



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**ESTRATEGIA MOTIVACIONAL SOBRE ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN ADULTOS HIPERTENSOS DEL
BARRIO LAS GUAYUSAS, 2015 - 2016**

AUTOR: ELIO GONZALO GALARZA VIERA

TUTORA: DRA. MARÍA TERESA PAZ RODRÍGUEZ

Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, **“ESTRATEGIA MOTIVACIONAL SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS HIPERTENSOS DEL BARRIO LAS GUAYUSAS, 2015 – 2016”**, de responsabilidad del Doctor Elio Gonzalo Galarza Viera, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal

Ing. Wilson Zúñiga

PRESIDENTE

Dra. María Teresa Paz Rodríguez

DIRECTOR

Dr. Orlando González Roque

MIEMBRO

Dr. Félix Martínez Soto

MIEMBRO

Riobamba, 2016.

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Elio Gonzalo Galarza Viera, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

C.I. 1103591192

PENSAMIENTO

“La mejor estrategia es la combinación de diferentes estrategias”, y “la mejor estrategia individual es la simplificación del tratamiento”

Dr. Jacinto Espinosa García.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AGRADECIMIENTO

En primer lugar al “ser supremo”, Dios, por brindarme los tres dones más poderosos que existen: sabiduría, entendimiento y fortaleza. A mi esposa y padres, por acompañarme día a día, incondicional y desinteresadamente en mi sueño de convertirme en especialista. A mis profesores, docentes, por su entrega a la formación de mi perfil como profesional. Y a todos quienes de una u otra forma han contribuido a que se lleve a cabo éste trabajo investigativo para optar para mi título de especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

Elio

ÍNDICE

Contenido	Páginas
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problema de Investigación	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos.....	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos	6
1.5 Hipótesis.....	7
1.5.1 Hipótesis de investigación.....	7
1.5.2 Hipótesis Nula.....	7
1.5.3 Hipótesis Alternativa.....	7
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Hipertensión Arterial	8
2.1.1. Definiciones y Antecedentes Conceptuales.....	8
2.1.2. Etiología	8
2.1.3. Epidemiología	9
2.1.4. Clasificación.....	9
2.1.5. Evaluación del paciente hipertenso.....	10
2.1.6. Estrategias de Tratamiento no farmacológico.....	12

2.1.7. Estrategias de tratamiento farmacológico	15
2.2. Adherencia Terapéutica	16
2.2.1. Medición de la Adherencia	19
2.3. Evidencia de las intervenciones	21
2.3.1. Información/educación del paciente	23
2.3.2. Mejora de la comunicación paciente-profesional	24
2.3.3. Intervención sobre el tratamiento	25
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
3.1. Tipo y Diseño de la investigación.....	26
3.2. Métodos de investigación.....	26
3.2.1. Método Deductivo	26
3.2.2. Método Analítico.....	26
3.2.3. Método Sintético.....	26
3.2.4. Método Sistémico	27
3.2.5. Método Histórico.....	27
3.2.6. Método Comparativo.....	27
3.3. Enfoque de la investigación.....	27
3.4. Alcance de la investigación.....	27
3.5. Población de estudio	28
3.6. Unidad de análisis	28
3.7. Selección de la muestra.....	28
3.7.1. Criterios de inclusión.....	28
3.7.2. Criterios de exclusión	28
3.8. Técnica de recolección de datos primarios y secundarios.....	29
3.9. Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios	29
3.10. Instrumentos para procesar datos recopilados	30

3.11. Consideraciones Éticas	30
3.12. Selección y Definición de las Variables	31
CAPITULO IV	
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
4.1. Resultados y Análisis	33
CAPÍTULO V	
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	44
5.1. Estrategia Motivacional	44
5.1.1. <i>Introducción</i>	44
5.1.2. <i>Principios fundamentales en los que se sustenta la Estrategia Motivacional sobre adherencia terapéutica en adultos hipertensos en el barrio “Las Guayusas”</i> . .	45
5.1.3. <i>Objetivo General de la Estrategia de intervención</i>	45
5.1.4. <i>Objetivos Específicos</i>	46
5.1.5. <i>Fases de la Estrategia Motivacional sobre adherencia terapéutica en adultos hipertensos en el barrio “Las Guayusas”</i>	46
5.1.6. <i>Descripción de las Fases de la estrategia motivacional diseñada</i>	46
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1-3: Distribución de adultos hipertensos por grupos de edad y sexo, Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	28
Tabla 2-3: Distribución de adultos hipertensos por su etnia, Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	29
Tabla 3-3: Distribución de adultos hipertensos según su nivel de escolaridad, Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	29
Tabla 4-3: Distribución de adultos hipertensos según su ocupación, Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	29
Tabla 5-3: Distribución de los adultos hipertensos, según su tiempo de presentación de la enfermedad. Barrio “Las Guayusas” 2016.....	30
Tabla 6-3: Distribución de los adultos hipertensos, con enfermedades concomitantes. Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	30
Tabla 7-3: Distribución de adultos hipertensos, según factores de riesgos. Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	31
Tabla 8-3: Distribución de adultos hipertensos, según frecuencia del ejercicio físico. Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	31
Tabla 9-3: Distribución de adultos hipertensos, según su indicación del ejercicio físico. Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	32
Tabla 10-3: Distribución de adultos hipertensos, según en tiempo de fumar. Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	32
Tabla 11-3: Distribución de adultos hipertensos, según la cantidad de cigarrillos que consumen. Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	32
Tabla 12-3: Distribución de los adultos hipertensos según su adherencia terapéutica con grupos de edad y sexo. Barrio “Las Guayusas”. 2016.....	33
Tabla 13-3: Distribución de los adultos hipertensos según su adherencia terapéutica y su nivel de escolaridad. Barrio “Las Guayusas” 2016.....	34
Tabla 14-3: Distribución de los adultos hipertensos según su adherencia terapéutica y su ocupación. Barrio “Las Guayusas”. 2016....	34

RESUMEN

Se diseñó una estrategia motivacional para mejorar la Adherencia Terapéutica en adultos hipertensos del Barrio “Las Guayusas”, Cantón Tena, Provincia de Napo, en el periodo 2015 – 2016. Se realizó un estudio de tipo observacional, de campo, de corte transversal, con enfoque mixto (cuali-cuantitativo) y de tipo correlacional. La población fue de 91 hipertensos, de ellos 84 constituyeron la muestra, a quienes se les aplicó un cuestionario que contenía variables socio-demográficas, de factores de riesgo y tratamiento farmacológico, además del test de Morisky Green-Levine, para evaluar su adherencia al tratamiento, durante la consulta y las visitas domiciliarias. Los resultados obtenidos en la población fue un bajo porcentaje de adherencia terapéutica de un 28,57% (24), con una discreta predominancia en hombres de un 54,2% (13). Además, un 16,7% (14) de los encuestados registraban una enfermedad concomitante, sobre todo Diabetes Mellitus tipo 2. El predominio de la adherencia estuvo con un 50% (12) en el grupo de edad de 50 a 59 años, con nivel de instrucción primaria en un 15,5% (13) y comerciantes en un 9,5% (8). Se propuso una estrategia motivacional con la finalidad de mejorar el nivel de adherencia terapéutica en los adultos hipertensos en el barrio “Las Guayusas”.

Palabras Claves: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <ESTRATEGIA MOTIVACIONAL>, <ADHERENCIA TERAPÉUTICA>, <HIPERTENSIÓN ARTERIAL>, <ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD>, <ESTILO DE VIDA>, <TENA (CANTÓN)>, <NAPO (PROVINCIA)>.

SUMMARY

A motivational strategy was designed to improve the Therapeutic Adherence in hypertensive adults at “Guayusas” neighborhood, Tena Canton, Napo Province, during 2015 – 2016 period. A study was carried out of an observational type, field, cross-sectional, cross-sectional, Mixed (qualitative) and correlational type. The population was 91 hypertensive, whom 84 were the sample, who were given a questionnaire containing socio-demographic variables, risk factors and pharmacological treatment, in addition to the Morisky Green-Levine test, to evaluate their adherence to Treatment, during the consultation and home visits. The results obtained in the population were a low percentage of therapeutic adherence of 28.57% (24) with a discrete predominance in men of 54.2% (13). In addition, 16.7% (14) of the respondents had a concomitant disease, especially Diabetes Mellitus type 2. The prevalence of adherence was 50% (12) in the age group 50-59 years old, with a level of primary education in 15.5% (13) and traders in 9.5% (8). A motivational strategy was proposed with the aim of improving the level of therapeutic adherence in hypertensive adults at “Las Guayusas” neighborhood.

Key words: <TECHNOLOGY AND HEALTH SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <MOTIVATIONAL STRATEGY>, <THERAPEUTIC ADHERENCE>, <ARTERIAL HYPERTENSION>, <PRIMARY HEALTH CARE>, <LIFESTYLE>, <TENA (CANTON)>, <NAPO (PROVINCE)>.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la alta mortalidad, generada por las enfermedades no transmisibles (ENT), propone en su “informe sobre la situación mundial” de éstas enfermedades, del año 2014, metas a cumplir, con el objetivo de disminuir dicha mortalidad. En el año 2012, se registraron 38 millones de muertes a causa de las ENT, favorecidas por efectos de sistemas de salud débiles y poco sostenibles (OMS, 2014).

Según la OMS, en su Centro de prensa, de enero del 2015, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT (17,5 millones) cada año, seguidas del cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones).

La Hipertensión Arterial, trastorno vascular y factor de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares, dentro del gran grupo de ENT, tienen una prevalencia a nivel mundial del 22%, en el año 2014 (OMS, 2014). Está considerada su reducción, como una meta mundial, para el año 2025, que sólo se logrará modificando sus factores de riesgo.

Esta afección es causante de aproximadamente 9 millones de muertes anuales, convirtiéndose éste problema en una epidemia de salud pública. La hipertensión es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas (OMS, 2013). Las dos terceras partes de hipertensos a nivel mundial, se encuentran en países en vías de desarrollo económicamente, en especial en personas jóvenes. Y lo más preocupante es que representan un importante gasto en el sistema de salud pública.

Además de los factores medioambientales y culturales, propios de la Hipertensión Arterial, existen factores socioeconómicos que inciden a la aparición de la enfermedad. La pérdida del empleo tiene que ver con la generación de estrés, y que por consiguiente

genera una subida en la presión arterial. Las comidas rápidas, el consumo de alcohol, cigarrillo, y el no realizar ejercicios, debidos a condiciones insalubres de los pueblos, promueven a que aumente su consumo (OMS, 2013).

El enfoque, tanto del sistema como de las políticas en salud, debe ir destinada a combatir la Hipertensión Arterial y sus determinantes (OMS, 2013). La Hipertensión Arterial es prevenible, muchos de los hipertensos no tienen conciencia de que su presión arterial está alta. Es por esto, que la Hipertensión Arterial es considerada como una enfermedad, un síndrome y un factor de riesgo. En el 2010, según la OMS/OPS, en su libro “Salud en las Américas”, versión Ecuador, la hipertensión se ubicó como la primera causa de muerte en la población; con una tasa de mortalidad del 30,3 x 100.000 habitantes.

En el 2014, según el Anuario de Estadísticas Vitales – Nacimientos y Defunciones, del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), las enfermedades hipertensivas provocaban 3572 muertes, de las cuales, en la provincia de Napo se reportan 4 muertes por enfermedades de ese tipo.

Según el presidente de la “Sociedad Ecuatoriana de Cardiología”, (García S., 2010) explica que la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares está marcada por 6 factores de riesgo: tabaco, presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, obesidad, factores psico-sociales (niveles de estrés) y la ausencia de factores protectores: ejercicio físico adecuado e ingesta diaria de frutas y verduras.

Se ha reconocido que la falta de control de la presión arterial, tiene como causa principal la baja adherencia terapéutica, a pesar de existir tratamientos eficaces. Lo cual representa una carga económica importante para los países (OMS, 2004). La OMS desde hace aproximadamente 15 años, ha lanzado un proyecto sobre “adherencia terapéutica a largo plazo”, donde la meta es insistir en el cambio de políticas nacionales y locales de salud. Lo catalogó como un problema alarmante de salud y que establece mayores costos sanitarios.

De un sin número de factores identificados sobre la falta de adherencia terapéutica, se han destacado y agrupado en 5 categorías: los factores socioeconómicos (accesibilidad), factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados al tratamiento, factores

relacionados con el paciente y factores relacionados con el equipo asistencial (Da Col, 2013).

Todas las estrategias de intervención, en el tema de adherencia terapéutica, destacan la importancia de trabajar en el binomio médico-paciente. Las recomendaciones generales, como: capacitarse, actualizarse y prepararse para el cambio; fomentar una buena relación médico-paciente; individualizar los tratamientos; informar sobre su enfermedad; dejar que el paciente exprese sus consideraciones de su patología; no culpar al paciente, sino apoyarlo; verificar que el paciente esté de acuerdo con su tratamiento; fomentando la participación, e incorporando a la familia (Da Col, 2013).

La motivación es una de las partes no cognitivas de la mente humana, es la necesidad o el deseo que dirige y energiza la conducta hacia una meta. Esta motivación puede estar autorregulada o regulada por el ambiente y relacionada con los demás procesos psicológicos básicos (Arana, 2010).

La aplicación de la motivación se basa principalmente en 4 principios: en el trabajo, en la terapéutica, en la educación y en el deporte. Dentro de los tratamientos, se considera que un paciente tendrá mejor pronóstico cuando decide acudir a consulta por iniciativa propia que cuando es la familia quien le arrastra hacia ella. Y por ende, aumenta el grado de adherencia al tratamiento (Arana, 2010).

En nuestra provincia Napo, no existen datos certeros de la prevalencia de esta enfermedad, ni evidencia del nivel de adherencia al tratamiento del mismo. Pero según el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS), y las Visitas Domiciliarias de control a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se han identificado un número importante de personas en riesgo y con diagnóstico de la enfermedad, y más aún poco conocimiento sobre el control y cumplimiento adecuado del tratamiento.

Por tanto, una estrategia motivacional en el paciente hipertenso y con factores de riesgo, constituye un instrumento esencial para la prevención y control de la Tensión Arterial, y su mejor adhesión al tratamiento de la enfermedad y las consecuencias que trae.

1.1 Problema de Investigación

La morbimortalidad por Hipertensión Arterial en adultos es actualmente un problema de salud en aumento, debido al advenimiento de nuevos estilos de vida que potencian el sedentarismo y el consumo de alimentos ricos en calorías, hipersódicos, además de hábitos tóxicos y no saludables.

La adherencia terapéutica hace alusión a un fenómeno múltiple y complejo. Múltiple porque en él interviene una gran variedad de conductas como tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo, etc., y complejo porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y puede afectar a una parte del tratamiento, pero no a otra (Salinas, 2012).

La adherencia terapéutica lleva implícita un modelo de relación centrado en las necesidades de la persona, en el que hay que explorar sus valores y sus conocimientos, informar adecuadamente y respetar la elección de sus alternativas terapéuticas.

Los factores relacionados con la adherencia se ha intentado explicar con diversas teorías como las características de la personalidad y variables sociodemográficas, desde modelos operantes y modelos socio cognitivos, como el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) y la Teoría de la Acción Razonada (TAR), pero todos ellos parecen insuficientes.

Actualmente, la tendencia es explicar la adherencia a través de una serie de variables implicadas. Sackett y Haynes, llegaron a citar más de 200 variables que podían relacionarse con la adherencia relacionadas con la persona, el tratamiento, la familia, el entorno, el personal sanitario y las interrelaciones entre ellos (Da Col, 2013)

La adherencia es multidimensional y está determinada por la acción recíproca de los 5 factores que promulga la OMS. Instrumentos de evaluación de adherencia ¿Por qué es tan importante definir adecuadamente la adherencia? Porque su definición implica directamente su medición. Al tratarse de la medición de una conducta la dificultad aumenta. Si se miden resultados biológicos es posible que estos por sí solos no puedan explicar la falta de adherencia. Si se mide exclusivamente la toma de fármacos (por ejemplo), el abordaje del problema será parcial, pues se dejan de medir las conductas de

cumplimiento dietético, el ejercicio físico, las relaciones sociales, las recomendaciones sanitarias, la evitación del riesgo y las conductas generadoras de salud. Los cuales son:

1. Factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria.
2. Factores socioeconómicos.
3. Factores relacionados con el tratamiento.
4. Factores relacionados con el paciente.
5. Factores relacionados con la enfermedad.

