de salud, lo que implica asistir a consultas, tomar la medicación prescrita, realizar los cambios necesarios en su rutina y cumplir con los análisis indicados. Depende de factores como la prioridad que se le asigna al tratamiento, la percepción de la gravedad del problema, la confianza en la eficacia

del tratamiento y la disposición personal a adoptar los cambios sugeridos (Silva et al., 2005).

Aunque la mayor parte de investigaciones sobre adherencia prestan atención a la parte médica como componente principal, la WHO (2003) ha ampliado esta perspectiva y refiere que el término debe considerar cualquier régimen o comportamiento saludable que ayude a la recuperación o mantenimiento de la salud; tanto los relacionados a la enfermedad como los que buscan disminuir conductas de riesgo (vacunarse, cumplir con los seguimientos médicos, modificar hábitos poco sanos, el autocuidado, la reducción de conductas dañinas como el tabaquismo y conductas sexuales de riesgo). Como manifiesta Cohen (2009) el sostenimiento de hábitos saludables debe centrarse en que el paciente se involucre, así como la toma de decisiones acordadas tanto por paciente como por profesional de la salud.

Esta definición toma mayor relevancia al referirnos a enfermedades crónicas, puesto que estas enfermedades exigen modificaciones en los hábitos cotidianos para la mejora o mantenimiento de la salud (Tibebu et al., 2017). Pese a ello, enfermedades como la diabetes e hipertensión arterial representan desafíos al momento de adherirse a las recomendaciones establecidas, por lo que tanto el tratamiento como el seguimiento distan de ser óptimos. Las consecuencias de una adherencia deficiente son complicaciones médicas, disminución en la calidad de vida, desperdicio de recursos asistenciales (Rich, 2015).

Según la WHO (2003), existen diversos enfoques para explicar la adherencia al tratamiento. El enfoque biomédico tradicional considera al paciente como un receptor pasivo, atribuyendo la falta de adherencia a características

individuales y percepciones sobre los síntomas. La teoría comportamental, por su parte, se basa en antecedentes y consecuencias del comportamiento, utilizando refuerzos para influir en la adherencia. Los enfoques de comunicación promueven una relación más equitativa entre profesional y paciente, mejorando la satisfacción, pero con poca influencia en el cumplimiento. La perspectiva de autorregulación integra contexto y respuestas cognitivas ante amenazas, requiriendo que el paciente tenga un modelo mental y la convicción de que puede controlar su conducta y entorno. Finalmente, los enfoques sociales – cognitivos sugieren que cualquier cambio en la conducta se fundamente en la creencia del éxito para alcanzar dicha conducta (Ortiz & Ortiz, 2007).

Factores asociados a la adherencia al tratamiento

Ortiz (2013) señala que los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se agrupan en cuatro categorías: las características del tratamiento, ya que a mayor percepción de costo o complejidad, mayores serán las dificultades para seguirlo; las características de la enfermedad o padecimiento, pues cuando la enfermedad se percibe como dolorosa o con muchos síntomas, la adherencia tiende a aumentar y, por último, los factores relacionados con el paciente y su entorno social, en los que influyen las creencias, actitudes personales y el apoyo percibido de otros. Por tanto, se considera que la no adherencia influenciado por diferentes eventos y características del paciente y su entorno (Cordero-Sánchez et al., 2022).

Por otro lado, Najimi et al. (2018) identificaron diversas barreras personales y ambientales que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas. Entre ellas se encuentran los desafíos de la vida, que incluyen dificultades financieras, responsabilidades cotidianas y la falta de apoyo

familiar, especialmente visibles al inicio del tratamiento farmacológico. También se destaca la incompatibilidad, relacionada con conflictos y reacciones negativas del paciente frente al tratamiento, como respuestas psicológicas adversas, insatisfacción con la medicación e incapacidad para seguir el régimen prescrito. De igual modo, otro estudio señala que a mayor edad, y mayor evolución de la diabetes, se hace menor la probabilidad de adherirse al tratamiento (Díaz et al., 2023).

Teoría del Comportamiento Planificado

La TPB es un modelo teórico cognitivo que surge de la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975), que sostiene que la conducta (acción ejecutada) puede predecirse desde la intención (disposición para llevar a cabo la conducta) y ésta, a su vez, es explicada por la actitud hacia la conducta (creencias acerca de una conducta y su evaluación), la norma subjetiva (creencias acerca de que las personas significativas consideran que se debe o no realizar la conducta) y la motivación para cumplir el referente.

Esta teoría sólo podía ser aplicada a comportamiento volitivos donde el sujeto tenía determinado control sobre la situación; sin embargo, existen otros comportamientos que requieren recursos, habilidades o cooperación; es decir, una persona no puede tener la intención de realizar una conducta si no percibe ésta bajo su control personal o no posea un control real sobre dicha conducta (Webb & Sheeran, 2006). Para subsanar este vacío en la teoría, Ajzen adicionó un elemento más: el control subjetivo, denominándose la Teoría del comportamiento planificado. Por el control subjetivo, la persona considera fácil o difícil llevar a cabo la conducta y tiene influencia en la intención, como en la conducta misma (Ajzen, 1991).

Como se mencionó con anterioridad, este modelo ha sido usado para explicar un amplio grupo de conductas, así mismo ha mostrado su eficacia en el campo de la salud, convirtiéndose en uno de los modelos más usados como modelo explicativo de conductas en este campo (McEachan et al., 2011). Por esta razón, ha sido aplicada para el diseño de diferentes programas e intervenciones con el objetivo de disminuir la aparición de enfermedades o mejorar el bienestar de las personas, en la enseñanza de pautas de conductas responsables o, en su defecto, la extinción de hábitos nocivos para la salud (Esparza et al., 2016).

Los componentes de este modelo reflejan procesos importantes que subyacen la adherencia al tratamiento de diferentes afecciones (Kopelowicz et al., 2015). Con respecto a esto, la TPB plantea que el comportamiento de adherencia está basado en la intención de adherirse (es decir, la intención de realizar el comportamiento) y esta intención a su vez actuaría en función a la actitud, la cual se compone de creencias sobre los beneficios y desventajas de realizar el comportamiento de adherencia; la norma subjetiva, son las creencias acerca de lo que piensan los demás sobre las conductas de adhesión al tratamiento, además de la motivación por cumplir con los deseos de estas personas; por último, el control percibido se refiere a la creencia sobre los recursos requeridos para realizar el comportamiento, asimismo, las oportunidades y obstáculos que se perciban en relación a la adherencia (Kopelowicz et al., 2015).

Sin embargo, Ajzen (2011) refiere que el comportamiento puede modificarse en el tiempo y dependerá de qué eventos intermedios pueden influir en el comportamiento a partir de las creencias normativas, del control percibido de las personas y del cambio en sus actitudes; por ello el intervalo entre la evaluación de

la intención y la observación del comportamiento debe ser de cinco semanas o menos, para encontrar correlaciones más fuertes.

Además, si bien los elementos de la TPB son buenos predictores de la intención comportamental, se debe tener en cuenta que esta relación puede variar dependiendo de los aspectos individuales, sociales o circunstancias específicas (Gómez et al., 2020).

Por otro lado, a pesar de que Ajzen (2011) valora el papel de los afectos y emociones en las actitudes, la norma subjetiva y el control percibido, no lo incluye en su modelo teórico. Para él, el afecto anticipado tiene un efecto residual en la intención de conducta y no se relaciona directamente con ella.

Intención conductual

Es así como este modelo plantea la intención como el antecedente y determinante más inmediato para la adherencia (Fai et al., 2017; Ramos, 2015). Al respecto, Ajzen (2011) señala que si se presentan los elementos anteriormente descritos: la evaluación de la conducta como beneficiosa, un ambiente social que aprueba la ejecución de la conducta y los recursos suficientes para realizarla, entonces el individuo tendrá una mayor intención de comenzar, con mayor probabilidad, a sostener esa acción, en este caso la adherencia.

La intención, para Triandis (1980, como se citó en Webb & Sheeran, 2006) se conceptualiza como las autoinstrucciones que tienen el fin de realizar comportamientos particulares u obtener determinados resultados. Para la TPB, la intención es un componente motivacional y estimula al sujeto a participar en un comportamiento (McEachan et al., 2016).

La formación de la intención indica el final de la reflexión sobre cómo se llevará a cabo determinada acción y señala qué tan preparado se está para su intento o cuánto esfuerzo costará obtener los resultados esperados; además la intención engloba aspectos motivacionales (Ajzen, 1991).

Actitud hacia la conducta

La actitud hacia la conducta se refiere al grado en que una persona tiene una evaluación o valoración favorable o desfavorable de la conducta en cuestión (Ajzen, 1991). Las creencias y actitudes adaptativas se relacionan con una mayor adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida en pacientes con fibromialgia. Por el contrario, una actitud negativa y de desconfianza hacia el sistema sanitario se asocia con un menor cumplimiento terapéutico (Rowe et al., 2019).

En la misma línea, Matsuzawa et al. (2018) identificaron que las actitudes del paciente constituyen un obstáculo clave en las intervenciones destinadas a reducir las cefaleas. Estos autores concluyeron que modificar las creencias sobre la aceptabilidad del tratamiento podría mejorar la adherencia a intervenciones no farmacológicas. Asimismo, Crespillo et al. (2013) observaron que, en pacientes ancianos polimedcados, las creencias negativas sobre los medicamentos, como el temor a efectos secundarios o contraindicaciones, se vinculan con un bajo cumplimiento terapéutico.

Norma subjetiva

En la TPB, la influencia social se presenta bajo el concepto de la norma subjetiva (Wan et al., 2017), que hace referencia a la influencia y presión de las personas significativas que tienen efectos sobre la intención conductual (Ajzen, 1991), más específicamente a la percepción de las creencias normativas (Ajzen &

Fishbein, 1980, como se citó en Shin & Hancer, 2016) que tienen los demás sobre si el individuo debe o no realizar el comportamiento específico (Wan et al., 2017). Para Ajzen (1991) la principal fuente de influencia social proviene de personas significativas como la familia, amigos o vecinos, quienes evalúan el comportamiento del sujeto.

Además, puede funcionar como un incentivo extrínseco para el comportamiento (Hornik et al., 1995 como se citó en Wan et al., 2017) puesto que las personas tenderán a realizar la conducta si perciben que los demás la aprueban (Shin & Hancer, 2016).

Se ha identificado a la norma subjetiva como el predictor más débil de la intención conductual (Armitage & Conner, 2001), sin embargo, también se ha respaldado su relación con la intención. Por ejemplo, un estudio apoyó la idea de que procesos de influencia social podrían tener repercusión en las actitudes, lo que podría indicar que la norma subjetiva afecta la intención de forma indirecta a través de otro constructo (Shin & Hancer, 2016). En otro estudio en pacientes tuberculosos multidrogos resistentes, se admitió el apoyo social, tanto de la familia como del personal sanitario, como un factor clave en la adherencia, debido a que motivan al paciente a completar el tratamiento a través de mensajes a favor de la toma del medicamento y su beneficio con respecto a la salud (Deshmukh et al., 2018).

Control percibido

Por último, el control percibido -comparable para algunos autores con la autoeficacia propuesta por Bandura- es uno de los constructos que se encuentran en la mayor parte de las teorías de salud (Ortiz, 2013).

Se relaciona con las creencias del sujeto sobre su capacidad para realizar una conducta y la garantía de que su desempeño dará los resultados que espera (García, 2017). Del mismo modo, la autoeficacia se refiere a la creencia de que la participación en determinada acción se llevará a cabo con éxito y se obtendrá el resultado deseado (Matsuzawa et al., 2018). Además, según indican los datos disponibles, mayores niveles de autoeficacia estarían relacionados a mayores niveles de adherencia al tratamiento (Matsuzawa et al., 2018).

De esta forma, la conducta de adherencia se vería afectada por la autoeficacia, cuando las evaluaciones de eficacia reflejan un control real de la actuación (Sheeran et al., 2016). Este control percibido puede estar relacionado a la percepción de dos tipos de limitantes: la poca competencia del sujeto y los obstáculos situacionales (García, 2017).

Dentro del campo de la salud, la autoeficacia participaría en la intención de cambiar las conductas de riesgo, la persistencia para conseguir la meta y vencer las barreras, y la motivación para realizar la conducta de adherencia (Ortiz, 2013).

Teoría de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (IMB)

La teoría de IMB propuesta por Jeffrey Fisher y William Fisher, se originó en un estudio con aplicación a la prevención del riesgo de contraer el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 1996) y plantea que la reducción del riesgo de SIDA depende de la información sobre la transmisión y prevención del SIDA, su motivación para reducir el riesgo de SIDA y sus habilidades de comportamiento para la realización de los actos específicos implicados en la reducción del riesgo.

