

## FACTORES CONDICIONANTES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN POBLACIÓN HIPERTENSA

### DETERMINANING FACTORS AND ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN A HYPERTENSIVE POPULATION

**Angelina Dois\***

Enfermera Matrona, Terapeuta Familiar y de Parejas, Mg. en Psicología de la Salud, UC. Profesora Asociada, Departamento de Salud del Adulto y Senescente, Escuela de Enfermería, UC. Santiago - Chile

Artículo recibido el 16 de marzo, 2009. Aceptado en versión corregida el 12 de junio, 2009

#### **RESUMEN**

*La hipertensión arterial [HTA] ha sido definida como uno de los 16 problemas prioritarios de salud en Chile debido a sus altas tasas de prevalencia y su asociación con morbilidad cardiovascular. Se ha comprobado que un tratamiento efectivo produce una significativa disminución de la morbilidad y mortalidad asociada a eventos cardiovasculares y cerebro vasculares. Sin embargo, la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, lo que dificulta la instalación de las medidas necesarias para su control. El objetivo de la presente investigación fue realizar un diagnóstico de enfermería en relación a los factores involucrados en la adherencia al tratamiento de personas hipertensas en control en un centro de salud ambulatorio de Santiago, para lo cual se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. A los participantes se les aplicó un instrumento para recolectar información sobre representación de enfermedad, adherencia a tratamiento, creencias relacionadas con la hipertensión y su tratamiento y literacidad. La muestra estuvo formada mayoritariamente por mujeres. Los principales problemas detectados se relacionaron con la representación del tratamiento farmacológico. **Palabras clave:** hipertensión arterial, adherencia a tratamiento, diagnóstico de enfermería.*

#### **ABSTRACT**

*Arterial hypertension [HTA] has been defined as one of 16 priority health problems in Chile because of high rates of prevalence and its association with cardiovascular morbidity-mortality. It has been proven that effective treatment produces a significant decrease in the morbidity and mortality associated with cardiovascular events and stroke. Nevertheless, arterial hypertension is a silent disease and this situation hinders the installation of measures necessary for its control. The aim of this study was to conduct a nursing diagnosis in relation to the factors involved in treatment adherence of hypertensive persons being seen in an ambulatory health center in Santiago. A descriptive transversal study was done. An instrument was applied with the participants to gather information about the disease's representation, treatment adherence, beliefs related to hypertension and its treatment and literacy. The sample was principally composed of women. The principal problems detected were related to the representation of pharmacological treatment. **Key words:** arterial hypertension, treatment adherence, nursing diagnosis.*

\* correspondencia e-mail: adois@uc.cl



## INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular [ECV] es la principal causa de muerte de población adulta en la mayoría de los países (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002), calculándose que en el período 2000 - 2010 fallecerán cerca de 20.7 millones de personas víctimas de las mismas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002).

Según los pronósticos, en los próximos veinte años la mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebro-vasculares en América Latina aumentará cerca de tres veces (Yach, Hawkes, Gould, & Hofman, 2004), siendo la hipertensión arterial uno de los factores de riesgo más importantes para dichos cuadros, con una prevalencia entre 8% y 30% para los habitantes de la región (OPS, 2002), la que se eleva a cifras entre el 43% y 54% en personas mayores de 60 años (Yach, et al., 2004).

En Chile, las ECV son la primera causa de muerte desde 1969, llegando al 27.6 % en el año 2001, lo que equivale a que una de cada tres muertes sea de causa cardiovascular y correspondan a la tercera causa de años de vida perdidos prematuramente (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2003). Por esta razón, la hipertensión arterial es considerada como uno de los 16 problemas de salud prioritarios definidos por el Ministerio de Salud desde 1997, con una Tasa de Mortalidad ajustada por edad y sexo de 15 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud [MINSAL], 2005).