1.2 Formulación del problema

¿Qué posible relación existe entre las variables socio-demográficas y los factores de riesgo con el grado de adherencia terapéutica en pacientes adultos hipertensos a mejorar mediante la elaboración de una estrategia motivacional?

1.3 Justificación

Los perfiles de los países incluyen estimaciones sobre la carga actual y las tendencias recientes en las muertes por enfermedades no transmisibles, y en los factores de riesgo como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la Hipertensión Arterial y la obesidad.

Los perfiles también evalúan la capacidad de los países para tomar medidas. Muchos de los 178 países que respondieron a la encuesta más reciente de la OMS han logrado avances en la lucha contra la epidemia.

Debido a la alta prevalencia de la Hipertensión Arterial a nivel mundial, y especialmente en América Latina. Y además al gran número de complicaciones debidas a éste factor importante de riesgo, las muertes y las discapacidades que ocasiona. Y más aún, teniendo en cuenta que es una enfermedad prevenible, y controlable, utilizando técnicas de educación en promoción y prevención., tomando mucha relevancia a lo encontrado en el Análisis Situacional Integral en Salud de la población adulta del sector de la ciudad del Tena, donde la Hipertensión y la Obesidad son factores de riesgo para la salud encontrados y priorizados por los actores locales, es un aliciente a considerar éste estudio como primordial. Y bajo la necesidad imperiosa de elevar la motivación en el paciente, para mejorar su grado de adherencia al tratamiento.

La investigación contribuirá en el logro de una relación médico paciente de tipo colaborativa, consiguiendo un rol más activo en los sujetos de investigación y en su familia como beneficiaria indirecta. Un aporte esperado es además, disminuir los costos en atención médica, medicamentos y horas camas por este motivo. Además de brindar una práctica sana de cultura en el cumplimiento terapéutico, modificando el bajo nivel de adherencia terapéutica en nuestra población.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Diseñar una Estrategia Motivacional sobre Adherencia Terapéutica en adultos hipertensos del Barrio “Las Guayusas”, en el 2015 – 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

1.- Caracterizar a la población en estudio según sus variables sociodemográficas y sus factores de riesgo.

2.- Identificar el grado de adherencia terapéutica en adultos hipertensos del barrio “Las Guayusas”.

3.- Determinar la relación entre las variables de estudio.

4.- Elaborar una estrategia motivacional sobre adherencia al tratamiento en la Hipertensión Arterial.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis de investigación

La elaboración de una propuesta de estrategia motivacional favorecerá la adherencia terapéutica en adultos hipertensos con baja percepción de los factores de riesgo.

1.5.2 Hipótesis Nula

La elaboración de una propuesta de estrategia motivacional no favorecerá la adherencia terapéutica en adultos hipertensos con baja percepción de los factores de riesgo.

1.5.3 Hipótesis Alternativa

La elaboración de una propuesta de estrategia motivacional favorecerá algunos indicadores que miden adherencia terapéutica en adultos hipertensos con baja percepción de los factores de riesgo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Hipertensión Arterial

2.1.1. Definiciones y Antecedentes Conceptuales

La Hipertensión Arterial se define como una Presión Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o una Presión Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, según la evidencia derivada de Ensayos Controlados aleatorizados de muchas investigaciones y consensos, de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Esta clasificación es utilizada para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos. Mancina G. et al. (2013). En el caso de los niños y adolescentes, se basará en otros criterios, según percentiles, para niños y adolescentes, en especial por no contar con estudios de intervención. Se considera normal la tensión arterial, cuando la PAS y/o PAD son inferiores al percentil 90 para edad, sexo y talla, e HTA cuando la PAS y/o PAD están por encima del percentil 95 para edad, sexo y talla, en 3 o más ocasiones. Los valores entre los percentiles 90 y menos del 95 de las PAS y/o PAD se consideran como prehipertensión. Y si, presentaran cifras de presión arterial igual o mayor a 120/80 mmHg, aun estando por debajo del percentil 90, deben ser considerados igualmente como prehipertensos (Sociedad Chilena de Hipertensión, 2014, pp. 24-28).

2.1.2. Etiología

En un 80 a 95% de los casos, su etiología es desconocida (hipertensión primaria o esencial), mientras que del 5 al 20% tiene alguna causa corregible (hipertensión secundaria), de las cuales, las más importantes son: Estenosis arterial renal (hipertensión renovascular); enfermedades del parénquima renal; coartación aórtica; feocromocitoma; hiperaldosteronismo; y en otras causas (anticonceptivos orales, apnea obstructiva del sueño, síndrome de Cushing y suprarrenogenital, enfermedad tiroidea, hiperparatiroidismo, y acromegalia) (Fauci, A., 2008, pp. 693-698).

2.1.3. Epidemiología

A nivel general, la hipertensión arterial tiene una prevalencia del 30-45% de la población, con tendencia al aumento, mientras aumenta la edad (Mancia G. et al., 2013. pp. 9-10). Según el “Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC – 7° Informe), publicado en el 2003, la prevalencia mundial estimada de hipertensión es de aproximadamente un billón de individuos. De los cuales, el 59% aproximadamente están en tratamiento; y, un 30% desconoce aún de su enfermedad (JNC – 7°, 2003). Por tanto, la implementación de medidas de prevención para su control, constituyen desafíos en el sistema de salud pública y meta actual para disminuir su incidencia.

2.1.4. Clasificación

Tanto la ESH/ESC, como la JNC – 7° Informe, muestran tablas de clasificación, la primera de definiciones y clasificación de las cifras de presión arterial en consulta en mmHg, y la tabla de clasificación y manejo de la hipertensión arterial; donde lo relevante es añadir desde el año 2003, una nueva categoría, denominada prehipertensión, y en el JNC-7 unir los estadios 2 y 3. Esto, con preocupación del riesgo incrementado de desarrollar hipertensión arterial, y la necesidad de incrementar la educación para la salud por los profesionales sanitarios y la población (JNC – 7° Informe, 2003).

Definiciones y clasificación de las cifras de presión arterial en consulta (mmHg)

Categoría	Sistólica		Diastólica
Optima	< 120	y	< 80
Normal	120 – 129	y/o	80 – 84
Normal alta	130 – 139	y/o	85 – 89
HTA de grado 1	140 – 159	y/o	90 – 99
HTA de grado 2	160 – 179	y/o	100 – 109
HTA de grado 3	>_ 180	y/o	>_ 110
HTA sistólica aislada	>_ 140	y	< 90

Fuente: Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013).

Clasificación y manejo de la Presión Arterial (PA) en adultos.

Clasificación PA	PAS mmHg	PAD mmHg	Estilos de Vida	Inicio de Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara
Normal	< 120	< 80	Estimular		
Prehipertensión	120 – 139	ó 80 – 89	Si	No tratamiento farmacológico	Tratamiento indicado
HTA: Estadio 1	140 – 159	ó 90 – 99	Si	Tiazidas en la mayoría Considerar IECAs; ARA II, BBs, BCC ó combinaciones Combinación dos fármacos	Fármacos según las indicaciones presentes, Otros antihipertensivos
HTA: Estadio 2	> 160	ó > 100	Si	en la mayoría (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	(diuréticos, IECAs, ARA II; BBs, BCC) según sea necesario

Fuente: JNC – 7° Informe (2003)

2.1.5. Evaluación del paciente hipertenso

2.1.5.1. Factores de riesgo

Existen factores que pueden modificar la alta incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial, entre ellas, las más importantes son: el consumo de alimentos con alto contenido de sal o grasa; la ingesta insuficiente de frutas y verduras; el sobrepeso y la obesidad; el consumo de tabaco; el uso nocivo del alcohol, la inactividad física; es estrés psicológico, los determinantes socioeconómicos y el inadecuado acceso a la atención sanitaria. Además de incluir la historia familiar (OMS, 2014, pp. vii).

2.1.5.2. Medición de la presión arterial

Ésta puede ser medida en consulta o fuera de ella (domiciliaria), y tomando en cuenta el problema de la contaminación ambiental provocada por mercurio del dispositivo. Según lo manifestado por la ESH/ESC y la JNC – 7, algunos países, especialmente europeos utilizan esfigmomanómetros semiautomáticos auscultatorios u oscilométricos, previamente validados y calibrados periódicamente cada seis meses. Además, se hace notar de la presencia de una persona bien entrenada para la realización de la toma y con evaluaciones subsecuentes de calidad y, un paciente adecuadamente preparado y con las condiciones estándar del lugar donde se realiza la medición (JNC – 7° Informe, 2003).

El momento de la medición, debe de tener las siguientes consideraciones:

- Permitir que el paciente se siente durante 3 a 5 minutos antes de empezar la medición de la PA.
- Tomar, como mínimo 2 mediciones de la presión arterial, con el paciente sentado, con 1 a 2 minutos de tiempo entre las dos mediciones, y si fueren diferentes, realizar mediciones adicionales. Considerar el cálculo del valor promedio si fuese necesario.
- En pacientes con arritmias (especialmente fibrilación auricular), tomar mediciones repetidas, para mejorar su precisión.
- Utilizar un manguito de presión de tamaño estándar (12 – 13 cm de ancho y 35 cm de largo), pero disponer de uno grande y otro pequeño para brazos gruesos (circunferencia braquial > 32 cm) y delgados.
- Colocar el puño a nivel del corazón, sea cual sea la posición del paciente.
- Si se emplea el método auscultatorio, utilizar los ruidos de Korotkoff de fase I y V (desaparición) para identificar la PAS y PAD, respectivamente.
- En la primera consulta medir en ambos brazos, para detectar posibles diferencias. Y si así ocurre tomar el valor más alto como referencia.
- En la primera consulta, medir la PA 1 a 3 minutos después de que el paciente asuma la bipedestación, en caso de ancianos, diabéticos y con otras entidades en que la hipotensión ortostática sea frecuente o se sospeche.
- En caso de medición convencional de la PA, medir la frecuencia cardíaca por palpación de pulsos (como mínimo 30 segundos) tras la segunda medición de la PA con el paciente sentado (Mancía G. et al., 2013. pp. 12-13).

2.1.5.3. Historia clínica

Incluye la fecha del diagnóstico inicial de Hipertensión arterial, las causas secundarias de la misma (si hubiera); las mediciones pasadas y las actuales y si es posible, sus responsables. Además, el tratamiento antihipertensivo actual y pasado. En las mujeres es importante indagar por hipertensión relacionada con la gestación. Hay que considerar al paciente hipertenso, como paciente con riesgo cardiovascular y medirlo, así mismo, la historia familiar de la enfermedad (Mancía G. et al., 2013. pp. 17).

2.1.5.4. Examen físico

Además de las consideraciones, ya descritas sobre la medición de la PA, deben realizarse pruebas adicionales, para descartar alteraciones vasculares. Es indispensable realizar la auscultación de las arterias carótidas, cardíacas y renales; y la subsiguiente presencia de soplos (Ingaramo, R., et al., 2007, pp. 17). No olvidar registrar el peso, talla y su Índice de Masa Corporal (IMC), la frecuencia cardíaca y los perímetros abdominal, de cadera. Así como, el examen de fondo de ojo, y palpación de los pulsos (Mancía G. et al., 2013. pp. 17-19).

2.1.5.5. Pruebas de laboratorio y otros procedimientos

La recomendación, tanto de la Guía de práctica clínica de la ESH/ESC y el JNC – 7° Informe, son pruebas sistémicas, que abarquen: hemoglobina, hematocrito, glucosa en ayunas, creatinina sérica más la subsecuente medición de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG); Perfil lipídico (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL); Electrolitos (sodio, potasio y calcio); ácido úrico sérico; análisis de orina con microalbuminuria. Sin olvidarnos de realizar el Electrocardiograma (ECG), con sus 12 derivaciones. Existen pruebas adicionales, utilizadas según la historia médica.

2.1.6. Estrategias de Tratamiento no farmacológico

El pilar fundamental para la prevención de la hipertensión arterial, y estrategia primordial del tratamiento del paciente con riesgo e hipertenso son los cambios del estilo de vida, todo esto demostrado según varios estudios clínicos controlados. Los efectos que se producen por éstos cambios son similares a los proporcionados con el tratamiento farmacológico, a pesar de sufrir alteraciones según el grado de adherencia que presenten, a lo largo del tiempo de tratamiento. Los cambios de estilo de vida, no sólo actúan en la prevención, sino también para retrasar el tratamiento farmacológico y más aún para reducir la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, disminuyendo la dosis y la frecuencia de los fármacos antihipertensivos. Además su efecto es también directo sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular, y de otras patologías del gran grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (Mancía G. et al., 2013. pp. 32).

Los cambios en el estilo de vida, tienen las siguientes medidas:

2.1.6.1. Restricción de la ingesta de sal

El aumento del volumen extracelular y de la resistencia vascular periférica, por activación del sistema nervioso simpático, son los mecanismos para el aumento de la presión arterial, por la ingesta de sal excesivamente. La restricción debe ir encaminada a reducir su consumo a 5 g/día. El consumo de dicha cantidad es un factor protector en cierto grupo de pacientes, como: adultos mayores, paciente de raza negra, diabéticos, con síndrome nefrótico o insuficiencia renal crónica. Existen diferentes y múltiples estudios que evidencian dicho beneficio, y debe ser considerada como información prioritaria dentro de la consulta, indicando los distintos alimentos que contienen gran cantidad de sal y disminuirla o no ingerirla, en especial los alimentos con “sal oculta” (Mancía G. et al., 2013. pp. 33).

2.1.6.2. Consumo de frutas y cambios en la dieta

Es importante informar sobre la variedad de frutas, hortalizas, cereales integrales, y proteínas de origen vegetal, pescado, que deben consumir. La dieta mediterránea tiene estudios que la respaldan como protector cardiovascular. La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), da resultados excelentes en la disminución de la presión arterial. Todo esto combinado con el ejercicio (Mancía G. et al., 2013. pp. 33).

2.1.6.3. Reducción de peso

Sólo el mero hecho de reducir nuestro peso, significa disminuir la presión arterial; en especial a pacientes con sobrepeso y obesidad. La recomendación absoluta es mantener un peso corporal saludable (IMC alrededor de 25), y una adecuada circunferencia de cintura abdominal (< 102 cm varones, < 88 cm mujeres), y que además, un peso corporal adecuado da eficacia a la medicación antihipertensiva. Existen estrategias multidisciplinarias para lograr el objetivo de ésta reducción, como la dieta, el ejercicio físico regular (Mancía G. et al., 2013. pp. 33-34).

El JNC – 7° Informe manifiesta: “El descenso de peso en unos 4,5 Kg reduce la presión arterial y/o previene la Hipertensión Arterial en una alta proporción de personas obesas, aunque lo ideal es mantener el peso corporal normal”.

2.1.6.4. Ejercicio físico regular

El beneficio del ejercicio físico regular no sólo está en prevenir, sino dentro del plan de tratamiento del paciente hipertenso, y así sea un ejercicio físico en menor intensidad, tiene su porcentaje de reducción (20%) en la mortalidad. Lo descrito es practicarla 30 minutos de ejercicio moderado, como: caminar, trotar, montar en bicicleta o nadar), todos los días, por lo menos de 5 a 7 días a la semana. Otras modalidades de ejercicio, también presentan beneficios en la reducción de la presión arterial, y si son de resistencia se los recomienda de 2 a 3 días por semana. Los ejercicios isométricos no tienen todavía evidencia y soporte científico, para su utilización regular (Mancía G. et al., 2013. pp. 34).

2.1.6.5. Moderado consumo de alcohol y No Fumar

El consumo de alcohol, relacionado con las cifras de tensión arterial, es lineal, ya que su consumo excesivo se asocia a elevación de la presión arterial y aumento del riesgo de ictus. Su consumo semanal no debe exceder los 140 gramos en varones y 80 gramos en mujeres. (Mancía G. et al., 2013. pp. 33).

El cigarrillo tiene un efecto de incremento agudo y prolongado sobre la tensión arterial, hasta de 15 minutos después de terminar de fumar, por estimulación del sistema nervioso simpático. En las consultas debe hacerse constar el interrogatorio a cerca del consumo o no del cigarrillo, y si se constata debe darse información y consejos para dejarlo. Existe Terapias de Sustitución Nicotínica (TSN) que junto a medicación (bupropión), darían tasas relativas de éxito. Pero, la preocupación más grande en ésta clase de pacientes es la prevención de las recaídas, donde según estudios con vareniclina, en tratamiento prolongado da una esperanza en éstos pacientes (Mancía G. et al., 2013. pp. 34-35).