Sin embargo, los constructos IMB han mostrado eficacia al ser aplicados a otros comportamientos en la prevención de la salud como la adherencia al tratamiento en diferentes afecciones y distintas poblaciones (Alexander et al., 2017), incluido el autocontrol en pacientes con diabetes y afecciones cardíacas (Kim & Kim, 2020). Padecimientos crónicos como la diabetes y la hipertensión exigen, para su recuperación o mantenimiento de salud, un cambio conductual en lo que se refiere a estilos de vida y autocuidado; cada conducta exigida es compleja y requiere de determinantes específicos que de ser identificados pueden ser útiles para intervenciones dirigidas a estas enfermedades (Mayberry & Osborn, 2014).

A grandes rasgos, este modelo postula que si una persona está bien informada, altamente motivado y cuenta con las habilidades para realizar el comportamiento será más propenso a adoptar y mantener el comportamiento de promoción de salud (Fisher & Fisher, 2002).

Por lo tanto, este modelo conceptualiza la existencia de factores que participan en la adopción o continuidad de comportamientos que mantienen la salud: información, motivación, y habilidades conductuales. La información sobre la enfermedad, pautas de cuidado o medicación y la prevención de posibles complicaciones motivan los comportamientos saludables (Dalle et al., 2010), además mejoran las habilidades conductuales necesarias para tener una mejor salud. Por consiguiente, la motivación y habilidades conductuales son factores que predisponen comportamientos saludables (Lee et al., 2016).

Consecuentemente, dada su eficacia en procesos de salud, la WHO (2003) respalda el poder explicativo de este modelo para la adherencia al tratamiento. Ligados al proceso de adherencia, los elementos IMB se describen de la siguiente

manera: información (entender la enfermedad, su evolución y su tratamiento), motivación (actitudes hacia el cumplimiento del tratamiento, percepción de apoyo social y creencias sobre cómo otros actuarían en su situación) y habilidades conductuales (técnicas prácticas para mantener la adherencia, como buscar apoyo social o aplicar métodos de autorregulación).

Información

Para Fisher et al. (2003) la información se define como el conocimiento sobre aspectos del comportamiento de salud: farmacología, efectos secundarios de la medicación, interacción, adherencia; además de implicar la heurística y las teorías implícitas. La primera hace referencia a reglas cognitivas que posibilitan el comportamiento sin implicar esfuerzo, por su parte, las teorías implícitas son el conjunto de creencias que requieren determinado esfuerzo cognitivo para aplicar las habilidades de toma de decisiones.

En cuanto a la conducta de adherencia, la información sería un requisito previo para el uso correcto de medicamentos y otros comportamientos relacionados a la salud; sin embargo, por sí solo no parece ser adecuado para explicar y mejorar la adherencia lo que respalda el modelo IBM (Yang et al., 2020).

Investigaciones han encontrado relación entre la información o los conocimientos y la conducta de adherencia. Por ejemplo, Jankowska-Polańska et al. (2016) encontraron una relación significativa entre el conocimiento de medicación y la adherencia en padecimientos crónicos, Matsuzawa et al. (2018) concluyeron que la adherencia al tratamiento puede verse afectada por la falta de conocimiento sobre el dolor de cabeza y sus desencadenantes, por lo tanto, educar a los pacientes en el reconocimiento de patrones de inicio de dolor de cabeza puede

resultar crucial para manejar los desencadenantes; además la falta de conocimiento sobre la enfermedad puede llevar a un estado de alerta tardío (Danielson et al., 2019).

Empero, otros estudios mostraron que el conocimiento sobre los efectos secundarios de los medicamentos reduciría la adherencia (Ashoorkhani et al., 2018) así como algunas intervenciones educativas sobre adherencia mostraron resultados distintos a los esperados (Yang et al., 2020).

Motivación

La motivación agrupa actitudes y creencias tanto personales como sociales sobre el comportamiento de salud. La motivación personal está compuesta por las actitudes y creencias individuales; a la vez que la social se compone del apoyo social (Fisher et al., 2003).

Referente a la adherencia, la motivación personal se basaría en creencias sobre la utilidad y beneficios de los medicamentos y las consecuencias negativas de no tomarlos o hacerlo a deshora, mientras que la motivación social se base en la percepción de las normas sociales que apoyan la adhesión (Fisher et al., 2006).

Si bien es cierto, todos los componentes contemplados en este modelo son importantes para la explicación de comportamientos, al hablar de enfermedades crónicas, la motivación cumple un rol importante cuando de adherencia se trata. Debido a que la motivación es el impulso que direcciona los esfuerzos para cambiar comportamientos poco saludables y cumplir con determinados regímenes (Dubov et al., 2018). Así mismo, tanto los comportamientos saludables de actividades físicas y dietas – componente claves para el mantenimiento de la salud en pacientes

con enfermedades crónicas – se ven amentados por la motivación personal y la motivación social proporcionada por la familia o amigos (Lee et al., 2016).

Habilidades conductuales

Según el modelo propuesto por Fisher y Fisher, este elemento se compone de habilidades objetivas para realizar el comportamiento y la seguridad para sentirse capaz de realizarlo. Específicamente, los autores proponen que estas habilidades median los efectos de la información y la motivación (Fisher et al., 2003). Aunque cada uno de los constructos de este modelo pueden tener influencia directa en la adherencia al tratamiento, son las habilidades conductuales las que median principalmente los efectos de la información y la motivación (Yang et al., 2020).

A continuación, se presentan los estudios previos identificados:

Dilekler et al. (2021) buscaron comprender los comportamientos de adherencia de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II, mediante la teoría de la TPB. Con una muestra de 90 pacientes con este diagnóstico (54 mujeres y 36 varones) atendidos de forma ambulatoria en hospitales de Ankara y Turquía. Los resultados corroboran el rol mediador de la intención con las actitudes y la norma subjetiva. No obstante, ello no se evidenció en la intención y el control percibido. Sin embargo, sí se encontró un efecto directo y significativo del control percibido sobre el comportamiento de adherencia.

Leija et al. (2019) tuvieron como objetivo identificar qué factores propuestos en tres teorías: TPB, creencias en salud (percepción de severidad, susceptibilidad, beneficios y barreras) y el modelo de Wallston (Locus de control interno, externo y por azar, valor asignado a la salud y autoeficacia) predecían mejor la adherencia en pacientes con sobrepeso / obesidad. Su muestra constó de 118

adultos mexicanos (Edad: M=52.9; DE=19.0) con tratamiento farmacológico para la obesidad y que presentaron un índice de masa corporal mayor o igual a 25. Usaron 3 cuestionarios creados por los autores, cada uno de ellos para evaluar una teoría, y un instrumento más para evaluar adherencia. Los resultados mostraron asociaciones positivas entre actitudes y control percibido (TPB), además entre valor asignado a la salud y locus de control por azar (Modelo de Wallston); sin embargo, las correlaciones fueron débiles. Por último, la regresión lineal múltiple mostró que de los 13 factores mencionados solo la actitud de la TPB mostró capacidad predictiva para la adherencia.

Lynn y Huang (2019) usaron TPB para examinar la intención de los médicos para dar asesoramiento sobre el ejercicio (AE) para mejorar los efectos del tratamiento médico. A partir de esta teoría, identificaron 27 elementos y se formaron los siguientes factores: actitudes hacia los resultados positivos y negativos del AE, normas subjetivas y control percibido del AE en condiciones de facilitación y restricción. Se analizaron las respuestas de 1006 médicos taiwaneses mediante la regresión logística multivariada para identificar los factores asociados con mayor intensidad al asesoramiento en ejercicios. Los resultados mostraron que la actitud favorable se relaciona con mayor intensidad con una alta intención de AE, seguida por la norma subjetiva y el control percibido de condiciones facilitadoras.

Pourmand et al. (2020) tuvieron como objetivo evaluar los factores que influyen en las conductas de autocuidado para el control de la hipertensión desde la TPB. La muestra estuvo compuesta por 500 personas con diagnóstico de hipertensión en Irán. Se usó un cuestionario basado en la TPB creado en la misma investigación. El modelo SEM señaló que la percepción de tener control para dejar

de fumar y consumir alcohol se asoció con la intención; y la intención tuvo una relación con el comportamiento. Con menor intensidad, las normas subjetivas fueron un determinante de la intención en pacientes jóvenes. El control percibido fue el determinante principal del autocuidado.

Marashi et al. (2020) realizaron una intervención basada en TPB para fomentar la actividad física como prevención de la diabetes en estudiantes. Se trabajó con dos grupos: experimental y control, cada uno con 66 participantes. El grupo de intervención fue evaluado al inicio, después y luego de tres meses de haber recibido la intervención. Los resultados demostraron que las puntuaciones en conocimiento, norma subjetiva, control conductual percibido y actividad física fueron superiores en el grupo experimental, y las diferencias entre ambos grupos significativas estadísticamente.

Shmueli (2021) exploró las intenciones, las motivaciones y las barreras percibidas para vacunarse para evitar la COVID-19, mediante el modelo de creencias de salud y el TPB. Fueron evaluados 398 adultos israelíes vía telefónica. Se encontró que quienes tenían mayor disposición para vacunarse si reportaban niveles más altos de normas subjetivas y autoeficacia (TPB) y si percibían beneficios de la vacuna y gravedad de la infección (Modelo de creencias); demostrando de esta forma que los elementos de ambas teorías son útiles para predecir la intención de adoptar esta medida.

Estos estudios previos respaldan la utilidad de la TPB para comprender diversas conductas de salud, incluyendo la adherencia al tratamiento y otras prácticas relacionadas. Los resultados demuestran éxito en la capacidad predictiva

y explicativa de sus componentes. Esta evidencia sustenta la elección de la TPB como uno de los marcos de análisis del presente estudio.

Wang et al. (2019) validaron el modelo IMB en la adherencia al ejercicio funcional en pacientes postoperatorias con cáncer de mama. Se trabajó con una muestra de 165 pacientes chinas; los datos fueron recopilados mediante una ficha demográfica y un cuestionario, se aplicó un análisis de ruta para valorar los datos. Se encontró que los elementos de dicho modelo explicaron el 37.9% de la varianza en la adherencia. Así también, el efecto directo de las habilidades conductuales sobre la adherencia al ejercicio funcional de estas pacientes y su efecto mediador sobre el conocimiento y la motivación.

Ameri et al. (2020) analizaron el efecto del IMB sobre la adherencia a la medicación, a la dieta y a la actividad física en pacientes con VIH/SIDA, en 122 adultos con diagnóstico de VIH/ SIDA en Irán, quienes se dividieron en dos grupos: experimental y control. La intervención constó de 8 sesiones de entrenamiento basados en el modelo teórico, y se aplicó un cuestionario antes y un cuestionario después del programa. En la adherencia a la medicación, la información y la motivación; y en la adherencia a la dieta, la motivación, autoeficacia, información y las habilidades; fueron diferentes en ambos grupos, lo que demostró una mayor adherencia en los participantes en la intervención.

Ferrari et al. (2020) en su estudio transversal, evaluaron si el modelo IBM explicaba el nivel de actividad física en adultos con diabetes tipo 2 mediante niveles de índice de masa corporal. Se conformó una muestra de 381 pacientes diabéticos mayores de 18 años, de nacionalidad australiana. Los instrumentos aplicados correspondían a cada uno de los constructos del modelo IBM, además de una ficha

de datos demográficos y clínicos. El análisis de resultado se llevó a cabo mediante modelos de ecuaciones estructurales y regresión logística ordinal. Como resultados obtuvieron que el modelo IBM mostró un 44% de la varianza de los niveles de actividad física, además, la motivación predijo indirectamente la actividad física a través de la autoeficacia. Por el contrario, la información no reveló ser un predictor significativo para la actividad física.

Bhimla et al. (2022) examinaron la adherencia al tratamiento contra la infección por virus de Hepatitis B, según el modelo IMB, en 165 participantes chinos, estadounidenses y vietnamitas. Los resultados identificaron que la información, la motivación y la autoeficacia se relacionados con una media y alta adherencia al tratamiento farmacológico. Además, la regresión lineal, demostró que una mayor información respecto a la infección y una alta motivación respecto al tratamiento se asociaron a una mayor probabilidad de persistir en el tratamiento farmacológico.

Salari et al. (2024) tuvieron como objetivo determinar los efectos de una intervención educativa basada en el modelo IMB en el aumento del comportamiento de autocuidado de pacientes con hipertensión. En este estudio cuasi experimental participaron 250 adultos con hipertensión de Irán. Como resultados se obtuvo que la intervención aumentó el conocimiento sobre la conducta, la motivación para realizarla y las habilidades conductuales. En tanto, el conocimiento y la motivación tuvieron un impacto directo en las habilidades conductuales; y éstas en las conductas saludables.