2.1.7. Estrategias de tratamiento farmacológico

De manera general, se confirma que los diuréticos (tiazidas, clortalidona e indapamida), los bloqueadores beta (BB), los antagonistas de los canales de calcio (AC) y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) son los fármacos adecuados para empezar y de mantenimiento ante el tratamiento antihipertensivo en monoterapia o combinados. A pesar de eso, existen sugerencias por grupos para dicho tratamiento, el cual se describe de la siguiente manera:

- *Bloqueadores beta.*- tomando un metaanálisis, realizado por Law et al mostró que el tratamiento con betabloqueantes era: a) tan efectivo como las otras clases de fármacos antihipertensivos para la prevención de las complicaciones coronarias. b) muy efectivos para la prevención de complicaciones cardiovasculares en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) reciente y pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC). Y al compararlos en otro estudio con los IECA, se obtuvo, que: a) tienen más efectos secundarios, b) en cierto grado son menos eficaces que los bloqueadores del Sistema Renina Angiotensina (SRA) y los AC en regresión o retraso de daño orgánico. Además, se encontró que los BB tienden a aumentar de peso y facilitan la aparición de Diabetes Mellitus (DM) en pacientes predispuestos. (Mancía G. et al., 2013. pp. 35).
- *Diuréticos.*- son la piedra angular del tratamiento inicial antihipertensivo, y no han cambiado desde los primeros informes del comité y los reportes dados por la Organización Mundial de la Salud. El estudio más reconocido sobre ellos es el ACCOMPLISH (Avoiding Cardiovascular Events in Combination Therapy in Patients Living with Systolic Hypertension), donde se evidenció que su combinación con IECA es menos efectiva. La clortalidona es uno de sus medicamentos sugeridos, a pesar de que existe estudios sobre la espironolactona con efectos beneficiosos en la IC (Mancía G. et al., 2013. pp. 35-36).
- *Antagonistas de Calcio.*- en relación a estudios diversos sobre sus efectos sobre complicaciones de tipo coronarias, se tiene también que los AC se mostraron más eficaces que los BB en la desaceleración de la progresión de la aterosclerosis

carotídea y en la reducción de la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) (Mancía G. et al., 2013. pp. 36).

- *Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y antagonistas del receptor de la angiotensina II.*- Las dos familias de antihipertensivos son las más utilizadas dentro del tratamiento, por su eficacia para prevenir la proteinuria y su capacidad para mejorar los resultados de IC crónica (Mancía G. et al., 2013. pp. 36).
- *Inhibidores de la renina.*- su más grande exponente de éste grupo es el aliskiren, que combinado produce efectos de reducción sobre la PAS y PAD en pacientes jóvenes y ancianos, y su tratamiento prolongado puede tener los siguientes beneficios en: a) el daño orgánico asintomático, como la excreción urinaria de proteínas, b) los biomarcadores pronósticos de IC, como el péptido natriurético cerebral (Mancía G. et al., 2013. pp. 37).
- *Otros fármacos antihipertensivos.*- Los más utilizados son los acción central y los bloqueadores de los receptores alfa, son muy eficaces. Se emplean en combinación múltiple con otros fármacos. La doxazosina, un bloqueador alfa, es el más empleado (Mancía G. et al., 2013. pp. 37).

2.2. Adherencia Terapéutica

Existen diferentes términos para definir a la adherencia terapéutica, o tan solo nombrarla, como: alianza terapéutica, observancia, adhesión, comportamiento, colaboración, concordancia, cooperación, cumplimiento, todas bajo diferentes connotaciones (Conthe P. 2014, pp. 3).

Desde el año 2001, la OMS, citando a Sabaté, define el término Adherencia como “El hecho por el cual el comportamiento de la persona, en términos de toma de medicación, seguimiento de una dieta, ejecución de cambios de estilo de vida, coincide con el consejo médico y de cuidado de la salud, teniendo en cuenta que la relación paciente y proveedor

de cuidados de la salud sea de calidad, siendo ésta última fundamental en la adherencia al tratamiento.

En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Más tarde, la misma OMS, la describe como: “La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico que conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores.

La importancia y el horizonte temporal en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de fármaco prescrito y de la enfermedad para la que esté destinado su uso. Definiciones basadas en los estudios de Haynes, en el año de 1976, utilizadas para definir cumplimiento.

Desde allí, se nota la diferencia entre ambos términos; “cumplidor o adherente”, por la notable diferencia en que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. En cambio, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente (Dilla, T., 2009, pp. 342).

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR), ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por tal razón, se ha empezado a utilizar el término “persistencia”, para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción (Dilla, T., 2009, pp. 342).

La falta de adherencia o adhesión al tratamiento, es un problema de salud, multicausal, y complejo. Es difícil de medir de una forma directa (Buitrago, F. 2011, pp. 343)

La adherencia deficiente a los tratamientos y/o recomendaciones sanitarias es un problema mundial. En los países desarrollados existe una media del 50% de incumplimiento a los tratamientos de enfermedades crónicas, si bien las cifras varían ampliamente según la enfermedad o el tratamiento estudiado. (Rodríguez García, 2012).

Hay que destacar que la evidencia científica disponible hace alusión principalmente a los tratamientos farmacológicos. Se estima que el incumplimiento de las recomendaciones en las que se precisa una modificación del estilo de vida es aún mayor. De forma muy genérica, Sackett y Haynes (1979) promulgaron la “regla de los tercios” en la adherencia a la medicación crónica, en la que 1/3 de los pacientes toman regularmente la medicación, 1/3 algunas veces y 1/3 casi nunca.

Según Rodríguez et al (2012). “Se puede afirmar que no existe enfermedad, tipo de paciente o grupo demográfico que no se vea afectado, si bien los datos ofrecidos por los diferentes autores son muy dispares debido a la definición sobre lo que consideran incumplimiento y a los métodos de evaluación empleados”. Rodríguez et al.(2012) insisten en que “los profesionales debemos considerar el incumplimiento como una de las primeras causas del fracaso terapéutico antes de realizar nuevas pruebas, o intensificar la prescripción de fármacos que incrementen los riesgos para el paciente y los costes económicos para los servicios sanitarios”. Lemstra, (2012), ha concluido como resultado de un metaanálisis de los costes de la no-adherencia que mejorar el cumplimiento de los tratamientos salvaría más vidas que aumentar esfuerzos en terapias innovadoras.

Numerosos estudios ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de salud, las cuales se pueden agrupar en 4 grandes apartados:

1. Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad.
2. Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento (inseguridad clínica del paciente).
3. Crecimiento del coste sanitario: utilización ineficiente de los recursos, aumento de la polimedicación, aumento de ingresos hospitalarios.

4. Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente.

Dentro de las consecuencias del incumplimiento hay que considerar el almacenamiento de fármacos en los botiquines caseros, que pueden ser causa de intoxicaciones y automedicaciones irresponsables, así como el gran coste derivado de fármacos dispensados y no consumidos.

2.2.1. Medición de la Adherencia

Para medir y evaluar la adherencia terapéutica, se necesitan métodos fidedignos, de los cuales durante años se han ido proponiendo, sin lograr un “gold estándar”, y hasta utilizándolos combinados para mejorar su sensibilidad. Los métodos se dividen en dos grupos: directos e indirectos (Tabla 3-2). Las directas, son por medio de medir en sangre las concentraciones y la observación directa de la toma o ingesta (en el caso de lo farmacológico). En cambio los métodos indirectos son de fácil aplicación, y se utilizan más a menudo (Conthe P. 2014).

Los métodos indirectos, utilizan herramientas para saber el grado de adherencia, por información dada por el mismo paciente, según cuestionarios o test, o evaluando la respuesta al tratamiento terapéutico, a partir del análisis de la medicación dispensada en las farmacias en el caso de las enfermedades crónicas. La sencillez al realizarla, y la rapidez son los elementos claves para su aplicación, a pesar de que llevan un grado alto de subjetividad (Conthe P. 2014).

Los test más utilizados para evaluar la adherencia, son: el test de Haynes-Sackett y el test de Morisky Green Levine, entre otros.

Métodos utilizados para medir adherencia, ventajas e inconvenientes

Técnicas de medida	Ventajas	Inconvenientes
Métodos de medida directos		
Observación directa de la ingesta de la medicación	Precisa	No es práctico para su uso habitual. Los pacientes pueden ocultar la pastilla en la ingesta.
Medida de niveles en sangre	Objetivo	Variación interindividual. Caro. Puede inducir adherencia en días previos. No aplicable a todos los medicamentos
Marcador biológico	Objetivo	Caro y no viable en muchos tratamientos
Métodos de medida indirectos		
Preguntas al paciente por cuestionarios	Sencillo y útil en la práctica asistencial	Sobreestiman la adherencia
Medicación dispensada en la oficina de farmacia mediante receta	Datos objetivables y su obtención es fácil	No equivale a que el paciente tome la medicación dispensada
Evaluación clínica de la respuesta a la terapia	Realizable en práctica asistencial	Otros factores pueden explicar la respuesta observada. No siempre buen control es equivalente a buena adherencia terapéutica
Dispositivos electrónicos	Precisos y cuantificables	Modificable por el paciente, no garantiza la ingesta y no es viable en la práctica asistencial
Recordatorios diarios	Ayudan a mejorar el recuerdo	Fácilmente modificable por el paciente
Recuento de comprimidos	Objetivo y cuantificable	Fácilmente alterable por el paciente

Fuente: Modificada de Osterberg et al. (2012)

En resumen, las recomendaciones más efectivas para mejorar la adherencia terapéutica son: simplificar los tratamientos, dar instrucciones claras, uso de recordatorios, reconocer el esfuerzo de la adherencia e implicar a los familiares. Utilizar los test que permiten evaluar la adherencia terapéutica.

2.2.1.1. Test de Morisky Green Levine

Consiste en 4 preguntas, de respuesta dicotómica: SI/NO. Mide la adherencia, verificando si presenta actitudes correctas. Se considera buen cumplidor si contesta NO a las 4 preguntas, mientras que si presenta una respuesta SI, ya es merecedor a no cumplidor o no adherente.

¿.Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?

Si () No ()

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?

Si () No ()

Cuando se encuentra bien. ¿Deja de tomar la medicación?

Si () No ()

Si alguna vez le sienta mal. ¿Deja de tomarla regularmente?

Si () No ()

2.3. Evidencia de las intervenciones

La motivación, o deseo de cambio, para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores, entre ellos, se necesita aprender a desarrollar habilidades que faciliten trabajar dicha motivación. Para ello se han propuesto diversas intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica, por lo que debido al origen multifactorial del incumplimiento y la combinación de múltiples intervenciones en un mismo paciente la inclusión de la motivación es considerada como la estrategia más eficaz.

Tanto la falta de confianza, ya sea en el médico prescriptor o en el propio tratamiento, como el conocimiento por parte del paciente de la medicación que se está tomando, son causas importantes de falta de adherencia terapéutica, por lo que cualquier estrategia comunicativa debe pasar inicialmente por proveer información clara y responder a las preguntas y dudas que tenga el paciente.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes mayores presentan patologías crónicas que en muchas ocasiones son asintomáticas, lo que les lleva a la creencia errónea de que dado su estado no necesitan la medicación, indicando que dentro de las características de las estrategias que se diseñen se debe tener en cuenta las particularidades del grupo de edad a que pertenece el beneficiario, y las especificidades de la enfermedad crónica que presenten.

Desde la perspectiva de la entrevista motivacional, la motivación es definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio y por tanto a un tratamiento. Los acercamientos para aumentar la motivación, están asociados con una mayor participación en el tratamiento y resultados positivos en éste tratamiento.

Estudios previos de adherencia terapéutica han encontrado que los pacientes frecuentemente dejan de tomar la medicación por considerarla inefectiva al encontrarse físicamente bien o no correlacionar su toma con la mejoría de síntomas o con cambios en la percepción de su estado físico. En estos casos, las estrategias comunicativas centradas en el paciente y dirigidas a promover una mayor responsabilidad y grado de compromiso con los cambios en la conducta están especialmente indicadas.

Entre las técnicas dirigidas a promover estos cambios en la conducta por parte de los profesionales sanitarios destaca la estrategia motivacional definida como un conjunto de habilidades comunicacionales dirigidas a obtener de los pacientes, sus propias motivaciones para hacer cambios de conducta en interés de su salud. En determinados problemas y circunstancias, esta estrategia se ha revelado más efectiva que otros modelos como el informativo clásico, y tanto como la terapia cognitiva-conductual, aunque con menor coste de tiempo.

La estrategia motivacional deriva de una variedad de fuentes, que incluyen la consejería centrada en el cliente del modelo humanista de Carl Rogers, la terapia cognoscitiva, la teoría de sistemas, y un modelo transteórico de cambio (Miller y Rollnick, 1991).

Las estrategias o entrevistas motivacionales son unas de las tareas prioritarias de los profesionales de la salud promoviendo comportamientos saludables en los pacientes, tanto para mejorar su nivel de salud como para prevenir enfermedades. Tradicionalmente, esta tarea se ha centrado en proporcionar información, más o menos personalizada, con la idea de que una persona bien informada desarrolle estilos de vida más saludables. Pero una buena información no es suficiente para provocar cambios en muchas personas.

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar beneficio. Tampoco nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea (Pulido Ortega, 2014).

Estos propósitos solo pueden lograrse en pacientes que tienen enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, si se implementan adecuadamente propuestas de intervención que favorezcan cambios permanentes en los conceptos y actitudes hacia la salud resultando las estrategias motivacionales las más indicadas porque su efecto no solo se dirige a ofrecer información amplia sobre un tema de salud, si no a lograr cambios en la esfera motivacional afectiva de los implicados movilizando sus recursos cognitivos ,valorativos , motivacionales y comportamentales

La probabilidad de éxito se incrementa con las estrategias de intervención hábilmente dirigidas a las diversidades raciales, étnicas, culturales, lingüísticas, religiosas y de factores sociales en el suministro de servicios médicos. La organización de los servicios promueve la prevención de la HTA proporcionando mensajes educativos sensitivos culturales y estilos de vida respaldados por los servicios y por el establecimiento de cribados de factores de riesgo cardiovascular y programas de referencia.

2.3.1. Información/educación del paciente

Educación al paciente, actividad fundamental del profesional sanitario. Comprende la educación individual y grupal, con apoyo audiovisual, verbal, información escrita, refuerzos telefónicos, por correo electrónico, en la consulta, en el domicilio y en la comunidad.

Modificación de los hábitos y adherencia terapéutica, que relacionan la educación del paciente con la adherencia han mostrado resultados irregulares y poco esperanzadores. Si bien es necesario dotar de conocimientos a los pacientes para modificar hábitos de vida e

informarles sobre sus tratamientos, esta estrategia no parece ser suficiente y su efecto disminuye con el tiempo. No hay evidencia científica de ninguna intervención educativa (aislada) que tuviera efectos pasado un año. Se recomienda asociar las estrategias educativas con otras estrategias para aumentar el efecto que tiene en la adherencia y conseguir aumentar su efecto beneficioso en el tiempo.

2.3.2. Mejora de la comunicación paciente-profesional

La calidad de la comunicación con el paciente es un factor descrito como clave para la mejora de la adherencia y está altamente correlacionada con la adhesión terapéutica. Los hallazgos de los estudios de Zolnierek (2009), sugieren que se dediquen recursos y se refuercen las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios para ayudar a las personas a ser más adherentes. Es fundamental realizar una escucha activa, considerar los miedos y los mitos existentes y potenciar la participación activa del paciente. La comunicación terapéutica se entiende en este contexto como una ayuda al cambio, basándose en la educación para la salud y partiendo de la teoría de la motivación. Otros estudios sugieren que, cuando los pacientes toman decisiones compartidas con un profesional, son más propensos a continuar con esas opciones porque lo consideran personal significativo (Dayle, 2012).

Las intervenciones se encaminan a modificar o reforzar comportamientos favorecedores del cumplimiento y a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso. Se realizan a través de técnicas de responsabilidad, autocontrol y refuerzo conductual. Podemos distinguir entre intervenciones directas e indirectas. Entre las directas destacamos la vinculación de la toma del medicamento a actividades cotidianas, los refuerzos positivos y recompensas o los recordatorios como llamadas telefónicas, por carta y alarmas horarias. Un estudio realizado con 8.692 personas no adherentes destacó que la adherencia parece ser un comportamiento establecido a través del establecimiento de una rutina y un sistema recordatorio para tomar la medicación.