Los estudios previos revisados evidencias la utilidad del modelo IMB y sus componentes para explicar conductas de salud vinculadas a la adherencia, tanto en

contextos clínicos como preventivos. De igual modo, estas investigaciones sustentan la elección de la IMB como uno de los marcos de análisis del presente estudio.

V. METODOLOGÍA

5.1. Tipo y diseño de la investigación

Investigación de tipo empírico con estrategia asociativa, ya que busca responder a problemas de investigación mediante la exploración de la relación funcional entre variables (Ato et al., 2013).

Se adoptó un diseño explicativo de corte transversal, utilizando variables manifiestas. Los datos fueron recolectados en un único momento temporal. La investigación explicativa tiene como propósito evaluar modelos que describen las relaciones entre un conjunto de variables derivadas de una teoría subyacente. En este caso, el diseño con variables manifiestas permite definir una red estructural de relaciones representadas mediante un sistema de ecuaciones de regresión, asumiendo que todas las variables son observables. El procedimiento estadístico más adecuado para este tipo de estudio es el análisis de trayectorias o *path analysis* (Ato et al., 2013).

La representación gráfica de los modelos explicativos se muestra a continuación:

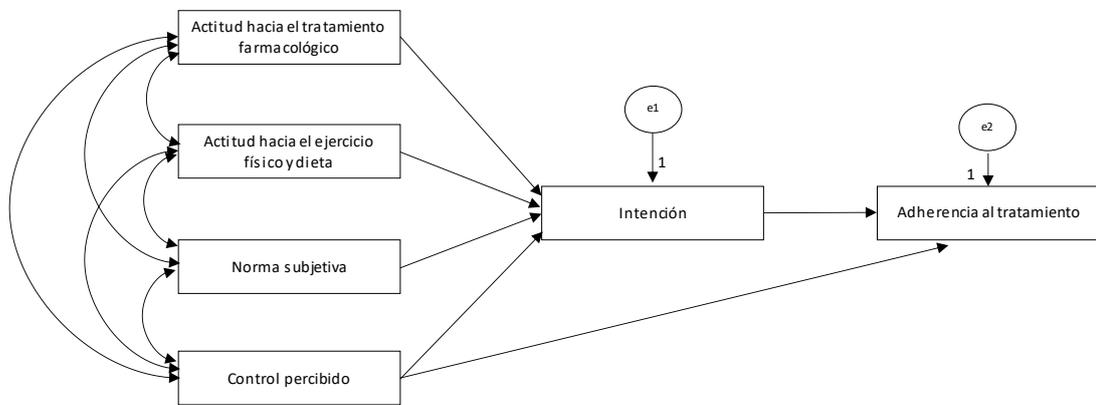


Figura 1

Modelo de Teoría del Comportamiento Planificado

Nota. Los cuadros representan variables observadas incluidas en el Modelo de Teoría del Comportamiento Planificado. Las flechas indican relaciones directas entre las variables.

Figura 2

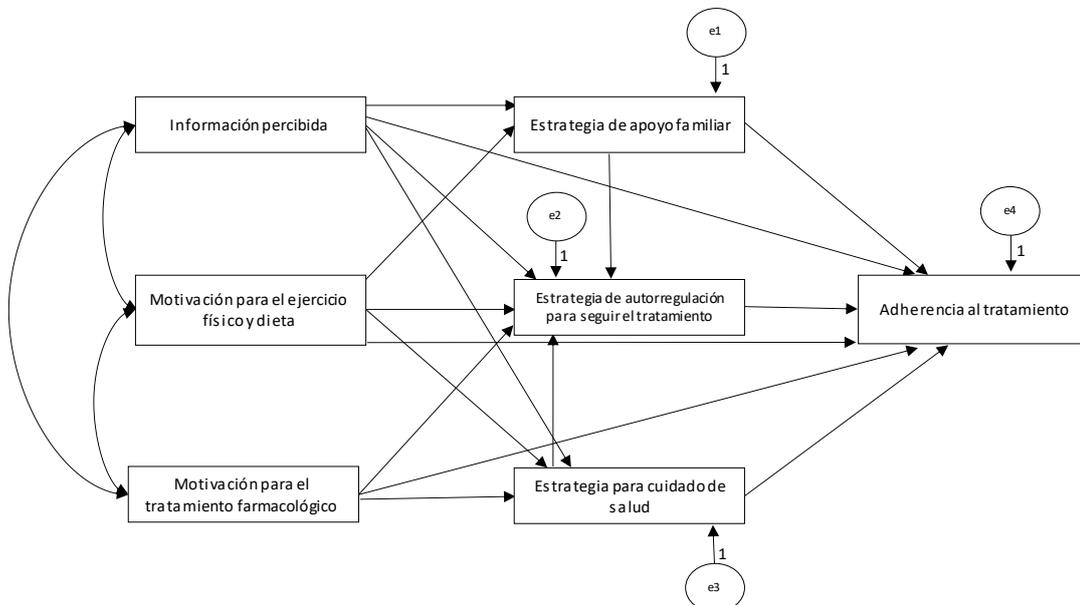
Modelo de Información - motivación – habilidades conductuales

Nota. Los cuadros representan variables observadas incluidas en el Modelo de Información - motivación – habilidades conductuales. Las flechas indican relaciones directas entre las variables.

5.2. Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por adultos con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus que se atendían en los establecimientos de salud de la ciudad de Trujillo. La población accesible incluyó a adultos con diagnóstico médico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus que acudieron a dos establecimientos de salud de la ciudad de Trujillo: uno perteneciente al Seguro Social de Salud (EsSalud) y otro al Ministerio de Salud (MINSA).

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico accidental, y el tamaño se determinó usando la fórmula propuesta por Soper (2025), con un tamaño de efecto de 0.15, una potencia estadística de 0.8 y un nivel de



significancia de 0.05, donde el tamaño de muestra mínimo requerido fue de 97 participantes.

La muestra estuvo conformada por 444 adultos que acudieron a los hospitales de Trujillo para ser atendidos en los programas de Hipertensión y diabetes. De la totalidad de participantes 347 fueron mujeres y 97 varones. Sus edades se encontraban comprendidas entre los 40 a 64 años. Según el diagnóstico, 226 tenían hipertensión arterial, 139 diabetes y 79 ambos diagnósticos.

Se incluyeron los adultos que presentaron como características: tener mínimo grado de instrucción primaria, edades comprendidas entre 40 y 64 y años, dispuestos a participar y firmar la carta de consentimiento informado.

Se excluyeron a los adultos con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico. Ello se constató mediante la historia clínica.

5.3. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables

Definiciones conceptuales

Adherencia al tratamiento: Grado en que el comportamiento de una persona (toma de medicamentos, seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida) se corresponde con las indicaciones acordadas por un profesional de la salud (WHO, 2003).

Comportamiento planificado de la adherencia al tratamiento: El comportamiento de adherencia es resultado de la intención conductual de llevar a cabo el tratamiento determinado por la actitud hacia cumplir el tratamiento, la norma subjetiva y el control conductual percibido.

Información: La información sobre la adherencia al tratamiento incluye el conocimiento que posee el individuo sobre su condición y el régimen terapéutico.

Motivación: La motivación hacia la adherencia está determinada por las actitudes personales frente al tratamiento.

Habilidades conductuales: Las habilidades conductuales comprenden la capacidad del individuo para implementar el tratamiento en su vida diaria.

Definiciones operacionales

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Nivel de medición
Adherencia al tratamiento	Fue medida mediante el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento	Unidimensional	Ordinal
Comportamiento planificado de la adherencia al tratamiento	Fue medida mediante el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría del comportamiento planificado	<ul style="list-style-type: none"> • Control percibido • Intención • Actitud hacia el tratamiento farmacológico • Actitud hacia el ejercicio físico • Norma subjetiva 	Ordinal
Información	Fue medida mediante el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría de Información, Motivación y Habilidades Conductuales	Unidimensional	Ordinal
Motivación		<ul style="list-style-type: none"> • Motivación para hacer ejercicio físico y dieta • Motivación para el tratamiento farmacológico 	
Habilidades Conductuales		<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de apoyo familiar • Estrategias de autorregulación para seguir el tratamiento 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia para cuidado de salud 	
--	--	--	--

5.4. Técnicas e instrumentos

Se administraron una ficha de recolección de datos y tres cuestionarios. Los instrumentos se construyeron para fines de estudio y fueron sometidos al análisis de validez y confiabilidad.

Ficha de datos personales

Diseñada para recopilar información relevante del participante. Se dividió en dos secciones: la primera incluyó cinco preguntas orientadas a obtener datos personales, y la segunda, una pregunta relacionada con la presencia de enfermedades comórbidas.

A continuación, se describen el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento, el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría del Comportamiento Planificado y el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría de Información, Motivación y Habilidades Conductuales que fueron diseñados en esta investigación. Para la Escala de Adherencia, se diseñaron inicialmente los ítems correspondientes a las conductas específicas de adherencia. En el caso del segundo y tercer cuestionario, se partió de la definición de las dimensiones teóricas propias de la TPB y la IMB, que sirvieron como base para la elaboración de los ítems.

Luego, se diseñaron los ítems teniendo en cuenta estos componentes teóricos, asegurando que cada uno midiera conductas específicas relacionadas con la adherencia al tratamiento. Posteriormente, los ítems fueron sometidos a una revisión por expertos para garantizar su validez de contenido, realizando los ajustes

necesarios según las sugerencias recibidas. Finalmente, los cuestionarios fueron aplicados y sometidos a pruebas de validez de estructura interna y consistencia interna, obteniendo resultados positivos en todos los cuestionarios.

Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

Es un cuestionario unidimensional compuesto de 3 ítems (ver Anexo 3) que tienen como propósito evaluar comportamientos de salud asociados a la adherencia al tratamiento. Éstas indagaron específicamente sobre la frecuencia con la que el participante seguía conductas relacionadas con la toma de medicación, la realización de actividad física y el cumplimiento de una dieta adecuada. Los ítems se evalúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos.

Construcción y validación del instrumento

Los ítems del instrumento fueron elaborados tomando como referencia las conductas asociadas a la adherencia en las enfermedades crónicas de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Cada uno fue formulado con el propósito de evaluar comportamientos específicos de salud vinculados al cumplimiento del tratamiento.

La validez de contenido del instrumento fue evaluada a través de la revisión realizada por 5 especialistas en psicología clínica. Estos expertos examinaron la relevancia, la consistencia y la comprensibilidad de los ítems, tomados en cuenta como conductas necesarias en la adherencia de pacientes con hipertensión arterial y diabetes.

Todos los ítems alcanzaron un valor de V de Aiken = 1 (IC = .87 - 1), lo que refleja un consenso elevado entre los expertos respecto a la relevancia, consistencia y claridad de los ítems. Estos hallazgos respaldan la validez de contenido del

instrumento, confirmando que los ítems son apropiados para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión arterial.

El análisis factorial exploratorio (AFE) se llevó a cabo con el objetivo de examinar la estructura interna del instrumento y determinar la agrupación de los ítems en factores subyacentes (Anexo 4). Los resultados preliminares mostraron un índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .822, lo que sugiere que los datos eran apropiados para realizar el análisis factorial. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 10725.6$; $p = .000$), confirmando que las correlaciones entre los ítems eran lo suficientemente fuertes para continuar con el análisis.

El método de análisis paralelo sugirió la presencia de un factor. Para la extracción de factores, se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), y se aplicó una rotación oblicua (Promin) con el fin de facilitar la interpretación de los factores. La estructura factorial identificada, compuesta por un factor, explicó el 78.53% de la varianza total, lo que refleja una estructura sólida.

Las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre .534 y .771, superando el umbral recomendado de 0.30. Por otro lado, las comunalidades, que representan la proporción de varianza explicada por cada ítem, variaron entre .588 y .952, indicando que los ítems contribuyeron de manera significativa a la explicación de su factor.

El análisis factorial confirmatorio (AFC) mostró un ajuste adecuado de los datos: CFI = 0.999; TLI = 0.932; SRMR = 0.536; RMSEA = 0.657. En conjunto, estos resultados confirman la robustez y validez de la estructura factorial del instrumento.

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente alfa ordinal. Los resultados mostraron un coeficiente superior a .70 lo que garantiza la confiabilidad de la escala (Anexo 4).

Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría del Comportamiento Planificado

Tiene como objetivo evaluar la adherencia al tratamiento desde la TPB. Consta de 26 ítems (ver Anexo 3), evaluados mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos.