Los eventos que interfieren con la rutina diaria han tenido un impacto significativo en la adherencia (Nair – Belletti, 2011). La entrevista motivacional, por ejemplo, es considerada una intervención indirecta, ya que no conduce a un cambio de comportamiento, pero influye positivamente y ha sido utilizada ampliamente con resultados de discreta mejoría.

Desde un enfoque multidisciplinar destaca el papel del farmacéutico como agente de salud motivador de la adherencia a fármacos, actuando coordinadamente con el resto de los sanitarios.

2.3.3. Intervención sobre el tratamiento

Reducción de la complejidad del tratamiento haciendo referencia a los tratamientos prescritos con fármacos, los pacientes son más cumplidores en terapias sencillas con una sola dosis diaria (Coleman – Limonen, 2012). La polifarmacia es un factor común a la baja adherencia.

Frecuencia de la dosificación para cada fármaco.- a mayor dosificación menor será la adherencia. Los pacientes que toman múltiples medicamentos, cada uno con un patrón diferente de dosificación, pueden confundirse y olvidar tomarlos. La vía de administración también puede influir en la adhesión. Las formas orales tienen mayor adherencia que los medicamentos inhalados.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Diseño de la investigación

El presente trabajo investigativo es de tipo observacional, de corte transversal y de campo. La misma se realizó en el Barrio “Las Guayusas”, el cual pertenece al Centro de Salud Satelital, de la ciudad de Tena, provincia de Napo. El estudio empezó desde diciembre del 2015 hasta octubre del 2016, con el fin de diseñar una Estrategia Motivacional, que mejore la Adherencia al tratamiento en la población estudiada.

3.2. Métodos de investigación

Se utilizan métodos del nivel teórico entre los que se destacan:

3.2.1. *Método Deductivo*

La investigación partió de conceptos y problemas generales que permitieron llegar a la particularidad del tema de estudio.

3.2.2. *Método Analítico*

Por permitir descomponer los aspectos estudiados en sus partes integrantes para tener una comprensión más profunda del tema facilitando la construcción del marco teórico, análisis de los resultados y diseño de la intervención.

3.2.3. *Método Sintético*

Resultado del proceso anterior y que permite al investigador sintetizar los aportes fundamentales del tema, agrupar en conceptos generales y presentar de forma resumida

y concreta los aspectos estudiados anteriormente así como los principales resultados obtenidos.

3.2.4. Método Sistemico

La investigación asume un carácter de sistema garantizando la correspondencia entre los elementos del diseño teórico metodológico y, los capítulos que la componen aportando cada uno de ellos al resultado final obtenido.

3.2.5. Método Histórico

Cuando se evalúa los antecedentes históricos del problema de estudio, su cronología y su grado actualización en correspondencia con los últimos avances de las ciencias médicas en el mundo y el Ecuador.

3.2.6. Método Comparativo

Por establecer relaciones entre las diferentes investigaciones revisadas y los resultados obtenidos. Esta investigación se apropia del método científico como método rector en cada uno de las etapas por las que transitó el proceso investigativo.

3.3. Enfoque de la investigación

Predomina el enfoque mixto (cuantitativo -cualitativo) pues se utiliza la encuesta como método fundamental de la investigación cuantitativa la que permite medir las variables en estudio, apoyadas en las posibilidades de la investigación cualitativa a través de la revisión de documentos y la observación.

3.4. Alcance de la investigación

Es de tipo correlacional porque permite establecer relación entre las variables en estudio.

3.5. Población de estudio

La población de estudio fue de 91 pacientes.

3.6. Unidad de análisis

Formada por 84 personas registradas y diagnosticadas de Hipertensión Arterial.

3.7. Selección de la muestra

Estos 84 pacientes hipertensos fueron seleccionados por muestreo no aleatorio, de conveniencia, y con los siguientes criterios:

3.7.1. Criterios de inclusión

- Población diagnosticada con Hipertensión Arterial de 20 años en adelante, de ambos sexos, sin discriminar etnia.
- Pacientes que reciben algún tratamiento farmacológico antihipertensivo, según su historia clínica o familiar o por verificación de la medicación en la visita domiciliaria.
- Población que de su consentimiento informado para participar en este estudio.
- Que reside en el barrio “Las Guayusas”, al momento del estudio.

3.7.2. Criterios de exclusión

- Enfermedades mentales o discapacidades.
- Personas que no deseen voluntariamente participar en el estudio.

- Pacientes hipertensos que tengan cuidadores o sean dependientes de otras personas para tomar la medicación.
- Personas que no vivan en el área de influencia del centro de salud, y de los barrios a los cuales pertenecen.

3.8. Técnica de recolección de datos primarios y secundarios

Los métodos y técnicas directas de investigación utilizadas para alcanzar los objetivos planteados son: métodos empíricos, como la observación y la encuesta sobre Adherencia Terapéutica, y el Test de Morisky Green – Levine. Como parte de las técnicas indirectas se utilizó la revisión de documentos médico legales, como: historia clínica, la ficha familiar y el documento “Análisis Situacional Integral de Salud” (ASIS).

La recolección de la información se hizo posteriormente a la obtención del consentimiento informado del paciente. (Anexo 1)

3.9. Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios

Los datos primarios se obtuvieron a partir de la aplicación del Test de Morisky Green-Levine, pues este es un test validado para medir la adherencia terapéutica a los tratamientos, de enfermedades crónicas; y, consta de 4 preguntas básicas, con respuestas dicotómicas: “Si o No”.

El paciente es considerado como “adherente”, si contesta correctamente a las 4 preguntas, es decir: No/No/No/No (Anexo 2).

La encuesta, además de contener el Test de Morisky Green-Levine, tiene 2 partes adicionales: la parte A, que contiene datos sociodemográficos del encuestado; y, la parte B, que describe prácticas y factores de riesgo relacionados a su patología.

Esta encuesta fue sometida a una prueba piloto, aplicándose inicialmente a un total de 20 personas con características similares a las de la muestra, pero que no participaran del

estudio, para determinar comprensión de los ítems y tiempo de aplicación del instrumento. Posteriormente, se procedió a su extensión a la muestra de estudio.

La observación estuvo presente durante todo el proceso de obtención de la información, y permitió constatar la adherencia al tratamiento, presencia o no de hábitos saludables de vida en lo individual y familiar.

Los instrumentos que posibilitaron la obtención del dato secundario, fueron la revisión de documentos como la ficha familiar, la historia clínica y el Análisis de la Situación de Salud, lo que permitió corroborar los datos obtenidos con la aplicación de los métodos directos.

3.10. Instrumentos para procesar datos recopilados

Las variables de la encuesta o del instrumento fueron ingresados a una base de datos del programa IBM SPSS Statistics, versión 20, donde fueron analizados, y con su presentación en tablas y gráficos. Se utilizó el cálculo del siguiente estadígrafo, en las diferentes etapas del estudio.

- Chi Cuadrado

Para estos estadígrafos se utilizó el 95% como nivel de confiabilidad.

3.11. Consideraciones Éticas

Para el inicio de la siguiente investigación es indispensable hacer firmar el consentimiento informado, proporcionado información de los objetivos de estudio y las metas a alcanzar. Esperando que la misma se lleve a cabo de una manera libre y voluntaria por parte de los participantes, respetando los principios bioéticos.

3.12. Selección y Definición de las Variables

VARIABLE CONCEPTUAL	VARIABLE REAL DIMENSIONES	VARIABLE OPERACIONAL INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Años	30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 De 70 y +
Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Según fenotipo	Masculino Femenino
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Auto identificación	Indígena Mestizo Blanca Negra Montubia
Escolaridad	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal	Grado de escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Superior
Ocupación	Trabajo, labor o quehacer	Tipos de ocupaciones	Agricultura Comercio Ama de Casa Profesionales Otros
Hipertensión Arterial	Tensión arterial alta o elevada, trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta.	Tiempo de Diagnóstico de Hipertensión	De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años Más de 15 años
Enfermedades Concomitantes	Síntoma o enfermedad que ocurre al mismo tiempo que la otra patología	Cardiopatía Isquémica Insuficiencia Cardíaca Diabetes Mellitus Enfermedad Renal Crónica Enfermedad Cerebrovascular	SI NO
Adherencia Terapéutica	Conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.	Grado de Adherencia Terapéutica	Adherente: Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas del Test Morisky-Green-Levine No-Adherente: Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas del Test Morisky-Green-Levine.

Dieta Rica en sodio	Consumo de más de 5 gr. de sal al día	Daños por el consumo de sal	SI NO
Grasas saturadas	En la cual predominan los ácidos grasos saturados, sólidos a temperatura ambiente	Consumo de tipos de grasas saturadas	Diariamente Semanalmente Rara vez Nunca
Frutas y Verduras	Vegetales esenciales en la dieta del hombre	Consumo de frutas y verduras	SI NO
Ejercicio Físico	Actividades bien realizadas, como: caminar, bailar, correr, nadar y montar en bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana.	Frecuencia de Actividad Física	Menos de 5 días/sem 5 días/semana Fines de semana Dependencia de mi tiempo
Tabaquismo	Adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la nicotina.	Tiempo de Fumar Cantidad de cigarrillos	Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Más de 5 años De 1 a 5 cigarrillos De 6 a 10 cigarros Más de 10 cigarros

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y Análisis

Los resultados encontrados sobre la distribución por grupos de edades y sexo Tabla (1.4), mostró una similitud en el número de hipertensos dentro de las edades comprendidas entre los 50 a 59 años y de los 60 a los 69 años, con 36 participantes para cada grupo de edad, y que corresponde a un 42,9% para cada grupo, ocupando el 85,8 % entre los dos grupos. Mientras que un 9,5% representan el grupo de 70 años y más. Y el grupo menos representativo fue el de 40 a 49 años de edad, con un 4,8%. El sexo predominante fue el masculino, con un 54,8%.

Tabla 1-4: Distribución de adultos hipertensos por grupos de edad y sexo, Barrio “Las Guayusas”. 2016

Grupo edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
40-49	3	3,6	1	1,2	4	4,8
50-59	19	22,6	17	20,2	36	42,9
60-69	17	20,2	19	22,6	36	42,9
70 años y +	7	8,3	1	1,2	8	9,5
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

Según la NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey), que es la “Encuesta nacional sobre Nutrición y Salud”, muestra que la prevalencia de Hipertensión Arterial, es directamente proporcional al aumento de la edad, a pesar de haber estudios donde la población adulta joven muestra cierto aumento en relación a años anteriores. Y además denota un aumento en la prevalencia en varones.

En la Tabla (2-4) se observa un predominio absoluto de la población mestiza, con un 75%, seguido en una menor proporción por la etnia indígena, que presentó un 19%, y blanca en un 4,8%.

Tabla 2-4: Distribución de adultos hipertensos por su etnia, Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Blanca	0	0,0	4	4,8	4	4,8
Indígena	11	13,1	5	6,0	16	19,0
Mestiza	34	40,5	29	34,5	63	75,0
Montubia	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

En un estudio realizado en el 2015, en Medellín Colombia, por García – Castañeda, se determinó que los factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial, de tipo socio demográficos, la etnia afrocolombiana mostraba una relación importante; similar a los estudios a nivel mundial, donde la prevalencia, severidad e impacto de la Hipertensión Arterial está incrementada en negros (JNC – 7° Informe, 2003).

En cuanto al nivel de escolaridad Tabla (3-4) predominó la instrucción primaria en un 59,5%, seguida por la instrucción secundaria con un 20,2%, y sólo se reportó una persona analfabeta, que corresponde al 1,2%.

Tabla 3-4: Distribución de adultos hipertensos según su nivel de escolaridad, Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Nivel de Escolaridad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeta	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Primaria	30	35,7	20	23,8	50	59,5
Secundaria	10	11,9	7	8,3	17	20,2
Superior	6	7,1	5	6,0	11	13,1
Técnico	0	0,0	5	6,0	5	6,0
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

En cuanto al nivel de escolaridad, los estudios demuestran que el nivel secundario, y técnicos, presentan mayor prevalencia de Hipertensión Arterial, que la primaria y nivel superior (García-Castañeda, 2015, p. 3).

Tabla 4-4: Distribución de adultos hipertensos según su ocupación, Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Agricultura	7	8,3	1	1,2	8	9,5
Ama de casa	0	0,0	23	27,4	23	27,4
Comercio	27	32,1	9	10,7	36	42,9
Otros	7	8,3	3	3,6	10	11,9
Profesionales	5	6,0	2	2,4	7	8,3
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

La distribución según la ocupación Tabla (4-4) mostro que el comerciante ocupó un 42,9% en los participantes, seguido por las amas de casa con un 27,4%; los agricultores y profesionales mostraron una proporción baja, con un 9,5% y un 8,3% respectivamente. Los diferentes estudios epidemiológicos, según el entorno o la situación laboral, han demostrado la relación entre la Hipertensión Arterial y las horas de trabajo diario; especialmente en las que demandan más de 40 horas de trabajo semanal, en donde entrarían comerciantes y amas de casa, con esfuerzo físico y mental (Yang H., 2006).

Tabla 5-4: Distribución de los adultos hipertensos, según su tiempo de presentación de la enfermedad. Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Tiempo de Hipertensión Arterial	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
De 1 a 5 años	6	7,1	3	3,6	9	10,7
De 6 a 10 años	21	25,0	25	29,8	46	54,8
De 10 a 15 años	17	20,2	8	9,5	25	29,8
Más de 15 años	2	2,4	2	2,4	4	4,8
Total	46	54,7	38	45,3	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

$\chi^2 = 1,34$ $p = 0,24$

La Tabla (5-4) muestra un mayor por ciento en los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad, en el grupo de 6 a 10 años, correspondiente a un 54,8%, seguido del grupo de 10 a 15 años, con un 29,8%, y un porcentaje bajo en el grupo de más de 15 años de padecer la enfermedad, con un 4,8%.

Los resultados corroboran que la Hipertensión Arterial, en pacientes con más de 10 años de padecerla, incrementa la aparición de complicaciones, en especial de tipo renal, posiblemente debido a un diagnóstico tardío de la enfermedad, y también a un mal control terapéutico de la patología (Muñoz G., 2009).

Tabla 6-4: Distribución de los adultos hipertensos, con enfermedades concomitantes. Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Enfermedades Concomitantes	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	5	6,0	9	10,7	14	16,7
NO	41	48,8	29	34,5	70	83,3
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica $X^2=1,70$ $p=0,19$

Del total de participantes, un 16,7% mostraron tener enfermedades concomitantes, y de las cuales la mayormente predominante fue la Diabetes Mellitus tipo 2. Tabla (6-4)

Según el JNC 7 (Séptimo informe de la Junta Nacional del Comité sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial), el tratamiento de las enfermedades concomitantes, especialmente la Diabetes Mellitus, debe ir manejado con uno o dos medicamentos, lo cual en el caso de la adherencia terapéutica, afectaría a la misma. Además que la Diabetes Mellitus constituye una enfermedad dentro de las comunes a presentarse junto a la Hipertensión Arterial.

Referente a los factores de riesgo encontrados en los adultos hipertensos Tabla (7-4), según prácticas y conocimientos de los encuestados, el consumo de sal y su efecto dañino, fue percibido por un 81% de los encuestados, como parte de sus conocimientos, y en la parte de las prácticas, el consumo de grasas saturadas lo realizaban un 90,5%, el de frutas y verduras un 100%; el consumo de cigarrillos en un 15,5%, con predominancia del sexo

masculino. Y un 69% de los encuestados realizaban ejercicio o actividad física, como práctica.

Tabla 7-4: Distribución de adultos hipertensos, según factores de riesgos. Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Factores de Riesgo	SEXO											
	Masculino				Femenino				TOTAL			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sal Dañina	41	48,8	5	6,0	27	32,1	11	13,1	68	81,0	16	19,0
Consumo Grasas	43	51,2	3	3,6	33	39,3	5	6,0	76	90,5	8	9,5
Consumo Frutas- Verduras	46	54,8	0	0,0	38	45,2	0	0,0	84	100	0	0,0
Realiza Ejercicio	30	35,7	16	19,0	28	33,3	10	11,9	58	69,0	26	31,0
Consumo Cigarros	13	15,5	33	39,3	0	0,0	38	45,2	13	15,5	71	84,5

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

Los estilos de vida saludables, son la base para la prevención de la Hipertensión Arterial, para el manejo de sus factores de riesgo. El consumo de sal y el conocimiento de que es dañino. En muchos países el consumo habitual de sal suele ser de 9 a 12 g/día, y es más beneficiosa aún su restricción, en pacientes ancianos, de raza negra y con comorbilidades, en especial diabéticos.