El cuestionario mide cinco factores, que corresponden a las dimensiones de la TPB. La elaboración de los ítems fue realizada asegurando que cada uno reflejara adecuadamente los componentes de la teoría y permitiera evaluar las conductas asociadas a la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y diabetes:

- Factor 1 Control Percibido (ítems 1, 2, 3 y 4): mide la percepción que se tiene sobre su capacidad para seguir el tratamiento, incluyendo la facilidad o dificultad que perciben para tomar medicamentos, realizar ejercicio físico y mantener una dieta adecuada. Evalúa su confianza en superar obstáculos y mantener el control sobre su salud. Esta dimensión corresponde con el componente de Control conductual percibido de la TPB.
- Factor 2 Intención (ítems 5, 6, 7, 8, 9 y 10): evalúa la disposición y el compromiso de los pacientes para adherirse al tratamiento. Este factor refleja su motivación y planificación para cumplir con las recomendaciones

médicas, tanto en el corto como en el largo plazo. Esta dimensión corresponde con el componente de Intención de la TPB.

- Factor 3 Actitud hacia el tratamiento farmacológico (ítems 11, 12, 15, 16, 19 y 20): mide las creencias y evaluaciones que los pacientes tienen sobre el uso de medicamentos, incluyendo si lo perciben como beneficioso, necesario o, por el contrario, como una carga o algo negativo para su bienestar. Esta dimensión corresponde con el componente de Actitud hacia el comportamiento de la TPB.
- Factor 4 Actitud hacia el ejercicio físico y la dieta (ítems 13, 14, 17, 18, 21 y 22): evalúa las creencias y percepciones de los pacientes respecto a la actividad física y la alimentación saludable. Este factor indagaría si consideran estas prácticas como útiles, placenteras o, por el contrario, difíciles o poco gratificantes. Esta dimensión corresponde con el componente de Actitud hacia el comportamiento de la TPB.
- Factor 5 Norma Subjetiva (ítems 23, 24, 25 y 26): mide la influencia que las personas importantes en la vida del paciente (familia, amigos, médicos) tienen sobre su decisión de adherirse al tratamiento. Evalúa si el paciente percibe que estos grupos aprueban o desaprueban su comportamiento y cuánto le importa su opinión. Esta dimensión corresponde con el componente de Norma subjetiva de la TPB.

Construcción y validación del instrumento

Los ítems del instrumento fueron diseñados tomando como referencia el marco teórico de la TPB. En este sentido, se elaboraron considerando los cuatro

componentes centrales del modelo: la intención, la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva y el control conductual percibido. Cada ítem fue formulado para evaluar conductas de salud específicas asociadas a la adherencia al tratamiento.

La validez de contenido del instrumento fue evaluada a través de la revisión realizada por 5 especialistas en psicología clínica. Estos expertos examinaron la relevancia, la consistencia y la comprensibilidad de los ítems, tomados en cuenta como conductas necesarias en la adherencia de pacientes con hipertensión arterial y diabetes.

Todos los ítems alcanzaron un valor de V de Aiken = 1 (IC = .83 - 1), lo que refleja un consenso elevado entre los expertos respecto a la relevancia, consistencia y claridad de los ítems. Estos hallazgos respaldan la validez de contenido del instrumento, confirmando que los ítems son apropiados para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión arterial.

El AFE se llevó a cabo con el objetivo de examinar la estructura interna del instrumento y determinar la agrupación de los ítems en factores subyacentes (Anexo 4). Los resultados preliminares mostraron un índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .724, lo que sugiere que los datos eran apropiados para realizar el análisis factorial. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 10895.6$; $p = .000$), confirmando que las correlaciones entre los ítems eran lo suficientemente fuertes para continuar con el análisis.

El método de análisis paralelo sugirió la presencia de 5 factores. Para la extracción de factores, se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), y se aplicó una rotación oblicua (Promin) con el fin de facilitar la interpretación de los factores. La estructura factorial identificada, compuesta por 5

factores, explicó en conjunto el 72.42% de la varianza total, lo que refleja una estructura sólida y coherente con el modelo teórico propuesto.

Las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre .417 y .919, superando el umbral recomendado de 0.30. Por otro lado, las comunalidades, que representan la proporción de varianza explicada por cada ítem, variaron entre .434 y .960, indicando que los ítems contribuyeron de manera significativa a la explicación de los factores identificados. En conjunto, estos resultados confirman la robustez y validez de la estructura factorial del instrumento.

Las correlaciones entre los factores variaron entre .159 y .448, lo que indica que los factores son relativamente independientes entre sí, con relaciones moderadas entre ellos, sugiriendo que estos aspectos están relacionados, pero miden dimensiones distintas (Anexo 4).

El AFC mostró un ajuste adecuado de los datos: CFI = 0.985; TLI = 0.911; SRMR = 0.687; RMSEA = 0.721. En conjunto, estos resultados confirman la robustez y validez de la estructura factorial del instrumento.

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente Alfa ordinal, que mide la consistencia interna de cada una de las dimensiones identificadas en el AFE. Los resultados muestran coeficientes superiores a .70 lo que garantiza la confiabilidad de las dimensiones (Anexo 4).

Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría de Información, Motivación y Habilidades Conductuales

Tiene como objetivo evaluar la adherencia al tratamiento desde la IMB. Consta de 27 ítems (ver Anexo 3), evaluados mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos.

El cuestionario mide seis factores, que corresponden a las dimensiones de la IMB. La elaboración de los ítems fue realizada asegurando que cada uno reflejara adecuadamente los componentes de la teoría y permitiera evaluar las conductas asociadas a la adherencia al tratamiento:

- Factor 1 Información percibida (ítems 1, 2 y 3): refleja el conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad, sus riesgos y la utilidad del tratamiento. Esta dimensión corresponde con el componente Información del modelo IMB.
- Factor 2 Estrategia de apoyo familiar (ítems 4, 5, 6 y 7): evalúa el apoyo recibido de la familia para recordar las indicaciones médicas. Esta dimensión corresponde con el componente Habilidades conductuales del modelo IMB.
- Factor 3 Motivación para el ejercicio físico y dieta (ítems 10, 11, 14, 15, 18 y 19): mide la disposición del paciente para seguir recomendaciones no farmacológicas, como la dieta y el ejercicio. Esta dimensión corresponde con el componente Motivación del modelo IMB.
- Factor 4 Estrategia de autorregulación para seguir el tratamiento (ítems 20, 21, 22 y 23): evalúa el uso de recordatorios o ayudas externas para cumplir con el tratamiento. Esta dimensión corresponde con el componente Habilidades conductuales del modelo IMB.

- Factor 5 Estrategia para cuidado de salud (ítems 24, 25, 26 y 27): refleja la capacidad del paciente para rechazar situaciones que dificulten el cumplimiento del tratamiento. Esta dimensión corresponde con el componente Habilidades conductuales del modelo IMB.
- Factor 6 Motivación para el tratamiento farmacológico (ítems 8, 9, 12, 13, 16 y 17): Mide la disposición del paciente para seguir las recomendaciones farmacológicas. Esta dimensión corresponde con el componente Motivación del modelo IMB.

Construcción y validación del instrumento

Los ítems del instrumento fueron diseñados tomando como referencia el marco teórico de la IMB. En este sentido, se elaboraron considerando los tres componentes del modelo: la información, la motivación y las habilidades conductuales. Cada ítem fue formulado para evaluar conductas de salud específicas asociadas a la adherencia al tratamiento.

La validez de contenido del instrumento se evaluó mediante la revisión de 5 expertos en psicología clínica, quienes analizaron la pertinencia (grado en que el ítem es esencial), coherencia (grado en que el ítem representa adecuadamente la dimensión) y claridad de los ítems (grado en que los ítems son comprensible para los pacientes)

Todos los ítems obtuvieron valores de V de Aiken = 1 (IC = .83 - 1), lo que indica un alto nivel de acuerdo entre los expertos en cuanto a la pertinencia, coherencia y claridad de los ítems. Estos resultados respaldan la validez de contenido del instrumento, confirmando que los ítems son adecuados para medir la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes e hipertensión arterial.

Se realizó AFE para examinar la estructura interna del instrumento y determinar cómo se agrupaban los ítems en factores subyacentes (Anexo 4). El análisis preliminar mostró que el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .778, lo que indica que los datos eran adecuados para el análisis factorial. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 13.466,5$; $p = .000$), confirmando que las correlaciones entre los ítems eran suficientes para proceder con el análisis factorial.

El número de factores sugeridos por el método de análisis paralelo fue de 6, La extracción de factores se realizó con el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), y se aplicó una rotación oblicua (Promin) para facilitar la interpretación de los factores,

La estructura factorial de 6 factores identificados explicaron en conjunto el 79% de la varianza total, lo que indica una estructura factorial robusta y coherente con el modelo teórico. Las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre .62 y .99, superando el umbral recomendado de .30, lo que confirma que los ítems se agruparon adecuadamente en los factores correspondientes, las comunalidades (proporción de varianza explicada por cada ítem) variaron entre .51 y .95, lo que indica que los ítems contribuyeron significativamente a la explicación de los factores.

Las correlaciones entre los factores variaron entre .03 y .46, lo que indica que los factores son relativamente independientes entre sí, aunque algunos presentan relaciones moderadas. Por ejemplo, la motivación para el ejercicio físico y dieta (F3) mostró una correlación moderada con la motivación para el tratamiento

farmacológico (F6) ($r = .46$), sugiriendo que estos aspectos están relacionados, pero miden dimensiones distintas.

El AFC mostró un ajuste adecuado de los datos: CFI = 0.92; TLI = 0.93; SRMR = 0.622; RMSEA = 0.658. En conjunto, estos resultados confirman la robustez y validez de la estructura factorial del instrumento.

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente Alfa ordinal, que mide la consistencia interna de cada una de las dimensiones identificadas en el AFE. Los resultados muestran coeficientes superiores a .70 lo que garantiza la confiabilidad de las dimensiones, incluso los factores más bajos 4 y 6 ($\alpha = .78$), aún se encuentran dentro del rango aceptable para considerar que la escala es confiable (Anexo 4).

5.5. Procedimiento de recolección de datos

En el presente estudio se cumplieron los estándares éticos establecidos para la investigación con seres humanos, respetando en todo momento los derechos de los participantes. El proyecto fue previamente evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la UPCH. Posteriormente, se solicitó la autorización correspondiente a las autoridades de los dos establecimientos de salud participantes, con quienes se coordinaron los períodos y horarios de aplicación de los instrumentos.

La recolección de datos se realizó de forma presencial, entre los meses de julio y diciembre de 2019, en espacios asignados por los servicios de atención a enfermedades crónicas. Los participantes fueron abordados en los ambientes correspondientes a los programas de atención para hipertensión y diabetes. Previo a la aplicación de los instrumentos, el encuestador confirmó el diagnóstico del

participante (hipertensión, diabetes o ambos) mediante la consulta al personal de salud o revisión directa de la historia clínica.

La aplicación fue preferentemente individual, aunque en algunos casos se trabajó con pequeños grupos. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 40 minutos. Los instrumentos fueron administrados por el investigador principal, junto con psicólogos y estudiantes internos de psicología pertenecientes a los nosocomios, quienes fueron previamente capacitados en el protocolo de aplicación, el uso de los instrumentos y el manejo ético con los participantes. El encuestador se presentó, explicó los objetivos de la investigación y consultó si la persona deseaba participar. En caso de respuesta afirmativa, se entregó y leyó en conjunto el consentimiento informado, el cual fue firmado antes de continuar con la aplicación de los cuestionarios. Posteriormente, se brindaron las instrucciones necesarias para el llenado de los instrumentos.

Todas las pruebas fueron codificadas con el fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada. Al finalizar, se agradeció a cada participante por su colaboración.

5.6. Plan de análisis de datos

Luego de finalizar la calificación de los instrumentos, se ingresó la matriz de datos en Excel, se procedió al análisis de datos en los paquetes estadísticos Factor y AMOS versión 22. El primero se utilizó para hallar el análisis factorial de los instrumentos, y el segundo para llevar a cabo el path analysis, con el fin de evaluar los modelos teóricos propuestos.

Para el análisis de las evidencias psicométricas del instrumento, en primer lugar, se calculó el índice V de Aiken para evaluar la adecuación de los ítems en cuanto a pertinencia, coherencia y claridad, con el fin de obtener evidencias de validez de contenido a partir del juicio de expertos.

Posteriormente, se realizó un AFE para examinar la estructura interna del instrumento. Para ello, se evaluó la adecuación muestral mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. La extracción de factores se efectuó utilizando el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), junto con una rotación oblicua Promin. Así mismo, se realizó el AFC y el ajuste se realizó en función de los índices de ajuste: RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation $< .08$, Jöreskog & Sörbom, 1993), SRMR (Standardized Root Mean Square Residual $\leq .08$; Satorra & Bentler, 1994), CFI (Comparative Fit Index $\geq .90$; Hu & Bentler, 1998) y TLI (Tucker-Lewis Index $\geq .90$; McDonald & Ho, 2002). Finalmente, se analizó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa ordinal.