El consumo de fruta fresca y verduras en la población es un factor protector para los mismos, ya que en la literatura está comprobado, que éste más el ejercicio y la reducción de peso, son modificadores del estado de salud del hipertenso. El ejercicio físico ha demostrado reducir en un 20% la mortalidad de los pacientes hipertensos, así sea menos intensa y de menor duración. El consumo de cigarrillo, continúa siendo un detonante para la subida de la presión arterial y su mal control.

Tabla 8-4: Distribución de adultos hipertensos, según frecuencia del ejercicio físico. Barrio “Las Guayasas”. 2016.

Frecuencia del Ejercicio	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 5d/sem.	9	10,7	5	6,0	14	16,7
Fines de semana	11	13,1	15	17,9	26	31,0
Dependencia de mi tiempo	10	11,9	8	9,5	18	21,4
No ejercicio	16	19,0	10	11,9	26	31,0
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

La Tabla (8-4) muestra que la indicación para realizar el ejercicio físico estaba dada en un 34,5% por el médico; seguida en un 10,7% en dos grupos: tanto en indicaciones de gimnasio como en tareas diarias. Y en bajo porcentaje se encuentran las indicaciones dadas por el instructor y elegidas por el propio paciente

La distribución según la frecuencia al realizar la actividad física, en los adultos hipertensos de nuestro estudio (Tabla 8-4) muestra que el 31%, lo realizaba los fines de semana, seguidos por el grupo según su dependencia del tiempo en un 21,4%, menos de 5 días a la semana en un 16,7%, y No realizaba ejercicio alguno, en un 31%, de los adultos hipertensos.

Tabla 9-4: Distribución de adultos hipertensos, según su indicación del ejercicio físico. Barrio “Las Guayasas”. 2016.

Indicación del Ejercicio	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gimnasio	4	4,8	5	6,0	9	10,7
Instructor	2	2,4	2	2,4	4	4,8
Médico	15	17,9	14	16,7	29	34,5
Tareas diarias	7	8,3	2	2,4	9	10,7
Yo lo selecciono	2	2,4	5	6,0	7	8,3
Ninguna	16	19,0	10	11,9	26	31,0
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

Concerniente a la indicación del ejercicio por parte de personal profesional u otra variante se observa en la Tabla (9-3) que el mayor porcentaje con un 34,5% lo ocupa la indicación médica elemento favorable, pues dependiendo de la persona hipertensa, sus condiciones físicas y funcionales se individualiza el tipo de ejercicio que debe realizar. Varios estudios de cohorte, demuestran que incluso la actividad física menos intensa y de menor duración se asocia con reducción del 20% de la mortalidad. Los estudios epidemiológicos de la Guía ESH/ESC, indican que la actividad física aeróbica regular es beneficiosa tanto para prevenir como para tratar la Hipertensión Arterial.

Tabla 10-4: Distribución de adultos hipertensos, según en tiempo de fumar. Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Tiempo Hábito de Fumar	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
>5 años	13	15,5	0	0,0	13	15,5
No Fuma	33	39,3	38	45,2	71	84,5
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

El tiempo de evolución con hábito de fumar de los adultos hipertensos fue predominantemente en su 100% de los 13 fumadores, hombres, en más de 5 años. Tabla (10-4)

Según la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, el aumento de la presión arterial asociado al tabaquismo, no es registrado en la consulta del paciente, ya que abstenerse de fumar durante la media hora previa a la toma de presión es uno de los requisitos para hacer la medición.

De este modo, es posible que no se logre reconocer exactamente la condición real del paciente fumador, pero a mayor consumo y exposición prolongada al mismo, es mayor el daño producido a nivel vascular del paciente.

Tabla 11-4: Distribución de adultos hipertensos, según la cantidad de cigarrillos que consumen. Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Cantidad de Cigarrillos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
6 a 10 cigarrillos	7	8,3	0	0,0	7	8,3
Más de 10 cig.	6	7,1	0	0,0	6	7,1
No Fuma	33	39,3	38	45,2	71	84,5
Total	46	54,8	38	45,2	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

La frecuencia de cantidad de cigarrillos en la población fue casi similar en dos grupos Tabla (11-4) ocupando casi el 50% del total de fumadores hipertensos del estudio, tanto en el grupo de 6 a 10 cigarrillos y en más de 10 cigarrillos al día.

Existe evidencia que el tabaco causa un incremento agudo de la PA y la frecuencia cardiaca que persiste más de 15 min después de fumar un cigarrillo, como consecuencia de la estimulación del sistema nervioso simpático a nivel central y en las terminaciones nerviosas. En estudios que utilizaban MAPA, se ha observado que tanto los fumadores normotensos como los hipertensos sin tratar presentaban valores de PA diurna más elevados que los no fumadores. También los efectos nocivos son para los fumadores pasivos (Guía ESH/ESC, 2013, pp. 34)

Tabla 12-4: Distribución de los adultos hipertensos según su adherencia terapéutica con grupos de edad y sexo. Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Grupos de Edad	ADHERENCIA TERAPÉUTICA								TOTAL			
	SI				NO				SI		NO	
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		SI		NO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 40 a 49 años	2	8,3	1	4,2	1	1,7	0	0,0	3	12,5	1	1,7
De 50 a 59 años	6	25,0	6	25,0	13	21,7	11	18,3	12	50,0	24	40,0
De 60 a 69 años	4	16,7	4	16,7	13	21,7	15	25,0	8	33,3	28	46,7
De 70 años y +	1	4,2	0	0,0	6	10,0	1	1,7	1	4,2	7	11,7
Total	13	54,2	11	45,8	33	55,0	27	45,0	24	28,6	60	71,4

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

$\chi^2 = 0,00$ $p = 0,94$

En la Tabla (12-4) del total de encuestados, el 28,6%, equivalente a 24 adultos hipertensos, son adherentes al tratamiento antihipertensivo, de los cuales el grupo de 50 a 59 años edad, ocupó el 50% de los adheridos, y con un discreto porcentaje mayor en hombres que en las mujeres.

En los diferentes trabajos sobre adherencia terapéutica, especialmente a nivel nacional, en el 2013, en la Universidad Católica del Ecuador, se determinó el nivel de adherencia terapéutica, con el test de Morisky Green Levine, demostrando un 28% de adheridos al tratamiento frente a un 72% de no adherencia; cifra casi similar a la encontrada en nuestro estudio. A nivel internacional, la OMS describe un 50% de adherencia al tratamiento en países industrializados, con un porcentaje más bajo en los países poco desarrollados, donde se mostraba en 38%. Además, en estudios realizados sobre Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos en un hospital General del Perú, el 80,6% de los participantes eran mayores de 60 años, lo que se contrapone, ya que éste estudio muestra un porcentaje alto en los mayores de 50 años, y podría deberse al inicio temprano de tratamiento farmacológico (Carhuallanqui, Diestra, Tang & Málaga, 2010).

Tabla 13-4: Distribución de los adultos hipertensos según su adherencia terapéutica y su nivel de escolaridad. Barrio “Las Guayusas”. 2016.

Nivel de Escolaridad	Adherencia Terapéutica				Total	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeta	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Primaria	13	15,5	37	44,0	50	59,5
Secundaria	5	6,0	12	14,3	17	20,2
Superior	4	4,8	7	8,3	11	13,1
Técnico	2	2,4	3	3,6	5	6,0
Total	24	28,6	60	71,4	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica según su nivel de escolaridad Tabla (13-4) mostró que la mayoría de los pacientes que si estaban adheridos al tratamiento, correspondían al grupo de primaria, con el 50% del total de adheridos, seguido por secundaria, con un 17% del total de los mismos.

Francisco Maldonado, en un estudio realizado en México, en pacientes hipertensos del Seguro social, encontró que el 39% (126) se encontraban totalmente adheridos, y que según el nivel de escolaridad, el nivel primario, tuvo el 59%; 11% era analfabeta, 16% cursó secundaria, 10% bachillerato y 4% universidad.

Tabla 14-4: Distribución de los adultos hipertensos según su adherencia terapéutica y su ocupación. Barrio “Las Guayusas”. 2016

Ocupación	Adherencia Terapéutica				Total	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Agricultura	4	4,8	4	4,8	8	9,5
Ama de Casa	6	7,1	17	20,2	23	27,4
Comerciante	8	9,5	28	33,3	36	42,9
Profesionales	4	4,8	3	3,6	7	8,3
Otros	2	2,4	8	9,5	10	11,9
Total	24	28,6	60	71,4	84	100

Realizado por: Dr. Elio Gonzalo Galarza, 2016

Fuente: Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica

Se observa en la Tabla (14-4) que relaciona adherencia terapéutica y ocupación que el mayor por ciento corresponde a los comerciantes para un 42,9 %; seguida de las amas de casa con 27,4%.

Según el estudio de prevalencia de la adherencia terapéutica, realizado en México en el 2011, se obtuvo una mayoría en la ocupación en las amas de casa, luego eran obreros y 10 tenían alguna profesión. La adherencia en las amas de casa tenía adherencia parcial. De los participantes, 59% cursó primaria, 11% era analfabeta, 16% cursó secundaria, 10% bachillerato y 4% universidad; donde difiere de nuestro estudio ya que sólo se obtuvo un analfabeta, y se le puede atribuir a la cantidad de muestra de nuestro estudio.

En otro país de Sudamérica, realizado en el Perú, se encontraron tasas de adherencia entre 54 y 63% (Arana, 2001). La evidencia muestra que la baja o la falta de adherencia son hechos recurrentes. No hay consensos que nos demuestren de forma fidedigna que existen estrategias encaminadas a mejorar esa bajo grado de adherencia al tratamiento.

Mejorar la toma de decisiones dentro de la participación de las prescripciones médicas, sería una estrategia (Málaga, 2009). Hay estudios realizados por Weymiller, que

demuestran que en pacientes diabéticos utilizando tarjetas de decisión mejoraba la adherencia en tres meses (Weymiller, 2007), a pesar de que el mismo estudio realizado por Mann en población latina no fue satisfactorio.

La comunicación es una herramienta básica para romper barreras, tanto sociales, culturales, educativas, por medio de estrategias como mensajería de texto, y wassap en los celulares (Holguín, 2006).

En nuestra investigación se encontró relación entre la adherencia terapéutica y la ocupación ama de casa y comerciantes. Así mismo, se encontró relación entre adherencia terapéutica y nivel de escolaridad primaria. En relación al sexo, en el estudio no hubo diferencias significativas, como otros estudios latinoamericanos (Arana, 2001). La explicación puede ser al azar, pero podría ser tomado en cuenta como variable a explorar en estudios a posterior.

Las limitaciones encontradas en nuestra investigación, ha sido la no toma de la presión arterial, para categorizar a los pacientes. Y además, no haber utilizado complementariamente otro test a parte del de Morisky-Green, de tipo indirecto para poder mejorar la sensibilidad de mi estudio.

En un artículo chileno, se destaca la influencia de la sal en nuestra alimentación, en el desarrollo de la hipertensión, tanto en incidencia como prevalencia. (Zehnder, C. 2010).

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1. Estrategia Motivacional

5.1.1. *Introducción*

Lograr cambios en los indicadores de salud que están estrechamente relacionados a comportamientos y estilos de vida no saludables constituye uno de los objetivos fundamentales del médico familiar y comunitario. Sin embargo, estos comportamientos en la mayoría de los casos, son el resultado de la incorporación individual de opiniones, criterios y creencias provenientes de fuentes familiares y otras no vinculadas directamente al sector salud. Por tanto, ésta tarea se hace más compleja, al necesitar de la imbricación de acciones intencionadas, sistemáticas y científicamente probadas que toman cuerpo en las acciones estratégicas dirigidas a lograr cambios desde el estado actual del problema hacia el estado deseado por el gestor de salud, acciones que en todos los casos deben partir de un eje general que las articule y que con un enfoque de sistema respondan a metas claramente definidas y alcanzables en los plazos establecidos.

Dentro de los problemas de salud que mayormente afectan al mundo actual, se encuentran las enfermedades crónicas no trasmisibles, de las cuales, la Hipertensión Arterial es la más importante. Y se ha podido establecer que particularmente en esta enfermedad existe una tendencia a que los pacientes establezcan una relación de subestimación y solo reconozcan sus efectos cuando se acompañan de un alza en las cifras tensionales, y es entonces cuando acuden atemorizados al médico, exigiendo tratamientos efectivos y se interesan por los controles médicos. Por esta razón, la necesidad de una estrategia se fundamenta en sensibilizar a este grupo poblacional con la aceptación de su enfermedad, el manejo adecuado y permanente, y la culminación de metas que no solo se logran brindando información sobre el tema sino apelando a todas las funciones de la comunicación y que no solo se transmitan conocimientos actualizados y profundos sino movilizar igualmente a las funciones afectivo valorativas y lograr la necesaria autorregulación de la conducta pues se trata de lograr que el tratamiento integral

determinando para cada paciente se cumpla y se controlen factores de riesgo, posibles complicaciones y potenciar la evolución y el pronóstico más favorable dentro de la cronicidad. Metas que únicamente se cumplen si se compromete la esfera motivacional afectiva del individuo, que se inicia con la identificación de la necesidad y concluye con la satisfacción de esta a través de la actividad consciente, planificada e intencionada del sujeto motivado.

5.1.2. Principios fundamentales en los que se sustenta la Estrategia Motivacional sobre adherencia terapéutica en adultos hipertensos en el barrio “Las Guayusas”.

- La falta de adherencia al tratamiento, es una de las causas principales del pobre control de la presión arterial por lo que la evaluación de los niveles de la misma es de gran importancia para determinar la magnitud de un problema que limita la eficiencia de la terapéutica indicada.
- Como en toda enfermedad crónica la relación que debe establecer el paciente con su enfermedad es de participación directa y asumiendo la responsabilidad en el cumplimiento de sus acciones.
- Las estrategias dirigidas al cambio en la relación del paciente con su enfermedad no solo deben basarse en brindar información, sino también en lograr valoraciones afectivo motivacionales que favorezcan la autorregulación conductual.
- La implementación de una estrategia de intervención debe sustentarse en actividades amenas, dinámicas, participativas y que generen intercambios grupales, que enriquezcan la comprensión del problema.

5.1.3. Objetivo General de la Estrategia de intervención

Mejorar el nivel de adherencia terapéutica en los adultos hipertensos en el barrio “Las Guayusas”.

5.1.4. Objetivos Específicos

- Brindar conocimientos actualizados sobre la Hipertensión arterial, factores de riesgo, consecuencias e importancia del tratamiento.
- Elevar la motivación de los pacientes hipertensos por el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- Concientizar a los pacientes sobre la importancia de una adecuada adherencia terapéutica como única vía para lograr el control de la enfermedad.

5.1.5. Fases de la Estrategia Motivacional sobre adherencia terapéutica en adultos hipertensos en el barrio “Las Guayusas”

Fase 1: Diagnóstico de los problemas o justificación de la necesidad de la estrategia.

Fase 2: Diseño de las acciones contenidas en la estrategia propuesta.

Fase 3: Recomendaciones para la implementación de la estrategia.

Fase 4: Propuesta de evaluación de la efectividad de la estrategia.

Fase 5: Propuesta de socialización de la estrategia motivacional.

5.1.6. Descripción de las Fases de la estrategia motivacional diseñada.

Fase 1: Diagnóstico de los problemas o justificación de la necesidad de la estrategia.

Problemas estratégicos encontrados y tomados del diagnóstico realizado a través de la aplicación de los instrumentos de recogida de información.

- Los adultos y adultos mayores (50-69 años), a pesar de acumular experiencias y conocimientos con la edad, no integran esta información a las acciones relacionadas a su salud.