En el análisis de rutas, primero se especificaron los modelos teóricos en función a los componentes propuestos en la TPB e IMB. Posteriormente se construyeron los modelos en AMOS, representando las relaciones hipotetizadas entre los factores.

En el estudio se utilizó el análisis de senderos (path analysis) porque se trabaja con variables observables con modelos teóricos parciales que no requieren el uso de constructos latentes. Se utiliza el método de estimación de máxima verosimilitud (ML) considerando que es una muestra mayor a 200, con una distribución multivariante normal y porque se requiere confirmar los modelos

(Verdam et al., 2016). Además, se asumió una distribución de normalidad según los criterios esperados (<70 ; Mardia, 1970)

La comprobación empírica de los modelos teóricos se realizó en función de los índices de ajuste del AFC. Para estimar la magnitud del efecto de los path analysis se obtuvo el intervalo de confianza del coeficiente de determinación (r^2), con base al número de predictores, el valor de r^2 y el tamaño de muestra, para estudios explicativos y luego se analizó el límite inferior (Dominguez-Lara, 2017), tomando en cuenta los valores esperados para la interpretación (Ferguson, 2009): .04 mínima necesaria, .25 moderada, .64 fuerte. Además, los coeficientes beta estandarizados (β) pueden interpretarse con los criterios: $>.20$: mínima necesaria, $>.50$: moderada, $>.80$: fuerte (Ferguson, 2009), mientras que la magnitud de las correlaciones esperadas son: muy pequeña ($r < 0.12$), pequeña ($r < 0.24$), moderada ($r < 0.41$) y grande ($r \geq 0.41$) (Lovakov & Agadullina, 2021).

5.7. Consideraciones éticas

El estudio siguió los lineamientos éticos para la investigación contemplados por el Colegio de Psicólogos del Perú y la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Respecto a ello, primero, el proyecto fue revisado por el Comité de Ética antes de su ejecución (CONSTANCIA-CIEI-R-060-04-24). Se respetaron los derechos de los participantes, y se entregó el consentimiento informado previa participación.

VI. RESULTADOS

En relación con el modelo explicativo de la adherencia al tratamiento basado en TPB, se observan principalmente relaciones de magnitud pequeña. La norma subjetiva presenta asociaciones pequeñas y positivas tanto con la actitud hacia el tratamiento farmacológico como con la actitud hacia el ejercicio físico y la dieta; mientras que el control percibido se relaciona positiva y moderadamente con la actitud hacia el tratamiento farmacológico y la actitud hacia el ejercicio y dieta (Figura 3).

Los valores beta estandarizados indican que las variables explicativas de la intención (actitud hacia el tratamiento farmacológico, actitud hacia el ejercicio y dieta y control percibido) ejercen un efecto directo y positivo de magnitud pequeña ($<.50$) sobre la intención de adherencia, excepto la norma subjetiva, cuyo efecto es trivial. También el control percibido ejerce un efecto trivial sobre la adherencia al tratamiento, mientras que el efecto de la intención sobre la adherencia al tratamiento es positivo y de magnitud pequeña (Figura 3).

Como modelo explicativo se observa que la actitud hacia el tratamiento farmacológico, la actitud hacia el ejercicio físico y dieta, la norma subjetiva y el control percibido explican en un 31% la intención. Mientras que el modelo en su

totalidad sólo explica el 15% de la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos con enfermedades crónicas de la muestra (Figura 3). Ese valor corresponde a un efecto pequeño, considerando el límite inferior del intervalo de confianza del r^2 para el modelo total ($.09 > .04$; Ferguson, 2009). Los índices de ajuste del modelo de adherencia al tratamiento desde la TPB, fueron satisfactorios (CFI = .990; RMSEA = .059; GFI = .994; TLI = .950; AIC = 43.602; $\chi^2 = 7.602$; $df = 3$; $p = .055$).

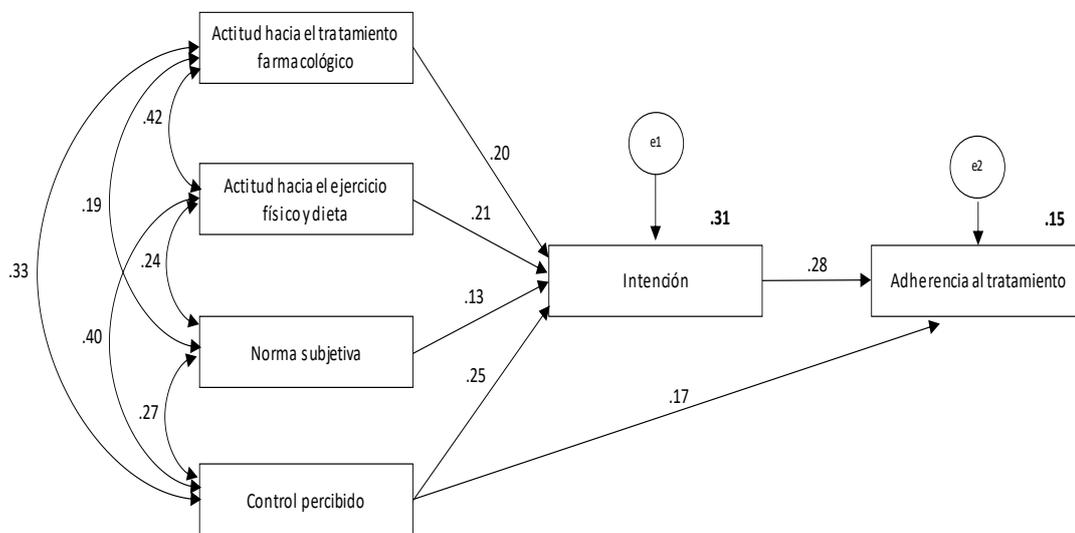


Figura 3

Modelo explicativo de la adherencia al tratamiento desde la TPB en adultos con hipertensión arterial y diabetes

Nota. Los cuadros representan variables observadas incluidas en el Modelo de Teoría del Comportamiento Planificado. Las flechas unidireccionales indican los coeficientes beta estandarizados; y las flechas bidireccionales las correlaciones entre las variables. Los coeficientes sobre las variables observadas intención y adherencia al tratamiento, son los coeficientes de determinación. Los valores dentro de los círculos (e1 y e2) representan errores residuales.

En relación con el modelo explicativo de la adherencia al tratamiento basado en IMB, se observan principalmente relaciones de magnitud pequeña (Figura 4). Se

observa que la información se relaciona positivamente con una magnitud pequeña con la motivación para hacer ejercicio físico y dieta, así como con la motivación para el tratamiento farmacológico; en cambio, la relación entre la motivación para el tratamiento farmacológico y la motivación para el ejercicio físico y dieta es positiva y de magnitud grande (Figura 4).

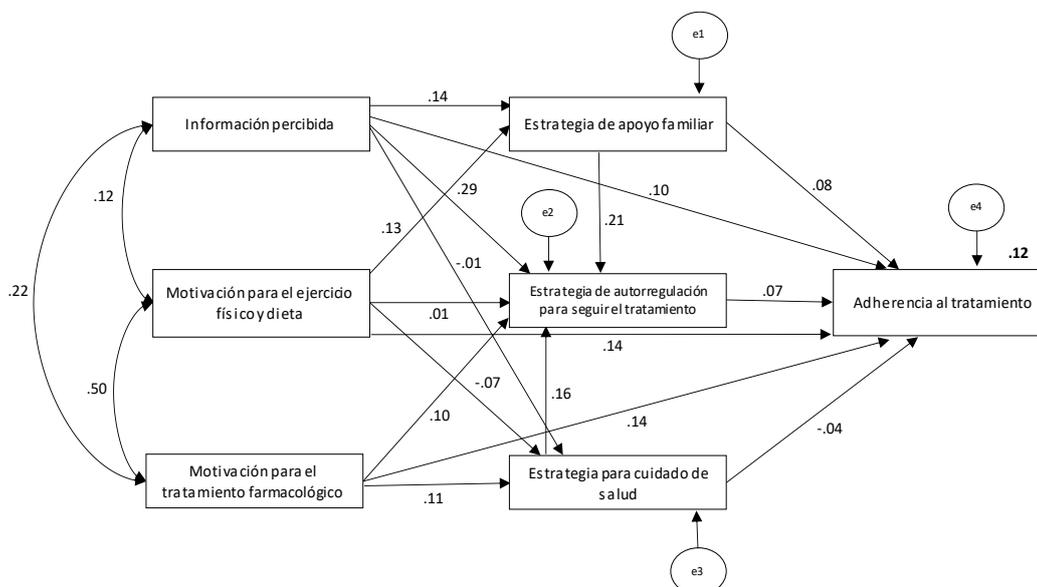
Respecto a los efectos directos, a partir de los coeficientes beta estandarizados, se observa que la mayoría de las variables explicativas (información percibida, motivación para el ejercicio físico y dieta, motivación para el tratamiento farmacológico) tiene un efecto trivial sobre las habilidades conductuales (estrategias), excepto que la información percibida tiene un efecto directo pequeño sobre la estrategia de autorregulación para seguir el tratamiento; y, que la estrategia de apoyo familiar tiene un efecto directo pequeño sobre la estrategia de autorregulación para seguir el tratamiento (Figura 4).

Por otro lado, en el modelo, ninguna de las variables explicativas (estrategia de apoyo familiar, estrategia de autorregulación para seguir el tratamiento y estrategia para el cuidado de la salud, información percibida, motivación para el ejercicio físico y dieta y motivación para el tratamiento farmacológico) ejerce efecto directo alguno sobre la adherencia al tratamiento (Figura 4).

Como modelo explicativo se observa que la información percibida, la motivación para el ejercicio físico y dieta, la motivación para el tratamiento farmacológico, la estrategia de apoyo familiar, la estrategia de autorregulación y la estrategia para evitar riesgos explican en un 12% la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos con enfermedades crónicas de la muestra. Ese valor corresponde a un efecto pequeño, considerando el límite inferior del intervalo de confianza del

r^2 para el modelo total ($.06 > .04$; Ferguson, 2009). Los índices de ajuste del modelo de adherencia al tratamiento desde el IMB (CFI = .999; RMSEA = .037; GFI = .999; TLI = .969; AIC = 55.612; $\chi^2 = 1.612$; $df = 1$; $p = .244$), fueron satisfactorios.

Figura 4



Modelo explicativo de la adherencia al tratamiento desde la teoría IMB en adultos con hipertensión arterial y diabetes

Nota. Los cuadros representan variables observadas incluidas en el Modelo de Teoría IMB en adultos. Las flechas unidireccionales indican los coeficientes beta estandarizados; y las flechas bidireccionales las correlaciones entre las variables. El coeficiente sobre la variable observada adherencia al tratamiento, es el coeficientes de determinación. Los valores dentro de los círculos (e_1 , e_2 , e_3 y e_4) representan errores residuales.

VII. DISCUSIÓN

La alta prevalencia de la hipertensión y la diabetes en la población adulta, y los riesgos del incumplimiento del tratamiento se presentan como problemas que ameritan resolución. Por ello, el objetivo de este estudio fue comparar la capacidad explicativa del Modelo de la TPB y del Modelo de la IMB respecto a la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, en Trujillo.

Respecto al objetivo general, los resultados muestran que ambos modelos obtuvieron un ajuste aceptable; sin embargo, la TPB demostró una mayor capacidad explicativa, al predecir un 15% de la adherencia al tratamiento, frente al 12% explicado por el IMB. Si bien estas cifras reflejan una magnitud pequeña del efecto, sugieren que el TPB tiene una capacidad explicativa mayor.

En relación al primer objetivo específico, los hallazgos ofrecen evidencia empírica de los supuestos teóricos del TPB. Se observó que las variables actitud, norma subjetiva y control percibido explicaron en conjunto el 31 % de la intención de adherencia al tratamiento. A su vez, la intención mostró un efecto directo pequeño sobre la conducta de adherencia (28%), mientras que el efecto del control percibido sobre la adherencia fue trivial (17%). Estos hallazgos son coherentes con lo propuesto por Ajzen (1985), quien sostiene que la intención conductual constituye la variable que explica mejor el comportamiento.