- Aunque la mayoría de los pacientes hipertensos padecen de su enfermedad hace más de un lustro, no se logra la correspondencia esperada con la adherencia terapéutica.
- Tener antecedentes patológicos familiares de la enfermedad no significa que se favorecerán comportamientos esperados en los sujetos.
- La menor adherencia al tratamiento se encuentra en los grupos de sujetos con escolaridad superior y técnicos.
- Existe insuficiente conocimiento sobre los factores de riesgo para la salud y en consecuencia escasa percepción de su importancia.
- Escasa valoración del consumo de determinados alimentos dañinos para la salud y no limitación en relación a su consumo.
- Los pacientes hipertensos no son disciplinados en relación al cumplimiento del tratamiento médico farmacológico.
- No predomina la adherencia terapéutica en los sujetos adultos portadores de Hipertensión Arterial.

Fase 2: Diseño de las acciones contenidas en la estrategia propuesta.

La estrategia se desarrollará en sesiones de trabajo. Se asume en todas las sesiones como beneficiarios de la estrategia a los pacientes que constituyeron la muestra inicial.

Cada una de las sesiones estará compuesta por tres momentos fundamentales: inicial, de desarrollo y de cierre.

En cada una de ellas se declara los elementos constitutivos y los procedimientos para su desarrollo. Estos son:

- Tema a abordar.
- Contenidos o sumarios.

- Objetivos declarados para cada sesión.
- Actividades a desarrollar atendiendo al tiempo establecido en la propuesta de implementación.
- Métodos y técnicas a utilizar atendiendo a las características de los grupos de edades, intereses cognoscitivos y complejidad de los temas.
- Responsable
- Recursos materiales y de soporte para el desarrollo de las actividades.
- Tiempo de duración de las sesiones.
- Resultados esperados.
- Propuesta metodológica para el desarrollo de cada sesión de trabajo.

A continuación se desglosa el contenido de la Estrategia Motivacional sobre adherencia terapéutica en adultos hipertensos en el barrio Las Guayusas.

Sesión 1

Tema: Definición de la Hipertensión Arterial. Importancia de su control.

Contenidos:

- Principales consideraciones sobre la Hipertensión Arterial.
- Medidas individuales para el manejo del paciente hipertenso.

Objetivos:

- Ofrecer información actualizada acerca de la Hipertensión Arterial como problema de salud.

Actividades a desarrollar:

- Presentación de la propuesta de intervención educativa a los participantes
- Ajuste de las expectativas del grupo
- Presentación grupal y de los responsables
- Desarrollo del tema

Métodos y técnicas:

- Técnica participativa: presentación en parejas
- Trabajo en grupos pequeños para determinar expectativas y presentación en plenaria por el relator.
- Charla educativa sobre: Definición de la Hipertensión Arterial. Importancia de su control.

Responsable. Médico familiar y comunitario

Recursos materiales y de soporte

- Infocus
- Papelografo

Tiempo de duración: 40 minutos

Resultados esperados.

Favorecer la disposición y motivación de los participantes para integrarse a las sesiones definidas en la estrategia.

Incrementar el conocimiento de los participantes sobre la Hipertensión Arterial y la importancia de su control.

Propuesta metodológica para el desarrollo de la sesión de trabajo.**Momento inicial:**

Se comienza la actividad presentando al responsable de la intervención y al resto de los miembros del equipo de salud.

Se facilitará la presentación de los participantes o beneficiarios de la estrategia para lo que se propone una técnica de presentación en parejas, formando dúos de diferentes sexos a los que se les asignarán 5 minutos para conocer las principales características del otro y posteriormente presentarlo al grupo.

Desarrollo de la sesión:

Se presentará la estrategia utilizando un power point, y delimitando número de sesiones, requisitos de aplicación, resultados esperados y principales objetivos.

Se solicitará a cada participante que escriba en una hoja de papel que previamente se entregará sus expectativas sobre lo que espera aprender de su enfermedad y conducta hacia la salud a lo largo de las sesiones de trabajo.

El procedimiento será el siguiente:

Se entregará a cada participante 3 hojas pequeñas de tres colores diferentes: celeste, amarillo, verde.

- En la hoja de papel amarillo escribirán:

Lo que espero aprender en estas actividades es: _____

- En la hoja de papel celeste escribirán:

Lo que más me preocupa de mi enfermedad es: _____

- En la hoja de papel verde escribirán:

Dentro de un año espero sentirme: _____

Cierre:

Al finalizar la impartición del tema y antes de que concluya la sesión de trabajo, se solicitará la lectura comentada de algunas expectativas tomadas al azar del buzón donde previamente fueron colocadas.

Sesión. 2

Tema: Aprende a reconocer a tu enfermedad.

Contenidos:

- Principales síntomas de la Hipertensión Arterial

- Valores de tensión normal
- Conducta a seguir

Objetivos:

Que los participantes aprendan a identificar los valores de tensión arterial normal y los síntomas más frecuentes.

Actividades a desarrollar

- Toma de signos vitales
- Descripción del cuadro clínico y principales síntomas de la enfermedad
- Indicaciones para manejo de la enfermedad ante los primeros signos de alarma

Métodos

- Demostración.
- Dramatizaciones
- Método de caso

Recursos

- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Papelógrafo

Responsable. Médico familiar y comunitario acompañado de personal capacitado para la toma de signos vitales

Tiempo de duración: 40 minutos

Resultados esperados.

- Que los participantes aprendan a tomar sus cifras tensionales.
- Que puedan reconocer los principales síntomas anticipatorios de la enfermedad y la conducta inmediata ante los signos de alarma.

Propuesta metodológica para el desarrollo de la sesión:**Momento inicial:**

Se comenzará la sesión haciendo un resumen de los principales aspectos abordados en la sesión 1 para lo que se puede nombrar un relator que exprese sus aprendizajes sobre la enfermedad.

Desarrollo:

Se comenzará la demostración seleccionando al azar a un miembro del auditorio al que se le realizará la toma de signos vitales, demostrando detalladamente el procedimiento a seguir.

Posteriormente se lograra que bajo la conducción del personal de enfermería capacitado cada participante realice al menos una vez la toma de los signos.

En todos los momentos el médico familiar y comunitario reforzará los aprendizajes, corregirá deficiencias y argumentará la importancia de conocer las cifra tensionales normales o elevadas y las condiciones basales en las que debe tomarse la tensión arterial para que los valores sean lo más fiel a lo real.

Se presentara una situación problema que el grupo debe resolver para lo que se propone la descripción de un caso clínico, que se resolverá de forma conjunta a partir de la elaboración de un mapa conceptual.

Caso clínico:

Paciente femenina de 50 años de edad, que durante la visita de su médico familiar durante una actividad extramural, se queja de que hace varios días presenta dolores de cabeza

generalizado y una sensación extraña en los oídos, por lo que al examinarla el médico constata cifras de tensión arterial de 160/100.

A partir de estos datos:

- Que síntomas usted identifica como manifestaciones de hipertensión arterial.
- Menciona las cifras que usted considera que responden a una tensión arterial normal.

Ante esta situación el médico orienta hacer un monitoreo ambulatorio de su tensión arterial y le informa que durante los próximos 7 días debe asistir al centro de salud a cualquier hora una vez al día, para tomarse su tensión arterial y llevar un registro escrito a la próxima consulta. Ante esta indicación la paciente refiere que no le es posible cumplir pues ella atiende un negocio particular de elaboración de alimentos y además ayuda a su hija en la crianza de los tres hijos menores de 6 años y como el centro de salud está bastante alejado de la casa donde vive no puede ausentarse todos los días durante tanto tiempo de su casa.

A partir de estos datos:

- ¿Considera correcta la decisión adoptada por la paciente.
- ¿Cuál debe ser la conducta a asumir ante la sospecha de esta enfermedad?
- Si en las dos primeras tomas de tensión arterial a la paciente, las cifras tensionales le dan normales. ¿Considera que es necesario continuar el monitoreo indicado por el facultativo?

Las respuestas que ofrezcan los pacientes se mostraran en un papelógrafo en el que se elaborará un mapa conceptual que permita organizar los conceptos basándose en la jerarquía y nivel de inclusividad.

Se propone partir de los conceptos generales (Hipertensión Arterial) a los más específicos (síntomas, cifras normales, mediciones y primeros manejos).

El conductor de la actividad puede llevar el mapa conceptual pre-elaborado o construirlo junto a los participantes como parte de los aprendizajes de la sesión.

Cierre:

Para concluir la sesión, se solicita a tres participantes que realicen una breve dramatización sobre cómo debe transcurrir correctamente el procedimiento médico antes descrito (conducta del médico, de la paciente y de un familiar)

Sesión 3

Tema. Factores de riesgo de la Hipertensión arterial. Importancia de la conducta responsable.

Contenidos:

- Definición y clasificación de Factores de riesgo.
- Factores de riesgo relacionados a inadecuados hábitos alimentarios.
- Factores de riesgo asociados a la actividad física insuficiente o sedentaria.
- Factores de riesgo asociados a hábitos nocivos: tabaquismo.
- Factores de riesgo vinculados a las situaciones emocionales y el stress.
- Orientaciones para la observación y control de los factores de riesgo.

Objetivos:

- Incrementar el conocimiento de los participantes sobre los factores de riesgo para la salud y su asociación con la Hipertensión Arterial.

Actividades a desarrollar

- Establecimiento de una jerarquía colectiva de necesidades de información e inquietudes del paciente hacia su enfermedad.
- Discusión de situaciones problemáticas sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

Métodos y técnicas

- Trabajo en pequeños grupos para definir prioridad en el tratamiento de los contenidos de mayor relevancia para los intereses del grupo.

- Lluvia de ideas para la definición de los factores de riesgo identificados por los pacientes.

- Trabajo en grupos pequeños para la solución de situaciones problemáticas relacionadas a la enfermedad.

Recursos materiales

- Infocus

- Papelografo

- Afiches

Responsable. Médico familiar y comunitario

Tiempo de duración: 40 minutos

Resultados esperados.

- Que los pacientes reconozcan los principales factores de riesgos para la Hipertensión Arterial.
- Que las soluciones a los problemas de salud identificados emerjan de sus experiencias cotidianas y sean reforzadas con la información técnica aportada por el profesional.
- Que reconozcan las ventajas del trabajo grupal y del análisis crítico ante las conductas inadecuadas a relacionadas a la salud.

Propuesta metodológica para el desarrollo de la sesión:

Momento inicial:

La sesión comenzará recordando la importancia del conocimiento adquirido sobre las tomas de cifras tensionales y la identificación de los posibles signos de alerta de descompensación.

Desarrollo:

Se organizaran 4 grupos atendiendo a la numeración del 1 al 4 y se les solicitará que elaboren una escala del 1 al 5 donde determinen en orden descendente las problemáticas, inquietudes o desconocimiento que han detectado en el manejo de su enfermedad.

Es crucial plantear los problemas y la necesidad de cambiar los hábitos de uno en uno; el riesgo de pedir varios cambios a la vez es el de producir en el paciente sensaciones de agobio y desbordamiento que le pueden llevar a decidir no hacer nada – “romper la baraja”- “pasar del tema”-. Lo habitual es que existan varios comportamientos que es necesario cambiar: se deben priorizar aquellos cambios que menos esfuerzo van a suponer para la persona, pero a veces hay que seguir el criterio del cambio más urgente porque así lo requiere el estado de salud.

Posteriormente se presentaran las siguientes situaciones problémicas en torno al tema seleccionado para abordar en la sesión 2.

Situación 1

Luis, perteneciente al sexo masculino, de 55 años, camionero, diagnosticado de una HTA desde hace un año, con sobrepeso, que padece continuas descompensaciones con ingreso hospitalario debido a sus hábitos alimentarios. Luego de las consultas médicas ha intentado en varias ocasiones comenzar dietas que posteriormente abandona fundamentalmente luego de fiestas y celebraciones familiares. Reconoce los alimentos que no debe consumir pero no logra controlar sus deseos y a pesar de las continuas promesas que se hace a sí mismo y a la familia concluye justificándose pues “sus amigos le han dicho que su enfermedad no tiene nada que ver con lo que come pues conocen a muchas personas que consumen de todo y no tienen ningún problema de salud y hay otros que no comen nada y son hipertensos.”

El equipo debe responder las siguientes preguntas:

- 1.- Valore si considera correcta o no la conducta asumida por Luis.
- 2.- Argumente si las opiniones ofrecidas por sus amigos se corresponden a sus conocimientos sobre este tema.

3.- ¿Conoce a alguna persona que proceda de manera similar a como lo hace Luis?

Situación 2:

A Micaela y su esposo Fernando les gusta mucho salir a comer a restaurantes, cafeterías y parrilladas. Desde hace alrededor de 8 años ella fue diagnosticada como hipertensa y posteriormente, hace alrededor de 6, le hicieron el diagnóstico a él, a ambos se les olvida tomar los medicamentos y en ocasiones confunden las dosis de cada cual por lo que cuando creen que le van a subir las cifras tensionales toman las píldoras y continúan sus actividades normalmente, rara vez acuden a los controles y a partir de problemas familiares que se han acumulado en la casa por malas relaciones entre los hijos Micaela se ha descompensado en varias ocasiones y no logra controlar su padecimiento. Cuando esto sucede Fernando siempre le propone que no se agobie con los problemas de la casa y pasan semanas enteras comiendo en sus restaurantes preferidos y seleccionando lo que más le gusta: fritadas, chuletas, papas fritas, hamburguesas, pan y gaseosas.

El equipo debe responder las siguientes preguntas:

1. Confeccione un listado de los alimentos que más le gustan a los integrantes del equipo.
2. Que considera usted más sanos: comer comidas preparadas en casa o aquellas llamadas comidas chatarras.
3. ¿ Conoce el valor calórico de los alimentos que más frecuentemente se consumen en la población: arroz, yuca, sopas, pollo y huevos?.

Situación 3.

Félix Manuel es un adulto mayor de 69 años, fumador de largo tiempo de evolución, dispensarizado como hipertenso hace alrededor de 15 años, al que hace 6 meses se le diagnosticó un ataque transitorio de isquemia cerebral. En la entrevista con el médico se aprecia que Félix fue trabajador agrícola durante toda su vida, nunca contrajo matrimonio, no tuvo hijos propios aunque apoyó a su hermana en la crianza de sus 9 hijos, actualmente vive solo, no sale de su casa, no asiste a controles, ni solicita opinión médica cuando aparecen los primeros síntomas que cada vez son más frecuentes. El paciente reconoce que el mayor placer de su vida es fumar y no entiende que exista ninguna relación entre su hábito y la evolución de su enfermedad.

1. ¿Considera correcta la actitud adoptada por Félix Manuel?
2. ¿Considera que existe alguna relación entre el hábito de fumar y la Hipertensión Arterial?
3. Si una persona se propone a esta edad introducir algún cambio en su vida. ¿Cree que puede lograrlo?

Situación 4.

Un paciente de 48 años, del sexo masculino que trabaja durante 8 horas seguidas en una oficina realizando trabajos administrativos acude a consulta refiriendo que a pesar de haber estado controlado de su tensión arterial durante dos años hasta este tiempo, en el último ha observado que en el último mes ha tendido crisis hipertensivas en más de diez ocasiones. Cuando el médico explora sobre sus estilos de vida refiere que no consume bebidas alcohólicas, se alimenta adecuadamente aunque no en horarios regulares y que el cambio mayor que ha tenido es que ha dejado de practicar ejercicios físicos y fundamentalmente ya no realiza las caminatas al atardecer durante aproximadamente 30 a 40 minutos que tanto le agradaban pues su trabajo le absorbe todo su tiempo, lleva muchas tareas laborales a la casa que no puede concluir durante el día e incluso le quitan horas de su sueño y siempre está pensando en que no va a poder cumplir satisfactoriamente con sus demandas laborales.

1. ¿Considera que es un riesgo para la salud de este sujeto no realizar ejercicios físicos?
2. ¿Qué experiencias anteriores ha tenido con casos similares al presentado?
3. ¿Qué recomendaciones considera necesaria hacerle para logra el manejo adecuado de su padecimiento?

Cierre:

Para concluir la actividad se elaborará de forma colectiva un mensaje educativo que refleje la opinión del grupo sobre la necesidad de identificar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad.

Se debe insistir en que sea un mensaje corto, original y donde se asuma un compromiso hacia la salud, se escribirá en una hoja de papel de 1X1 y se pegará en la pared durante todo el tiempo que se prolongue la intervención. En dependencia de las características del

grupo el responsable decidirá si se firma al pie de la hoja por los participantes como prueba de que se asume un nuevo compromiso hacia la salud.

Sesión 4

Tema. Principales consecuencias de la Hipertensión arterial.

Contenidos:

- Consecuencias de la Hipertensión Arterial para el sistema cardiovascular.
- Consecuencias de la Hipertensión Arterial para el sistema renal
- Consecuencias de la Hipertensión Arterial para el sistema nervioso central

Objetivos:

- Suministrar información a los participantes sobre las principales consecuencias de la Hipertensión Arterial sobre los órganos diana.

Actividades a desarrollar

Se proyectará un video sobre: “Daño Neurológico provocado por la Hipertensión Arterial”.

Posteriormente se solicitarán las opiniones de los participantes a partir del análisis de las preguntas previamente elaboradas por el responsable de la actividad.

Métodos y técnicas

- Video debate
- Discusión grupal a partir de una guía de observación del video.

Recursos

- Video
- Televisor
- Computadora portátil

Responsable. Médico familiar y comunitario

Tiempo de duración: 40 minutos

Resultados esperados.

- Que los participantes se apropien del conocimiento científico sobre las principales consecuencias de la Hipertensión Arterial.
- Que comprendan la importancia de la sistematicidad y disciplina en el cumplimiento de las indicaciones médicas para evitar posibles complicaciones para la salud.

Propuesta metodológica para el desarrollo de la sesión:

Momento inicial:

La sesión comenzará recordando los principales aprendizajes adquiridos en la actividad precedente relacionados a los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

Desarrollo:

Se mostrará el video “El Asesino Silencioso”, que aborde las principales complicaciones y consecuencias de la Hipertensión Arterial no tratada o tratada intermitentemente por indisciplinas y poca responsabilidad de los portadores. Una vez concluido se escucharán las opiniones de los participantes y se debatirán los siguientes aspectos:

- Se considera Ud. un paciente disciplinado en relación a las indicaciones médicas.
- Ha abandonado el tratamiento de su enfermedad en otras ocasiones.
- ¿Teme que le suceda algunas de las complicaciones reflejadas en el material proyectado?
- ¿Qué acciones realiza para evitarlas?

A partir de las respuestas emitidas por los participantes se procede a realizar una presentación breve en power point por el responsable de la actividad sobre las principales consecuencias de la enfermedad en los diferentes sistemas y órganos diana. La presentación se auxiliará de imágenes, esquemas y organizadores gráficos que favorezcan el aprendizaje y la observación de lo que se transmite.

Cierre:

La actividad concluirá con un dibujo de una figura humana de cualquier sexo, que previamente llevará el responsable para que cada participante defina con una palabra las cualidades que se necesitan para que cada individuo logre cumplir con sus propósitos de salud. Estas cualidades se escribirán en el orden que se vayan expresando alrededor de la figura y también permanecerá en la pared del local donde se están realizando las actividades.

Sesión 5: Adherencia al tratamiento

Tema: Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Hipertensión Arterial.

Contenidos:

- Tratamiento no farmacológico:

- Cambios en los estilos de vida: sedentarismo, hábitos alimenticios incorrectos, hábitos tóxicos y stress.
- Manejo de recursos psicológicos breves para el afrontamiento a las emociones.

- Principales grupos farmacológicos para el manejo de la enfermedad:

- Diuréticos
- Betabloqueadores
- Inhibidores de la enzima convertasa, Ara II

Objetivos:

- Brindar conocimiento actualizados sobre las pautas principales del tratamiento no farmacológico e individualizado para cada paciente.

- Explicar los diferentes grupos farmacológicos y las principales indicaciones y reacciones adversas que se presentan con el uso de los mismos, para contribuir a que el paciente pueda reconocerlas y actuar en correspondencia.

Actividades a desarrollar

- Taller de discusión sobre los tipos de tratamiento de la Hipertensión Arterial.
- Conversatorio con un paciente de la comunidad que haya logrado un adecuado control de su Hipertensión Arterial.

Métodos y técnicas:

- Discusión grupal.
- Conversatorio
- Análisis documental: revisión de historia clínica.

Responsable: Médico familiar y comunitario.

Recursos materiales y de soporte:

- Infocus
- Laptop
- Fragmentos de historias clínicas de pacientes reales.

Tiempo de duración de la sesión: 40 minutos.

Resultados esperados.

- Que se logre la comprensión sobre la necesidad de la adherencia terapéutica aumentando el grado de responsabilidad individual del paciente hacia su tratamiento.
- Incremento de la motivación y la posibilidad de tomar decisiones relacionadas al cumplimiento de los diversos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Propuesta metodológica para el desarrollo de la sesión de trabajo.

Momento inicial:

La sesión comenzará con el recordatorio de los aspectos principales aprendidos en la sesión anterior relacionados a las principales consecuencias y complicaciones de una Hipertensión Arterial no cuidada.

Desarrollo:

El responsable comenzará la sesión dando lectura a un fragmento de una historia clínica de un paciente de la comunidad, sin decir su nombre ni otros datos que revelen la identidad del sujeto, se tendrá en cuenta para la selección de la historia clínica que hayan existido intermitencia en el tratamiento, frecuentes incumplimientos, descompensaciones y escasa sistematicidad en la asistencia a los controles.

Una vez concluida la presentación se les preguntará a los participantes sus opiniones sobre la conducta del sujeto y se exploraran los criterios sobre la necesidad de la adherencia al tratamiento como única vía efectiva para mantener el control sobre la enfermedad.

Posteriormente se procede a realizar un Taller que facilite el intercambio de información a través de preguntas, respuestas, vivencias y opiniones sobre las ventajas del tratamiento no farmacológico y farmacológico y las consecuencias del abandono terapéutico en diferentes casos.

Cierre:

Se realizará un conversatorio con un paciente hipertenso de la comunidad, previamente seleccionado, que haya logrado un control adecuado sobre su problema de salud y que ofrezca, a través de sus experiencias y vivencias personales, una enseñanza positiva sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas en la evolución de la enfermedad.

Sesión 6. De qué me sirve lo aprendido si no decido cambiar

Tema. El papel de la personalidad en el manejo, control y evolución de la Hipertensión Arterial.

Contenidos:

- La personalidad como factor protector o agravante del cuadro de la salud. Tipos de personalidad predispuestos a la salud o a la enfermedad.
- La motivación y la toma de decisiones como instancias reguladoras del proceso salud enfermedad.
- Las cualidades volitivas de la personalidad y la comprensión de la necesidad de cambio cuando las acciones que se realizan son inadecuadas.

Objetivos:

- Contribuir a lograr en los pacientes una visión integral del proceso salud enfermedad y de la importancia de los aspectos psicológicos y sociales en el cuadro clínico de las enfermedades.
- Sensibilizar a los sujetos con el papel de la motivación, toma de decisiones y autorregulación de la conducta como elementos fundamentales en la selección y mantenimiento de las diversas conductas hacia la salud.

Actividades a desarrollar:

- Conferencia dialogada problematizada.

Métodos y técnicas:

- Técnicas participativas

Responsable: Médico familiar y comunitario.

Recursos materiales y de soporte:

- Infocus
- Papelografo

Tiempo de duración de las sesiones: 40 minutos.

Resultados esperados:

- Motivación para el cumplimiento de las indicaciones médicas y el logro de una mayor adherencia terapéutica.
- Mayor grado de responsabilidad y comprensión del papel de las diversas instancias de la personalidad en el afrontamiento de los problemas de salud.

Propuesta metodológica para el desarrollo de la sesión de trabajo:**Momento inicial:**

Se comienza la actividad pidiendo a uno de los miembros del grupo que realice un recordatorio de los contenidos sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Hipertensión Arterial.

Desarrollo:

Se comienza solicitando a cada participante que ordene en una escala descendente el lugar que ocupan los diferentes aspectos en su escala motivacional:

- Atención a los problemas personales
- Atención a los problemas familiares y de los hijos
- Atención a los problemas relacionados a su salud
- Atención a los problemas económicos
- Atención a los problemas laborales.

Una vez concluido el ejercicio individualmente, se solicita a los integrantes de cada equipo que realicen esta misma escala pero unificando las opiniones y realizando el ordenamiento atendiendo a la numeración más frecuentemente asignada.

Una vez concluida esta valoración un miembro de cada equipo presenta los resultados del trabajo colectivo y defiende con argumentos sólidos el ordenamiento establecido.

Posteriormente se realiza una Conferencia dialogada problematizada sobre la influencia de las diferentes características de la personalidad en la evolución de la enfermedad, haciéndose énfasis en aquellas que están más relacionadas con la Hipertensión Arterial: irritabilidad, dificultades para el manejo y control de la ira, hipercriticidad, poca tolerancia a las frustraciones, entre otras.

Para ello el responsable podrá llevar preparadas dos pliegos de cartulina de diferentes colores: rojo y verde.

En la cartulina roja se escribirán aquellas características de personalidad que los participantes consideran que tienen mayor asociación con las conductas protectoras de la salud.

En la cartulina verde se escribirán las características de la personalidad que se consideran con mayor predisposición hacia la enfermedad.

En todos los casos se reforzará en la plenaria la importancia de la motivación hacia la salud y el cumplimiento del tratamiento.

Cierre:

La sesión concluye cuando el responsable reparte entre los 4 grupos de trabajo, tarjetas que contengan individualmente las siguientes cualidades volitivas de la personalidad: perseverancia, autodominio, firmeza e independencia. De la misma forma entregará indistintamente las definiciones de estas cualidades.

Un miembro de cada equipo leerá en voz alta la definición que se expresa en la tarjeta y el equipo que considere tener la cualidad a que se hace referencia lo expresará, argumentando la importancia de esta cualidad para el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Sesión 7. Consolidación de los aprendizajes con la participación de la familia.

Tema. El papel de la familia en el logro de una conducta responsable hacia la salud y la adherencia terapéutica.

Contenidos:

- La participación de la familia en el cumplimiento de las acciones de salud por el paciente.
- Orientaciones para el manejo familiar de los sujetos hipertensos.

Objetivos:

- Consolidar los conocimientos adquiridos durante las sesiones anteriores.
- Integrar a la familia a las acciones que se realicen para el logro de la adherencia terapéutica.

Actividades a desarrollar:

- Consolidación de los aprendizajes anteriores.
- Actividad grupal para la inclusión de la familia en las acciones de salud que promuevan la adherencia terapéutica.

Métodos y técnicas:

- Completamiento de frases relacionadas a los aprendizajes adquiridos.
- Dinámica grupal con participación del paciente y su familia.
- Conversatorio

Responsable: Médico familiar y comunitario

Recursos materiales:

- Papelografo
- Infocus

Tiempo de duración de las sesiones: 40 minutos

Resultados esperados:

- Incorporados los aprendizajes adquiridos durante la intervención.

- Brindada a la familia herramientas y orientaciones que le permitan colaborar con el logro de la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.

Propuesta metodológica para el desarrollo de la sesión de trabajo.

Momento inicial:

La actividad comenzará con un listado escrito en una cartulina de todos los temas abordados durante el desarrollo de la intervención. Estos aprendizajes se reforzaran cuando los participantes completen las siguientes frases.

- Lo más importante que he aprendido de mi enfermedad es.....
- De ahora en adelante me propongo.....
- Si tuviera que definir mi enfermedad diría que
- Si cumpliera con el tratamiento médico mi estado de salud.....
- Cuando me corresponda asistir a los controles.....
- Cuando vaya a seleccionar mis alimentos tomaré en cuenta.....

Desarrollo:

El responsable de la actividad utilizará un power point donde se recojan los contenidos a abordar y se ejemplifique a la familia las principales indicaciones para ayudar al paciente hipertenso al cuidado de su salud.

Cierre:

Se recogerán las hojas escritas al inicio de la intervención y que previamente están contenidas en el buzón, se recordaran las principales preocupaciones y expectativas con que los pacientes comenzaron las sesiones y la medida en que estas han sido satisfechas.

Finaliza la actividad presentando un completamiento de una frase:

N---a -- ----- -a-a -a---a- y a---n--- n---a- -an—a- -- -an—n-- -- -a---

Nunca es tarde para cambiar y aprender nuevas maneras de mantener mi salud.

Fase 3: Recomendaciones para la implementación de la estrategia.

La estrategia se sustenta en un sistema de acciones para modificar la problemática relacionada a la escasa adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Las acciones propuestas atenderán a los siguientes requisitos:

- Se trabajara en un total de 6 sesiones.
- Las sesiones se desarrollaran en el Casa de atención al diabético
- El local de trabajo debe poseer las características indicadas de iluminación, ventilación y disposición del mobiliario.
- Las sesiones no excederán los 40 minutos de trabajo.
- Se realizara un registro escrito y fotográfico del desarrollo de las sesiones que permitirá constatar la coherencia y el avance grupal.
- Cada sesión será conducida por el médico familiar y comunitario apoyado por el técnico de atención primaria de salud que trabaja directamente en esa comunidad.
- Cada sesión contará con el soporte tecnológico y otros recursos didácticos que favorezcan la incorporación de los aprendizajes en todos los participantes.
- Las actividades que se diseñen se basaran en la utilización de las técnicas de educación para la salud, participativas y de la educación popular y andragógica.

Fase 4: Propuesta de evaluación de la efectividad de la estrategia.

La estrategia motivacional se evaluará atendiendo a los siguientes criterios:

- Evaluación continua una vez culminada cada sesión de trabajo.
- Aplicación del cuestionario de diagnóstico inicial transcurridos tres meses de aplicada la estrategia.
- Evaluación de los siguientes indicadores de adherencia:
 - Aumento de la asistencia de los pacientes a los controles establecidos.
 - Disminución de la aparición de las crisis hipertensivas.

Mayor correspondencia entre el reconocimiento de los síntomas que acompañan a la elevación de la tensión arterial.

Fase 5: Propuesta de socialización de la estrategia motivacional. (Anexo 3)

- Se divulgará en las salas de espera de los centros de salud fragmentos de las sesiones contenidas en la estrategia.
- Se realizarán materiales impresos: plegables, volantes, etc para divulgar la información transmitida.
- Se utilizarán los mensajes educativos y otras evidencias de las sesiones para mostrar en lugares visibles de los consultorios médicos.
- Se publicarán los resultados de esta propuesta en revistas científicas de las ciencias médicas.

CONCLUSIONES

Existe un predominio del grupo etáreo de 50 a 59 años, del sexo masculino, con nivel de escolaridad primaria y secundaria, de ocupación fundamentalmente comerciantes. Mostrando correlación significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Encontrándose como principal factor de riesgo asociados estilos de vida no apropiados o no saludables a pesar de tener conocimientos sobre ello. Se obtuvo como resultado dentro de la investigación, la baja adherencia terapéutica, considerada por los propios participantes.

De ésta investigación se parte de que la población necesita intervenciones para mejorar ese grado de adherencia terapéutica, de la cual ellos mismos son conscientes de no tenerla. Esto sería una recomendación

La propuesta de la estrategia diseñada, puede contribuir a ser un instrumento útil para elevar la adherencia al tratamiento, en poblaciones similares a la estudiada.