Por otro lado, los resultados del modelo IMB revelaron relaciones pequeñas y triviales. Se encontró que tanto la información percibida como la estrategia de apoyo familiar tienen un efecto directo pequeño sobre la estrategia de

autorregulación para seguir el tratamiento; sin embargo, ninguna de las variables explicativas ejerció efecto directo sobre la adherencia al tratamiento, a pesar de que los índices de ajuste del modelo fueron satisfactorios. En general, la capacidad explicativa del Modelo IMB fue limitada, lo que reduce su utilidad práctica.

Como ya se ha mencionado, el Modelo de la TPB demostró una mayor capacidad explicativa en comparación con el Modelo IMB. Estudios previos, como el de Lin et al. (2016), encontraron que la TPB pudo predecir hasta un 50% de la varianza en la adherencia a la medicación en pacientes con epilepsia. No obstante, es importante tener en cuenta que dicho estudio se centró exclusivamente en la conducta de toma de medicación, mientras que la presente investigación abarcó un conjunto más amplio de conductas de salud relevantes. Asimismo, la naturaleza de la enfermedad abordada pudo haber influido en la capacidad explicativa del modelo.

De manera similar, Rich et al. (2015), mediante un metaanálisis, sostienen que si bien la TPB ha sido exitosa en predecir la adherencia al tratamiento, la magnitud de sus efectos suele ser baja, y que existen otros factores: sociales, económicos y del sistema de salud, que también influyen en la conducta de adherencia, por lo cual deben ser consideradas en modelos explicativos de esta conducta. En esa misma línea, Gómez et al. (2020) sostienen que la intención que impulsa a la conducta puede variar dependiendo de los aspectos individuales, sociales o circunstancias específicas. Esto refuerza la idea de que, si bien los modelos psicológicos ofrecen un marco valioso, deben ser complementados por enfoques integrales que incluyan factores contextuales.

Para entender la diferencia en la capacidad explicativa entre ambos modelos es fundamental considerar el contexto específico de aplicación. En este estudio, la adherencia fue evaluada bajo la definición propuesta por la OMS (2003), que abarca no solo la toma de medicamentos, sino también el cumplimiento de una dieta y la adopción de cambios en el estilo de vida, importante en las enfermedades crónicas (Tibebu et al., 2017).

Dado que la adherencia en estos casos implica conductas prolongadas en el tiempo y con frecuencia no completamente voluntarias, el control percibido adquiere especial importancia. En esta investigación, dicho componente fue la variable que explicó mejor la intención de adherencia, aunque con magnitud pequeña. En contextos donde existen restricciones, barreras u obstáculos, el control percibido influye en la ejecución del comportamiento deseado (Dilekler et al., 2021). Sin embargo, un factor externo como el acceso a los servicios de salud en el tiempo previsto es relevante para asegurar la continuidad del tratamiento. Este último aspecto podría afectar los resultados, y variar culturalmente, ya que los participantes formaban parte del sistema de salud peruano, caracterizado por su ineficiencia (Muchari Candia, 2024).

En el caso de pacientes con enfermedades crónicas, factores como los efectos secundarios de los medicamentos, la dificultad para modificar hábitos y las barreras económicas subrayan la importancia del control percibido, un concepto que tiene como uno de sus componentes a la autoeficacia. Tal como señala Ortiz (2013), la autoeficacia es un componente central en la mayoría de las teorías de salud, lo que resalta su relevancia en el proceso de adherencia.

El control percibido permite que el paciente desarrolle una creencia sólida en su capacidad para acceder a los recursos necesarios y superar las barreras y obstáculos asociados con la adherencia (Kopelowicz et al., 2015). Así, este componente no solo se limita a las habilidades objetivas para realizar el comportamiento como el componente habilidades conductuales de la IMB (Fisher et al., 2003), sino que también incluye la capacidad percibida para realizar la conducta, considerando además la disponibilidad de recursos externos (Kopelowicz et al., 2015). Estudios previos han demostrado que el control percibido explicó directamente la conducta de adherencia en pacientes con diabetes tipo II (Dilekler et al., 2021) y se identificó como el principal determinante del comportamiento de autocuidado en personas con hipertensión (Pourmand et al., 2020). Este hallazgo difiere del presente estudio, donde la intención fue la variable que explicó mejor la adherencia al tratamiento; sin embargo, el control tuvo un mayor efecto directo sobre la intención de adherirse al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas.

Como limitaciones del estudio, se encuentra el diseño de corte transversal, lo que impidió controlar el estadio del tratamiento y observar la evolución de la adherencia a lo largo del tiempo. En este sentido, se sugiere que futuros estudios utilicen diseños longitudinales que permitan hacer un seguimiento del comportamiento de adherencia. Asimismo, debido a que el estudio no implicó manipulación de variables, no fue posible establecer relaciones causales. Para abordar esta restricción, se recomienda el uso de diseños experimentales que permitan explorar la relación causa – efecto entre las variables involucradas.

Además, la información sobre adherencia fue autoinformada por los pacientes, lo que puede introducir sesgos en la percepción y el reporte. Para mitigar esta limitación, investigaciones futuras podrían complementar los datos con registros clínicos, reportes de profesionales de salud u otras fuentes objetivas. Finalmente, el uso de un muestreo no probabilístico limita la validez externa del estudio, por lo que los resultados no pueden generalizarse a toda la población. Se sugiere que estudios futuros utilicen técnicas de muestreo probabilístico que garanticen una mayor representatividad de los participantes.

Entre los aportes del estudio y sus implicancias prácticas, destacan las ventajas del modelo TPB para orientar el diseño de intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes. En particular, el fortalecimiento de actitudes y el control percibido podría incrementar la intención de adherencia y, con ello, su cumplimiento. Asimismo, como aporte concreto, se pone a disposición una medida de evaluación psicológica basada en la TPB, la cual puede ser utilizada en contextos clínicos para monitorear periódicamente los factores que influyen en la adherencia en pacientes con hipertensión arterial y diabetes.

VIII. CONCLUSIONES

1. Se determinó que el modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado tiene una mayor capacidad explicativa respecto a la adherencia al tratamiento, en comparación con el modelo de Información - motivación – habilidades conductuales, en adultos con hipertensión arterial y diabetes, en Trujillo.
2. El modelo de la Teoría del Comportamiento Planificado evidenció relaciones moderadas y pequeñas entre sus componentes, y logró explicar el 15% de la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, en Trujillo.
3. El Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales evidenció relaciones pequeñas entre sus componentes, y logró explicar el 12% de la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión arterial y diabetes, en Trujillo.

IX. RECOMENDACIONES

1. Profundizar los estudios de la adherencia al tratamiento desde el modelo del comportamiento planificado, incluyendo variables no consideradas en el estudio, relacionadas al tiempo de enfermedad, edad, adherencia anterior y número de medicamentos por consumir.
2. Plantear un muestreo probabilístico con la intención de mejorar la generalización de los resultados.
3. Para próximos estudios probar modelos con diseños longitudinales, que permitan recoger evidencia de cómo el tiempo de enfermedad y de tratamiento pueden incidir en el comportamiento de adherencia.
4. Probar los modelos en muestras diferentes que permitan coadyuvar con la generalización de los resultados.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alagili, D., & Bamashmous, M. (2021). The Health Belief Model as an explanatory framework for COVID-19 prevention practices. *Journal of Infection and Public Health*, *14*(10), 1398-1403.
<https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.08.024>

- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: J. Kuhl, & J. Beckmann (eds) *Action Control* (pp.11-39). *SSSP Springer Series in Social Psychology*. Springer, Berlin, Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Ajzen, I. (2015). *Research interests*. <http://people.umass.edu/aizen/research.html>
- Alexander, D., Hogan, S., Jorda, J., DeVellis, R., & Carpenter, D. (2017). Examining whether the information–motivation–behavioral skills model predicts medication adherence for patients with a rare disease. *Patient Prefer Adherence*, 11, 75–83. <https://dx.doi.org/10.2147%2FPPA.S115272>
- Ameri, M., Movahed, E., & Farokhzadian, J. (2020). Effect of information, motivation, and behavioral skills model on adherence to medication, diet, and physical activity in HIV/AIDS patients: A health promotion strategy. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 317.
https://doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp_188_20
- Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A metaanalytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471–499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>

- Ashoorkhani, M., Majdzadeh, R., Gholami, J., Eftekhari, H., & Bozorgi, A. (2018). Understanding Non-Adherence to Treatment in Hypertension: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing – Midwifery*, 6(4), 314 – 323. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6226612/>
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3). <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bhimla, A., Zhu, L., Lu, W., Golub, S., Enemchukwu, C., Handorf, E., Tan, Y., Yeh, M., Nguyen, M., Wang, M., & Ma, G. (2022). Factors Associated with Hepatitis B Medication Adherence and Persistence among Underserved Chinese and Vietnamese Americans. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 870. <https://doi.org/10.3390/jcm11030870>
- Bosnjak, M., Ajzen, I., & Schimdt, P. (2020). The Theory of Planned Behavior: Selected Recent Advances and Applications. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3), 352-356. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.3107>
- Cohen, S. (2009). Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk Reduction. *Nursing Forum*, 44(1), 25–36. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x>
- Cordero-Sánchez, C., Alba-Alba, C., Muñoz-Covarrubias, M., Guzmán-Ortiz, E., & Ramírez-Giron, N. (2022). Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con Diabetes Tipo 2. *Horizonte sanitario*, 21(2). <https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.3885>
- Crespillo, E., Rivas, F., Contreras, E., Castellano, P., Suárez, G., & Pérez, E. (2013). Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia

- al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.009>
- Dalle, G., Calugi S., Centis, E., Marzocchi R., El, G., & Marchesini, G. (2010). Lifestyle modification in the management of the metabolic syndrome: achievements and challenges. *Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity*, 3, 373-385. <https://dx.doi.org/10.2147%2FDMSOTT.S13860>
- Danielson, E., Melin-Johansson, C., & Modanloo, M. (2019). Adherence to Treatment in Patients with Chronic Diseases: From Alertness to Persistence. *International Journal of Community Based Nursing – Midwifery*, 7(4), 248 – 257. <https://dx.doi.org/10.30476%2FIJCBNM.2019.81303.0>
- Deshmukh, R, Dhande, D., Sachdeva, K., Sreenivas, A., Kumar, A., & Parmar, M. (2018). Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Indian Journal of Tuberculosis*, 65(1), 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2017.05.003>
- Díaz, H., Marcial, D., Galicia-Rodríguez, L., Villarreal-Ríos, E., Julián, C., & Elizarrarás, J. (2023). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes sin hipertensión arterial. *Horizontes Médico (Lima)*, 23(4), e2383. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.01>
- Dilekler, İ., Doğulu, C. & Bozo, Ö. (2021). A test of theory of planned behavior in type II diabetes adherence: The leading role of perceived behavioral control. *Current Psychology*, 40, 3546-3555. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00309-7>

- Dubov, A., Altice, F. & Fraenkel, L. (2018). An information–motivation–behavioral skills model of PrEP uptake. *AIDS and Behavior*, 22(11), 3603–3616. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2095-4>
- Dominguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto en análisis de regresión. *Interacciones*, 3(1), 3-5. <http://dx.doi.org/10.24016/2017.v3n1.46>
- Esparza, O., Quiñones, J., Gutiérrez, M., Gurrola, G., Balcázar, P., Ruvalcaba, N., Samaniego, R., García, M., & Ochoa, S. (2016). Estructura factorial de una escala de actividad física basada en la teoría del comportamiento planificado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 118 – 126. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161011.pdf>
- Fai, E., Anderson, C., & Ferreros, V. (2017). Role of attitudes and intentions in predicting adherence to oral diabetes medications. *Endocrine Connections*, 6(2), 63 - 70. <https://doi.org/10.1530/EC-16-0093>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455–474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*, 15(2), 114–123. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.2.114>
- Fisher, J., & Fisher, W. (2002). The information-motivation-behavioral skills model. En: R. DiClemente, R. Crosby & M. Kegler. (Eds.), *Emerging*

Theories in Health Promotion Practice and Research (pp. 40–70). John Wiley & Sons.

Fisher, J., Fisher, W., & Harman, J. (2003). The information-motivation-behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. En: J. Suls & K. Wallston, (Eds). *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (pp. 82–106). Blackwell Publishing Ltd

Fisher, J., Fisher, W., Amico, K., & Harman, J. (2006). An Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Adherence to Antiretroviral Therapy. *Health Psychology, 25*(4), 462 – 473. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.462>

Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*, 532-538. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015808>

Ferrari, M., Speight, J., Beath, A., Browne, J., & Mosely, K. (2020). The information-motivation-behavioral skills model explains physical activity levels for adults with type 2 diabetes across all weight classes. *Psychology, Health & Medicine, 26*(3), 1–14. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1749292>

García, J. (2017). *Análisis de las conductas de salud de la población autóctona adulta joven de la ciudad de Sevilla* [Tesis de doctorado, Universidad de Sevilla]. <https://hdl.handle.net/11441/74457>

Gómez, J., Rojas, M., Serrano, K., Juárez, M., Huerta, A. & Ramírez, M. (2020). Intención de lactar exclusivamente con leche materna: un estudio basado en

- la Teoría de la Conducta Planificada. *Clínica y Salud*, 30(1), 13–20.
<http://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a20>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- International Diabetes Federation. (2021). *Diabetes Atlas*. (10ma edición). IDF. www.diabetesatlas.org
- Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Mazur, G. (2016). Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 10, 2437–2447. <https://doi.org/10.2147/ppa.s117269>
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Scientific Software International.
- Kim, J., & Kim, C. (2020). Effect of a Physical Activity Promoting Program Based on the IMB Model on Obese-Metabolic Health Outcomes Among Obese Older Adults with Knee Osteoarthritis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(2), 271 – 185. <https://doi.org/10.4040/jkan.2020.50.2.271>
- Klonoff, D. (2019). Behavioral Theory: The Missing Ingredient for Digital Health Tools to Change Behavior and Increase Adherence. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 13(2), 276-281. <https://doi.org/10.1177/1932296818820303>
- Kopelowicz, A., Zarate, R., Wallace, C. J., Liberman, R. P., Lopez, S. R., & Mintz, J. (2015). Using the theory of planned behavior to improve treatment

- adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 985–993. <https://doi.org/10.1037/a0039346>
- Lee, G., Yang, S., & Chee, Y. (2016). Assessment of healthy behaviors for metabolic syndrome among Korean adults: a modified information-motivation-behavioral skill with psychological distress. *BMC Public Health*, 16(1), 518. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3185-8>
- Leija, G., Peláez, V., Pérez, E., Pablo, R., Orea, A., Domínguez, B., González, D., Pineda, J., Herrera, R., Sánchez, R., Santellano, B., Cintora, C., & Contreras, E. (2019). Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 85-94. <https://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.451>
- Lin, C., Updegraff, J., & Pakpour, A. (2016). The relationship between the theory of planned behavior and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 61, 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.05.030>
- Lovakov, A., & Agadullina, E. (2021). Empirically derived guidelines for effect size interpretation in social psychology. *European Journal of Social Psychology*, 51(3), 485-504. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2752>
- Lynn, A., & Huang, J. (2019) Physicians' intention to provide exercise counseling to patients in Taiwan: an examination based on the Theory of Planned Behavior. *Translational Behavioral Medicine*, ibz010. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz010>

- Marashi, T., Safari-Moradabadi, A., Ahmadi, F., & Alipour-Anbarani, M. (2020). The effect of education based on the theory of planned behavior on the promotion of physical activity and knowledge of students about diabetes prevention. *International Journal of Health Promotion and Education*, 60(6), 316-328. <https://doi.org/10.1080/14635240.2020.1854814>
- Mardia, K. (1974). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57(3), 519–530, <https://doi.org/10.2307/2334770>
- Matsuzawa, Y., Lee, Y. S. C., Fraser, F., Langenbahn, D., Shallcross, A., Powers, S., Lipton, R., Simon, N., & Minen, M. (2018). Barriers to Behavioral Treatment Adherence for Headache: An Examination of Attitudes, Beliefs, and Psychiatric Factors. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(1), 19 – 31. <https://doi.org/10.1111/head.13429>
- Mayberry, L., & Osborn, C. (2014). Empirical Validation of the Information–Motivation–Behavioral Skills Model of Diabetes Medication Adherence: A Framework for Intervention. *Diabetes Care*, 37(5), 1246–1253. <https://doi.org/10.2337/dc13-1828>
- McDonald, R., & Ho, M. H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural analyses. *Psychological Methods*, 7, 64-82. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.7.1.64>
- McEachan, R., Conner, M., Taylor, N., & Lawton, R. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97–144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>

- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P., & Conner, M. (2016). Meta-Analysis of the Reasoned Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(4), 592–612. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9798-4>
- Muchari Candia, L. (2024). Inequalities in Access to Health Services in Peru: Analysis of the Gaps between rural and urban areas. *World Health Journal*, 5(2), 18-21. <https://doi.org/10.47422/whj.v5i2.54>
- Najimi, A., Mostafavi, F., Sharifirad, G., & Golshiri, P. (2018). Barriers to medication adherence in patients with hypertension: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(24). <http://www.jehp.net/text.asp?2018/7/1/24/225074>
- Nelson, L., Wallston, K., Kripalani, S., LeStourgeon, L., Williamson, S., & Mayberry, L. (2018). Assessing barriers to diabetes medication adherence using the Information-Motivation-Behavioral skills model. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 142, 374-384. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.05.046>
- Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Enfermedades no transmisibles*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Hipertensión*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Enfermedades no transmisibles*.
Organización Panamericana de la Salud. [Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5).
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Ortiz, G. (2013). *Tópicos selectos en psicología de la salud. Aportes latinoamericanos*. Dulcere.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=519809>
- Pagés-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, I. (2020). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, 59(4).
<https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Pourmand, G., Doshmangir, L., Ahmadi, A., Noori, M., Rezaeifar, A., Mashhadi, R., Aziminia, R., Pormand, A., & Gordeev, V. (2020). An application of the theory of planned behavior to self-care in patients with hypertension. *BMC Public Health* 20, 1290. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09385->
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculard*, 16(2), 175 – 189.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1682-00372015000200006
- Rich, A., Brandes, K., Mullan, B., & Hagger, M. S. (2015). Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 673–688. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9644-3>

- Rowe, C., Sirois, F., Toussaint, L., Kohls, N., Nöfer, E., Offenbacher, M., & Hirsch, J. (2019). Health beliefs, attitudes, and health-related quality of life in persons with fibromyalgia: mediating role of treatment adherence. *Psychology, Health & Medicine*, 24(8).
<https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576913>
- Salari, S., Aghamolaei, T., Hosseini, Z., & Mohseni, S. (2024). The Effectiveness of Educational Intervention Based on the Information-motivation-behavioral Skills Model in Improving Self-care Behaviors of Patients With Hypertension. *Journal of Preventive Medicine*, 10(4), 318-329.
https://jpm.hums.ac.ir/browse.php?a_id=699&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1&html=1
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. Von Eye & C. C. Clogg (Eds), *Latent variables analysis: Applications for development research* (pp. 399-419). Sage Publications, Inc.
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W., Miles, E., & Rothman, A. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178–1188.
<https://doi.org/10.1037/hea0000387>
- Shin, Y., & Hancer, M. (2016). The role of attitude, subjective norm, perceived behavioral control, and moral norm in the intention to purchase local food products. *Journal of Foodservice Business Research*, 19(4), 338–351.
<https://doi.org/10.1080/15378020.2016.1181506>

- Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health*, 21(804). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10816-7>
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- Soper, D. S. (2025). *A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models* [Software]. <https://www.danielsoper.com/statcalc> [Link]
- Starks T., Millar, B., Lassiter, J., & Parsons, J. (2017). STDs: Preintervention profiles of information, motivational, and behavioral self-efficacy for methamphetamine use and HIV medication adherence among gay and bisexual men. *AIDS Patient Care STDS*, 31, 78-86. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0196>
- Tibebu, A., Bekele, D. M., & Negesa, L. (2017). Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Prefer Adherence*, 11, 323–330. <https://doi.org/10.2147/ppa.s126382>
- Ulker-Demirel, E., & Ciftci, G. (2020). A systematic literature review of the theory of planned behavior in tourism, leisure and hospitality management research. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 43, 209-219. <https://doi.org/10.1016/j.jhtm.2020.04.003>

- Verdam, M. G., Oort, F. J., & Sprangers, M. A. (2016). Using structural equation modeling to detect response shifts and true change in discrete variables: An application to the items of the SF-36. *Quality of Life Research, 25*(6), 1361-1383. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1195-0>
- Wan, C., Shen, G., & Choi, S. (2017). Experiential and instrumental attitudes: Interaction effect of attitude and subjective norm on recycling intention. *Journal of Environmental Psychology, 50*, 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2017.02.006>
- Wang, X., Jia, M., Li, Y., Bao, Y., Zhang, C., Zhou, C., Wang, L., Cao, X., Jiang, R., & Li, F. (2019). Validation of an information–motivation–behavioral skills model of upper limb functional exercise adherence among Chinese postoperative patients with breast cancer. *Breast Cancer, 26*(2), 198 – 205. <https://doi.org/10.1007/s12282-018-0911-3>
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin, 132*(2), 249–268. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.249>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapies. Evidence for action*. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1>
- Yang, C., Hui, Z., Zeng, D., Liu, L., & Lee, D. (2020). Examining and adapting the information–motivation–behavioural skills model of medication adherence among community-dwelling older patients with multimorbidity: protocol

for a cross-sectional study. *BMJ Open*, *10*(3), e033431.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033431>

Yuriev, A., Dahmen, M., Paillé, P., Boiral, O., & Guillaumie, L. (2020). Pro-environmental behaviors through the lens of the theory of planned behavior: A scoping review. *Resources, Conservation and Recycling*, *155*, 104660.
<https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2019.104660>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

- ADULTOS -

Institución : Universidad Cayetano Heredia – UPCH
Investigador : Henry Santa Cruz Espinoza
Título : La adherencia al tratamiento desde las teorías de acción planificada y de información - motivación – habilidades conductuales, en adultos con enfermedades crónicas

Propósito del Estudio:

Se le invita a usted a participar en un estudio llamado: “Efectividad de las teorías de información - motivación – habilidades conductuales y de acción planificada para explicar la adherencia al tratamiento en adultos con enfermedades crónicas”. Esta es una investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cuyo objetivo es conocer qué factores (información, motivación, conducta, actitudes, intención) se relacionan con el cumplimiento del tratamiento en adultos con enfermedades de diabetes o hipertensión.

Procedimiento:

Si usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Completar dos cuestionarios sobre la información que posee sobre la enfermedad, la motivación, conducta, actitudes e intención de cumplir su tratamiento. Responderlos le llevará un tiempo estimado de 45 minutos.
3. Completar un cuestionario sobre datos demográficos, que te llevará un tiempo estimado de 3 minutos.

Riesgos:

No se considera que responder a los cuestionarios, conlleve algún tipo de riesgo.

Beneficios:

La investigación no brinda directamente beneficios por la participación.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados del estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación ni de las demás personas que participen en este estudio. Sus resultados no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del participante:

La participación es voluntaria. Puede participar, retirarse del estudio o rehusarse a hacerlo, en cualquier momento, sin que ello le perjudique.

Si usted desea realizar alguna pregunta sobre la investigación, puedes contactarse con Henry Santa Cruz al 999192447

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Dr. Fredy Canchihuamán, al Telf.: 01-3190000 anexo 2271.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar o retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

Anexo 2. Ficha de datos personales

FICHA DE DATOS PERSONALES

1. Código: _____

2. Edad: _____

3. Estado civil: () Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente
() Divorciado(a) () Viudo (a)

4. Grado de instrucción: () Sin instrucción () Primaria ()
Secundaria () Superior no universitaria () Superior universitaria

5. Ocupación:

6. Enfermedad(es) que presenta:

Nombre de enfermedad	Tiempo de enfermedad

Anexo 3. Cuestionarios

Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

Instrucciones: A continuación, encontrará algunas situaciones relacionadas con las indicaciones dadas por el médico para la enfermedad que usted padece. Por favor marque la alternativa que refleje su modo de pensar y sentir sobre cada situación LA ÚLTIMAS SEMANAS. No existen respuestas buenas ni malas. Por favor sea sincero al responder.

En las ÚLTIMA SEMANA:

1. ¿Ha tomado, en la hora indicada, la medicina recetada por el médico?:

- Todos los días Dejando un día Dos veces por semana
 Una vez por semana No he tomado

2. ¿Ha realizado ejercicio físico?:

- Todos los días Dejando un día Dos veces por semana
 Una vez por semana No he realizado ejercicio

3. ¿Se ha sometido a dieta alimenticia?:

- Todos los días Dejando un día Dos veces por semana
 Una vez por semana No he realizado dieta

Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría del Comportamiento Planificado

Instrucciones: A continuación, encontrará algunas situaciones relacionadas con las indicaciones dadas por el médico para la enfermedad que usted padece. Por favor marque la alternativa que refleje su modo de pensar y sentir sobre cada situación LA ÚLTIMAS DOS SEMANAS. No existen respuestas buenas ni malas. Por favor sea sincero al responder.