RECOMENDACIONES

1. Socializar la propuesta de estrategia motivacional, haciéndola extensiva en los centros de salud de la provincia y del resto del país, donde exista esta similar problemática.
2. Publicar la estrategia diseñada en revistas médicas indexadas.
3. Integrar en la evaluación y control del paciente hipertenso el instrumento de recogida de información de ésta investigación, contribuyendo así a la valoración integral del paciente hipertenso.
4. Utilizar los contenidos propuestos en la estrategia motivacional, en los cursos de capacitación de profesionales de salud, que trabajan directamente en atención primaria de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Arterial, S. C. (2015). Hipertensión Arterial en la Atención Primaria. (D. W. Passalacqua, Ed.) *Hipertensión*, 20, 3-84. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de <http://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/BOLETIN-HTA-2015.pdf>.
- Buitrago, F. (2011). Adherencia terapeutica ¡Qué difícil es cumplir!. *43*, 336 - 342. doi:10.1016/j.aprim.2011.05.002.
- Chen, G., McAlister, F., Walker, R., Hemmelgarn, B., & Campbell, N. (2011). Cardiovascular outcomes in framingham participants with diabetes: the importance of blood pressure. *Pubmed*, 57(5), 891 - 897. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.162446.
- Coleman, C., Limone, B., Sobieraj, D., Lee, S., Roberts, M., & Kaur R, A. T. (2012). Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *PubMed*, 18(7), 527 - 539. doi:10.18553/jmcp.2012.18.7.527.
- Daley, D., Myint, P., Gray, R., & Deane, K. (2012). Systematic review on factors associated with medication non-adherence in Parkinson's disease. *University of the West of England*, 18(10), 1053 - 1061. doi:10.1016/j.parkreldis.2012.09.004.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapeutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. (Elsevier, Ed.) *Atención Primaria de Salud* , 342 - 348. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de <https://medes.com/publication/49902>.
- Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Jameson, L. (2010). *Harrison Manual de Medicina* (Vol. 17). Mexico DF.: Mc Graw Hill. Recuperado el 15 de 12 de 2016

- Garcés, B., & Monserrate, J. (2009). Incidencia y Medidas Preventivas de Hipertensión Arterial en docentes de Instituciones Educativas básicas, media y superior, de los Cantones Salinas y La Libertad en la Provincia de Santa Elena (2008-2009).(Tesis). 1 - 5. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de http://www.upse.edu.ec/rcpi/images/RV_REVISTA_CPI_1/5_UNIVERSIDAD.pdf.
- García, N., Cardona, D., Segura, A., & Garzón, M. (15 de Marzo de 2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 1 - 7. doi:10.1016/j.rccar.2016.02.002.
- Gaziano, T., Bitton, A., Anand, S., & Weinstein, M. (Julio de 2009). The global cost of nonoptimal blood pressure. *PubMed*, 27(7), 1472-1477. doi:10.1097/HJH.0b013e32832a9ba3..
- Maldonado, F., Vásquez, V., Loera, J., & Ortega, M. (2015). Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. *ATEN FAM*, 23(2), 48-52. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af162d.pdf>.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Josep, R., Zanchetti, R., Bohm, M., & Christiaens, T. (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial 2013. *Revista Española de Cardiología*, 30(3), 1-94. doi:1016/j.recesp.2013.08.003.
- Martinez, C., Barrera, L., & Rojas, D. (2012). Tesis de Grado. *PROPUESTA EDUCATIVA DE APOYO A LA ADHERENCIA FARMACOLOGICA*. Bogotá, Bogotá, Colombia: bdigital. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/11378/1/catherinearangomartinez.2012.pdf>.

- Muñoz G., Trejo F., Mejía O., Caro B., Salinas A., Estrada M., Rodríguez E. (2009) Evolución de la hipertensión arterial sistémica a enfermedad renal crónica. *Atención Familiar*. México. pp. 45.
- Nair KV, B. D. (2011). Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. *Dovepress*, 5, 195-206. doi:10.2147/PPA.S18481.
- News, A. J. (01 de Septiembre de 2006). Long work hours linked to high blood pressure risk. *Guanfacine.com*, págs. 1-2. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de [http://www.guanfacine.com/news_article.html?tx_ttnews\[tt_news\]=6&tx_ttnews\[backPid\]=69&cHash=9d459c9d15](http://www.guanfacine.com/news_article.html?tx_ttnews[tt_news]=6&tx_ttnews[backPid]=69&cHash=9d459c9d15).
- Pulido Ortega, L. (18 de 09 de 2014). Tesis de grado. *Eficacia de una intervención centrada en el paciente para incrementar la adherencia terapéutica y reducir los errores en la medicación en pacientes polimedicados mayores de 65 años atendidos en el nivel de atención primaria. Estudio AT-EM-AP*. Madrid, Madrid, España: publicaciones@uco.es. doi:0.1016/j.medcli.2013.07.032.
- Romero, T. (Diciembre de 2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despega, y en que medida influye en el control de la Presión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 33(3), 210-214. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v33n3/art07.pdf>.
- Sackett DL, H. R. (31 de Mayo de 1975). Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1(1), 1205-1207. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/48832>.
- Salud, O. M. (2002). Estrategia mundial sobre Régimen alimentario, actividad física y salud. *Informe sobre la salud en el mundo*, 1-24. Recuperado el 15 de 12 de 2016,

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.

Salud, O. M. (2010). *Informe sobre la situación mundial de la enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra: Graphi 4. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.

Salud, O. M. (2013). *Información General sobre la Hipertensión en el mundo*. Ginebra: Meo. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1.

Salud, O. M. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: WHO/NMH/NVI/15.1. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf.

Salud, O. P. (2003). *Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf.

Santamaría, R., & Gorostidi, M. (Mayo de 2013). Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. *Nefroplus*, 5(1), 4-11. doi:10.3265/NefroPlus.pre2013.May.12105.

Zolnierok KB, D. M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *PubMed*, 47(8), 826-834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellidos

Participante:.....

Quién ha informado:.....

Acompañante (tutor o representante legal).....

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: “ESTRATEGIA MOTIVACIONAL SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS HIPERTENSOS, DEL BARRIO LAS GUAYUSAS, 2016”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He leído la Hoja de Información al Paciente, comprendo los riesgos y los beneficios que comporta, que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o solicitar que retiren mis datos y/o muestras siempre que quiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que mi participación en el estudio consiste en: Asistir a las visitas programadas y sesiones individuales i/o grupales informativas, seguir con las pautas indicadas por los dietistas/médicos del estudio y consumir los alimentos proporcionados por los investigadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que los investigadores contacten conmigo nuevamente si soy apto para el estudio a través de los teléfonos que también indico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy permiso para ser informado, a través de mi médico de cabecera, sobre los resultados de las pruebas que me realicen durante el estudio y que sean relevantes para mi salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi permiso para que los investigadores guarden las muestras de sangre y orina en el Laboratorio.....para otros estudios relacionados con la enfermedad cardiovascular y factores de riesgo asociados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que no recibiré un beneficio directo por mi participación en este estudio y que no recibiré ningún beneficio económico en el futuro en el caso en que se desarrolle un nuevo tratamiento o test médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o a las muestras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores si lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firmas

Participante:	Quién ha informado:	Acompañante (tutor o representante legal):

Fecha (/ /): Contacto: En el caso que necesite ponerse en contacto con los investigadores del estudio puede llamar al teléfono [0984167193/098723585] para hablar con el Investigador Principal: [Dr. Elio Galarza Viera].

ANEXO 2.

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica EGGV (Elio Gonzalo Galarza Viera)

Estimado paciente:

Solicito su colaboración para: Estudiar el nivel de cumplimiento, de las indicaciones dadas en la consulta a los pacientes con hipertensión arterial. Le garantizo discreción con los datos que pueda Usted aportar, que son de mucha importancia para mi estudio. Marque con la X la respuesta, según corresponda.

A. Datos Sociodemográficos:

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Raza o Auto identificación:
Indígena____ Mestiza____ Blanca____ Negra____ Montubio____
4. Nivel de escolaridad:
Analfabeta__ Primaria__ Secundaria__ Técnico__ Superior__
5. Ocupación:
Agricultura__ Comercio__ Ama de Casa__ Profesionales__ Otros__
Cuál?_____
6. ¿Cuánto tiempo lleva con hipertensión arterial?
De 1 a 5 años__ De 6 a 10 años__ De 10 a 15 años__
Más de 15 años__
7. ¿Padece otra enfermedad a parte de la Hipertensión Arterial?
Si () No ()

B. Tratamiento No Farmacológico:

8. ¿Sabía Usted que la sal afecta y es dañina para la Hipertensión Arterial?
Si () No ()
9. De estos tipos de alimentos. ¿Cuáles son grasas saturadas y nocivas para su hipertensión arterial?
Papas fritas____ Hamburguesas____ Mayonesa____
Mantequilla____ Queso____ Embutidos____
10. ¿Consume frutas y vegetales diariamente?
Si () No ()
Cuáles?_____
11. ¿Realiza Usted ejercicio o actividad física?
Si () No ()
Cuál?_____
12. ¿Consume cigarrillos?
Si () No ()

C. Adherencia Terapéutica: Según Test de Morisky Green-Levine.

13. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
Si () No ()

14. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
Si () No ()
15. Cuando se encuentra bien. ¿Deja de tomar la medicación?
Si () No ()
16. Si alguna vez le sienta mal. ¿Deja de tomarla regularmente?
Si () No ()
17. Si no ingiere su medicación diariamente. Responda con “Si” o “No”, según sea su caso:
- | | | |
|---|--------|--------|
| a. Razones Económicas: | Si () | No () |
| b. Falta de tiempo | Si () | No () |
| c. Se le olvida | Si () | No () |
| d. Efectos indeseables | Si () | No () |
| e. Desconfianza en la indicación médica | Si () | No () |
| f. Dificultad para obtenerlo | Si () | No () |
| g. No hay seguimiento por el médico | Si () | No () |
| h. Otras causas: | Si () | No () |
18. ¿Cómo se siente Usted con el tratamiento propuesto para su hipertensión?
Bien_____ Regular_____ Mal_____

GRACIAS POR LA COLABORACIÓN

ANEXO 3.

Propuesta de Tabla Resumen de la Estrategia Motivacional

Sesión elementos constitutivos	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
TEMARIO	Definición de Hipertensión Arterial. Importancia de su control	Aprende a reconocer tu enfermedad	Factores de riesgo de la Hipertensión arterial. Conducta responsable.	Principales consecuencias de la Hipertensión arterial.	Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Hipertensión Arterial.	El papel de la personalidad en el manejo, control y evolución de la Hipertensión Arterial.	El papel de la familia en el logro de una conducta responsable hacia la salud y la adherencia terapéutica.
CONTENIDOS O SUMARIOS.	-Principales consideraciones sobre la Hipertensión Arterial. -Medidas individuales para el manejo del paciente hipertenso.	-Principales síntomas de la Hipertensión Arterial -Valores de tensión normal -Conducta a seguir	-Definición y clasificación de Factores de riesgo. -Factores de riesgo relacionados a inadecuados hábitos alimentarios. -Factores de riesgo asociados a la actividad física insuficiente o sedentaria. -Factores de riesgo asociados a hábitos	-Consecuencias de la Hipertensión Arterial para el sistema cardiovascular. -Consecuencias de la Hipertensión Arterial para el sistema renal -Consecuencias de la Hipertensión Arterial para el sistema nervioso central	-Cambios en los estilos de vida: sedentarismo, hábitos alimenticios incorrectos, hábitos tóxicos y stress. -Manejo de recursos psicológicos breves para el afrontamiento a las emociones. -Principales grupos farmacológicos para el manejo de la enfermedad:	-La personalidad como factor protector o agravante del cuadro de la salud. -Tipos de personalidad predispuestos a la salud o a la enfermedad. -La motivación y la toma de decisiones como instancias reguladoras del	-La participación de la familia en el cumplimiento de las acciones de salud por el paciente. -Orientaciones para el manejo familiar de los sujetos hipertenso.

			<p>nocivos: tabaquismo.</p> <p>-Factores de riesgo vinculados a las situaciones emocionales y el stress.</p> <p>-Orientaciones para la observación y control de los factores de riesgo.</p>			<p>proceso salud enfermedad.</p> <p>-Las cualidades volitivas de la personalidad y la comprensión de la necesidad de cambio cuando las acciones que se realizan son inadecuadas.</p>	
OBJETIVOS.	-Ofrecer información actualizada acerca de la Hipertensión Arterial como problema de salud.	-Aprender a identificar los valores de tensión arterial normal y los síntomas más frecuentes.	-Incrementar el conocimiento de los participantes sobre los factores de riesgo para la salud y su asociación con la Hipertensión Arterial.	-Suministrar información a los participantes sobre las principales consecuencias de la Hipertensión Arterial sobre los órganos diana.	-Brindar conocimiento actualizados sobre las pautas principales del tratamiento no farmacológico. -Explicar los diferentes grupos farmacológicos y las principales indicaciones y reacciones adversas.	-Contribuir a lograr en los pacientes una visión integral del proceso salud enfermedad y de la importancia de los aspectos psicológicos y sociales. -Sensibilizar a los sujetos con el papel de la motivación, toma de decisiones y autorregulación de la conducta.	-Consolidar los conocimientos adquiridos durante las sesiones anteriores. - Integrar a la familia a las acciones que se realicen para el logro de la adherencia terapéutica.

<p>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</p>	<p>-Presentación de la propuesta de intervención educativa a los participantes</p> <p>-Ajuste de las expectativas del grupo.</p> <p>-Presentación grupal y de los responsables</p> <p>-Desarrollo del tema</p>	<p>-Toma de signos vitales</p> <p>- Descripción del cuadro clínico y principales síntomas de la enfermedad</p> <p>-Indicaciones para manejo de la enfermedad ante los primeros signos de alarma</p>	<p>Establecimiento de una jerarquía colectiva de necesidades de información e inquietudes del paciente hacia su enfermedad.</p> <p>-Discusión de situaciones problemáticas sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.</p>	<p>-Se proyectará un video sobre: “Daño Neurológico por la Hipertensión Arterial”</p> <p>-Se solicitarán opiniones de los participantes.</p>	<p>-Taller de discusión sobre los tipos de tratamiento de la Hipertensión Arterial.</p> <p>-Conversatorio con un paciente de la comunidad que haya logrado un adecuado control de su Hipertensión Arterial.</p>	<p>-Conferencia dialogada problematizada.</p>	<p>-Consolidación de los aprendizajes anteriores.</p> <p>-Actividad grupal para la inclusión de la familia en las acciones de salud que promuevan la adherencia terapéutica.</p>
<p>MÉTODOS Y TÉCNICAS</p>	<p>-Técnica participativa: presentación en parejas</p> <p>-Trabajo en grupos pequeños para determinar.</p> <p>-Charla educativa sobre: Definición de la Hipertensión Arterial. Importancia de su control.</p>	<p>- Demostración.</p> <p>- Dramatizaciones</p> <p>- Método de caso</p>	<p>-Trabajo grupos para definir prioridad en el tratamiento</p> <p>-Lluvia de ideas para la definición de los factores de riesgo.</p> <p>- Trabajo en grupos para la solución de situaciones problemáticas.</p>	<p>-Video debate</p> <p>-Discusión grupal a partir de una guía de observación del video.</p>	<p>-Discusión grupal.</p> <p>-Conversatorio</p> <p>-Análisis documental: revisión de historia clínica.</p>	<p>-Técnicas participativas</p>	<p>-Completamiento de frases relacionadas a los aprendizajes adquiridos.</p> <p>-Dinámica grupal con participación del paciente y su familia.</p> <p>-Conversatorio</p>

RESPONSABLE	Médico familiar y comunitario	Médico familiar y comunitario	Médico Familiar y comunitario	Médico Familiar y comunitario	Médico Familiar y comunitario	Médico Familiar y comunitario	Médico Familiar y comunitario
RECURSOS, MATERIALES Y SOPORTE TÉCNICO	-Infocus -Papelografo	-Tensiómetro -Estetoscopio -Papelógrafo	-Infocus -Papelografo -Afiches	-Video -Televisor -Computadora portátil.	-Infocus -Laptop -Fragmentos de historias clínicas	-Infocus -Papelografo	-Papelografo -Infocus
TIEMPO DE DURACIÓN	40 minutos	40 minutos	40 minutos	40 minutos	40 minutos	40 minutos	40 minutos
RESULTADOS ESPERADOS	-Favorecer la disposición y motivación de los participantes para integrarse a las sesiones. -Incrementar el conocimiento de los participantes sobre la Hipertensión Arterial y la importancia de su control.	-Aprender a tomar sus cifras tensionales. -Reconocer los principales síntomas anticipatorios de la enfermedad y la conducta inmediata ante los signos de alarma.	-Reconocer los principales factores de riesgos para la Hipertensión -Dar soluciones a los problemas de salud identificados según sus experiencias. -Reconocer las ventajas del trabajo grupal y del análisis crítico ante las conductas inadecuadas	Apropiarse del conocimiento científico sobre las consecuencias de la Hipertensión. -Comprender la importancia de la sistematicidad y disciplina en el cumplimiento de las indicaciones médicas.	-Lograr la comprensión sobre la necesidad de la adherencia terapéutica aumentando su grado de responsabilidad. -Incrementar la motivación y la posibilidad de tomar decisiones relacionadas al cumplimiento de los diversos tratamientos.	-Motivación para el cumplimiento de las indicaciones médicas y el logro de una mayor adherencia terapéutica. -Aumentar el grado de responsabilidad y comprensión del papel de las diversas instancias de la personalidad en el afrontamiento de los problemas de salud.	-Incorporar los aprendizajes adquiridos durante la intervención. -Brindar a la familia herramientas y orientaciones que le permitan colaborar con el logro de la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.