¿Qué tanto depende de usted cumplir una de las siguientes indicaciones médicas?	Depende totalmente de mi decisión	Depende bastante de mi decisión	Depende regularmente de mi decisión	Depende un poco de la decisión de otras personas	Depende de la decisión de otras personas
1. Tomar la medicina en la hora indicada					
2. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
3. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
4. Realizar ejercicio físico					

¿Qué intención ha tenido usted de seguir las siguientes indicaciones en las últimas DOS SEMANAS?	Totalmente sí	Bastante	A veces	Un poco	Totalmente no
5. Tengo la intención de tomar la medicina en la hora indicada					
6. Tengo la intención de cuidar mi alimentación (hacer dieta)					
7. Tengo la intención de realizar ejercicio físico					

¿EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ha pensado usted en seguir las siguientes indicaciones?	Totalmente sí	Bastante	A veces	Un poco	Totalmente no
8. Tomar la medicina en la hora indicada					
9. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
10. Realizar ejercicio físico					

¿Qué tan buena o mala es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?	Muy buena	Buena	Ni buena ni mala	Mala	Muy mala
11. Tomar la medicina en la hora indicada					
12. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
13. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
14. Realizar ejercicio físico					

¿Qué tan necesaria es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?	Muy necesaria	Necesaria	Ni necesaria ni innecesaria	Innecesaria	Muy innecesaria
15. Tomar la medicina en la hora indicada					
16. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
17. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
18. Realizar ejercicio físico					

¿Qué tan favorable es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?	Muy favorable	Favorable	Ni favorable ni desfavorable	Desfavorable	Muy desfavorable
19. Tomar la medicina en la hora indicada					
20. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
21. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
22. Realizar ejercicio físico					

¿Cuánto le importa a usted la opinión de sus familiares en relación a que usted cumpla las indicaciones médicas siguientes?	Nada	Casi nada	Regular (más o menos)	Un poco	Totalmente
23. Tomar la medicina en la hora indicada					
24. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
25. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
26. Realizar ejercicio físico					

**Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría de Información,
Motivación y Habilidades Conductuales**

Instrucciones: A continuación, encontrará algunas situaciones relacionadas con las indicaciones dadas por el médico para la enfermedad que usted padece. Por favor marque la alternativa que refleje su modo de pensar y sentir sobre cada situación LA ÚLTIMAS DOS SEMANAS. No existen respuestas buenas ni malas. Por favor sea sincero al responder.

¿Qué tanto conoce usted sobre?

	Totalmente sí	Bastante	A veces	Un poco	Totalmente no
1. Lo que es su enfermedad					
2. Los riesgos de su enfermedad, si usted no se cuida					
3. En qué es útil el tratamiento o indicaciones médicas					

¿Usted cuenta con el apoyo familiar para que le recuerden las siguientes indicaciones médicas?

	Totalmente sí	Bastante	Regular (más o menos)	Un poco	Totalmente no
4. Tomar la medicina en la hora indicada					
5. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
6. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
7. Realizar ejercicio físico					

¿Ha tenido usted EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS el interés de seguir las siguientes indicaciones?

	Totalmente interesado	Medianamente interesado	Regular (más o menos)	Medianamente desinteresado	Totalmente desinteresado
8. Tomar la medicina en la hora indicada					
9. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
10. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
11. Realizar ejercicio físico					

¿Ha tenido usted EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS el deseo de seguir las siguientes indicaciones médicas?

	Es muy probable que siga la indicación	Es bastante probable que siga la indicación	Regular (más o menos)	Es poco probable que siga la indicación	Es muy improbable que siga la indicación
12. Tomar la medicina en la hora indicada					
13. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
14. Cuidarse en la alimentación (hacer dieta)					
15. Realizar ejercicio físico					

¿Usted se anima a sí mismo para cumplir las siguientes indicaciones médicas?

	Totalmente sí	Bastante	Regular (más o menos)	Un poco	Totalmente no
16. Tomar la medicina en la hora indicada					
17. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
18. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
19. Realizar ejercicio físico					

¿Qué tanto usted utiliza recordatorios para seguir las siguientes indicaciones médicas?

	Totalmente sí	Bastante	Regular (más o menos)	Un poco	Totalmente no
20. Tomar la medicina en la hora indicada					
21. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
22. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
23. Realizar ejercicio físico					

¿Rechaza invitaciones para salir con familiares o amigos, que no le permitan cumplir las siguientes indicaciones médicas?

	Totalmente sí	Bastante	Regular (más o menos)	Un poco	Totalmente no
24. Tomar la medicina en la hora indicada					
25. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					
26. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					
27. Realizar ejercicio físico					

Anexo 4. Resultados de evidencias psicométricas de los instrumentos

Construcción y validación del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

Tabla 1

Análisis factorial exploratorio y confiabilidad del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento

Ítems	F1	h2
Ítem 1. ¿Ha tomado, en la hora indicada, la medicina recetada por el médico?	.771	.952
Ítem 2. ¿Ha realizado ejercicio físico?	.534	.588
Ítem 3. ¿Se ha sometido a dieta alimenticia?	.618	.716
Porcentaje de varianza explicada	78.53%	
α ordinal	.816	

Nota. F1 (Adherencia al tratamiento)

Construcción y validación del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría del Comportamiento Planificado

Tabla 2

Análisis factorial exploratorio del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría del Comportamiento Planificado

Ítems	F1	F2	F3	F4	F5	h2
¿Qué tanto depende de usted cumplir con cada una de las siguientes indicaciones médicas?						
Ítem 1. Tomar la medicina en la hora indicada	.919					.818
Ítem 2. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico	.899					.626
Ítem 3. Cuidar su alimentación (hacer dieta)	.829					.700
Ítem 4. Realizar ejercicio físico	.811					.715
¿Qué intención ha tenido usted de seguir las siguientes indicaciones en las últimas dos semanas?						
Ítem 5. Tengo la intención de tomar la medicina en la hora indicada		.422				.583
Ítem 6. Tengo la intención de cuidar mi alimentación (hacer dieta)		.825				.668
Ítem 7. Tengo la intención de realizar ejercicio físico		.804				.617
¿En las últimas dos últimas semanas, ha pensado usted en seguir las siguientes indicaciones?						
Ítem 8. Tomar la medicina en la hora indicada		.417				.594
Ítem 9. Cuidar su alimentación (hacer dieta)		.788				.622
Ítem 10. Realizar ejercicio físico		.777				.601
¿Qué tan buena o mala es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?						
Ítem 11. Tomar la medicina en la hora indicada			.578			.434

Ítem 12. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico	.710	.500
¿Qué tan necesaria es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?		
Ítem 15. Tomar la medicina en la hora indicada	.709	.625
Ítem 16. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico	.704	.574
¿Qué tan favorable es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?		
Ítem 19. Tomar la medicina en la hora indicada	.693	.638
Ítem 20. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico	.786	.647
¿Qué tan buena o mala es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?		
Ítem 13. Cuidar su alimentación (hacer dieta)	.556	.470
Ítem 14. Realizar ejercicio físico	.641	.510
¿Qué tan necesaria es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?		
Ítem 17. Cuidar su alimentación (hacer dieta)	.720	.636
Ítem 18. Realizar ejercicio físico	.768	.644
¿Qué tan favorable es para usted cada una de las siguientes indicaciones médicas?		
Ítem 21. Cuidar su alimentación (hacer dieta)	.683	.655
Ítem 22. Realizar ejercicio físico	.780	.723
¿Cuánto le importa a usted la opinión de sus familiares en relación a que usted cumpla las indicaciones médicas siguientes?		
Ítem 23. Tomar la medicina en la hora indicada	.974	.940
Ítem 24. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico	.994	.970
Ítem 25. Cuidar su alimentación (hacer dieta)	.98	.960
Ítem 26. Realizar ejercicio físico	.889	.815
Porcentaje de varianza explicada: 72.42	29.080	13.900
	12.49	9.620
		7.330

Nota. F1 (control percibido), F2 (Intención), F3 (Actitud hacia el tratamiento farmacológico), F4 (Actitud hacia el ejercicio físico y dieta), F5 (Norma subjetiva)

Tabla 3

Correlaciones entre factores y confiabilidad del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en la Teoría del Comportamiento Planificado

Factores	F1	F2	F3	F4	F5
F1 Control percibido		.394	.156	.231	.144
F2 Intención			.230	.438	.229
F3 Actitud hacia el tratamiento farmacológico				.448	.163
F4 Actitud hacia el ejercicio físico y dieta					.159
α ordinal	.906	.828	.854	.845	.979

Nota. F1 (control percibido), F2 (Intención), F3 (Actitud hacia el tratamiento farmacológico), F4 (Actitud hacia el ejercicio físico y dieta), F5 (Norma subjetiva)

Construcción y validación del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en el Modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales

Tabla 4

Análisis factorial exploratorio del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en el Modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales

Ítems	F1	F2	F3	F4	F5	F6	h2
<i>¿Qué tanto conoce usted sobre?</i>							
Ítem 1. Lo que es su enfermedad	.836						.702
Ítem 2. Los riesgos de su enfermedad, si usted no se cuida	.875						.761
Ítem 3. En qué es útil el tratamiento o indicaciones médicas	.880						.774
<i>¿Usted cuenta con el apoyo familiar para que le recuerden las siguientes indicaciones médicas?</i>							
Ítem 4. Tomar la medicina en la hora indicada		.916					.824
Ítem 5. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico		.942					.890
Ítem 6. Cuidar su alimentación (hacer dieta)		.885					.795
Ítem 7. Realizar ejercicio físico		.771					.697
<i>¿Ha tenido usted en las dos últimas semanas el interés de seguir las siguientes indicaciones?</i>							
Ítem 10. Cuidar su alimentación (hacer dieta)			.714				.620
Ítem 11. Realizar ejercicio físico			.867				.672
<i>¿Ha tenido usted en las dos últimas semanas deseo de seguir las siguientes indicaciones?</i>							
Ítem 14. Cuidar su alimentación (hacer dieta)			.709				.587
Ítem 15. Realizar ejercicio físico			.890				.688
<i>¿Usted se anima a sí mismo para cumplir las siguientes indicaciones médicas?</i>							
Ítem 18. Cuidar su alimentación (hacer dieta)			.620				.511
Ítem 19. Realizar ejercicio físico			.765				.560

<i>¿Qué tanto usted utiliza recordatorios para seguir las siguientes indicaciones médicas?</i>						
Ítem 20. Tomar la medicina en la hora indicada					.654	.810
Ítem 21. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					.659	.877
Ítem 22. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					.702	.760
Ítem 23. Realizar ejercicio físico					.731	.742
<i>¿Rechaza invitaciones para salir con familiares o amigos, que no le permitan cumplir las siguientes indicaciones médicas?</i>						
Ítem 24. Tomar la medicina en la hora indicada					.930	.864
Ítem 25. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					.972	.951
Ítem 26. Cuidar su alimentación (hacer dieta)					.959	.918
Ítem 27. Realizar ejercicio físico					.926	.870
<i>¿Ha tenido usted en las dos últimas semanas el interés de seguir las siguientes indicaciones?</i>						
Ítem 8. Tomar la medicina en la hora indicada					0.974	.713
Ítem 9. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					0.994	.733
<i>¿Ha tenido usted en las dos últimas semanas el deseo de seguir las siguientes indicaciones médicas?</i>						
Ítem 12. Tomar la medicina en la hora indicada					.565	.653
Ítem 13. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					.598	.642
<i>¿Usted se anima a sí mismo para cumplir las siguientes indicaciones médicas?</i>						
Ítem 16. Tomar la medicina en la hora indicada					.544	.598
Ítem 17. Tomar la cantidad de pastillas que indica el médico					.606	.672
Porcentaje de varianza Explicada: .79	27.56	15.18	11.29	8.90	8.79	7.25

Nota. F1 (Información percibida), F2 (Estrategia de apoyo familiar), F3 (Motivación para hacer ejercicio físico y dieta), F4 (Estrategia de autorregulación para seguir el tratamiento), F5 (Estrategia para cuidado de salud), F6 (Motivación para seguir el tratamiento farmacológico)

Tabla 5

Correlaciones entre factores y confiabilidad del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento basado en el Modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales

Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 Información percibida		.129	.147	-.046	.038	.302
F2 Estrategias de apoyo familiar			.218	.047	.247	.352
F3 Motivación para hacer ejercicio físico y dieta				-.286	.177	.459
F4 Estrategias de autorregulación para seguir el tratamiento					.027	-.096
F5 Estrategias para cuidado de salud						.238
α ordinal	.898	.931	.891	.781	.972	.778

Nota. F1 (Información percibida), F2 (Estrategia de apoyo familiar), F3 (Motivación para hacer ejercicio físico y dieta), F4 (Estrategia de autorregulación para seguir el tratamiento), F5 (Estrategia para cuidado de salud), F6 (Motivación para seguir el tratamiento farmacológico)