Según la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2003), su prevalencia poblacional total es de 33,7%, siendo mayor en hombres que en mujeres (36,7% y 30,8% respectivamente) con un aumento progresivo a partir de los 45 años (MINSAL, 2005). Por otro lado, esta misma Encuesta dio a conocer que el 60% de las personas a las que se les detectó hipertensión arterial conocían su condición, pero solo el 36% estaba en tratamiento y de ellos, el 33% estaba normotenso (MINSAL, 2003), lo que se traduce en una carga importante para el nivel primario de salud, sobre todo al considerar que la HTA es la primera causa de consulta

en este nivel de atención (Rojas, Montero, & Moore, s.f.).

Entre las recomendaciones terapéuticas propuestas por el Ministerio de Salud, se encuentran aquellas orientadas al tratamiento farmacológico y aquellas medidas tendientes a modificar hábitos de salud, entre las cuales se considera disminuir el consumo de alcohol y tabaco, modificar la ingesta de frutas, verduras y sal y aumentar el ejercicio físico, ya que se ha comprobado que un tratamiento efectivo de la hipertensión arterial produce una significativa disminución de la morbilidad y mortalidad asociada a accidentes vasculares encefálicos (35% a 40%), a infarto agudo al miocardio (20% a 25%) y a insuficiencia cardiaca (50%) en los pacientes (MINSAL, 2005).

Sin embargo, la hipertensión es una enfermedad silenciosa, que permanece la mayor parte del tiempo asintomática, lo que se traduce en una mayor dificultad al momento de instalar las medidas necesarias para su control. En este grupo de usuarios la promoción de la adherencia al tratamiento se hace relevante para el éxito de las medidas terapéuticas y el pronóstico de la enfermedad (Mc Donald, Garg, & Haynes, 2002), tarea fundamental dentro del quehacer de la enfermera en todos los niveles de atención.

La adherencia se puede definir en relación al tiempo que una conducta se mantiene en concordancia con el consenso médico respecto de ella (Mc Donald et al., 2002). Esta adherencia depende no solo del tipo de enfermedad, sino de múltiples determinantes sociales y del contexto temporal en que se dan, las que deben ser consideradas para comprender a cabalidad la conducta que se desea promover (Leventhal, Lambert, Diefenbach, & Leventhal, 1997).

Meichenbaum y Turk (citados en Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2006) identificaron cuatro variables relacionadas con la adherencia al tratamiento:

- Variables del paciente como características de la persona, falta de comprensión, apatía y pesimismo, creencias relacionadas con salud, insatisfacción con el pro-



- fesional o el tratamiento, falta de apoyo social, ambiente poco reforzador, etc.
- Variables de la enfermedad como trastornos crónicos con ausencia de sintomatología manifiesta o estabilidad de los síntomas.
  - Variables del tratamiento como características de las recomendaciones terapéuticas, duración del tratamiento, efectos secundarios, etc.
  - Variables de la relación terapéutica como fallas en la comunicación, insatisfacción del paciente y supervisión pobre.

Algunos modelos teóricos han intentado explicar cómo es que algunas de las variables descritas se relacionan con la adherencia a los tratamientos. Es así que en el caso de las enfermedades crónicas, la representación de enfermedad influye en la comprensión del tratamiento y la adherencia a este ya que esta va a ir sufriendo modificaciones para ajustarse a la evolución de la misma y va a influir directamente en el ajuste al régimen terapéutico prescrito (Leventhal et al., 1997). El modelo de Autorregulación sugerido por el mismo autor propone la influencia de cinco dominios específicos: identidad, temporalidad, control, congruencia y emocionalidad, a partir de los cuales se construye la representación de enfermedad tanto en un nivel abstracto, asociado al conocimiento, como a un nivel concreto asociado a la percepción que se tiene de la experiencia de la enfermedad, siendo ambos niveles mutuamente influyentes.

Otro factor que influye en la adherencia a los tratamientos son las creencias en salud. Desde la perspectiva del Modelo de Creencias en Salud se plantea que las personas realizarán determinadas conductas si es que existen niveles mínimos de motivación y de información relevantes para su salud, si se sienten potencialmente vulnerables o perciben cierto grado de severidad en la enfermedad y si perciben cierto grado de efectividad en el tratamiento (Holguín et al., 2006).

Por último, no debe dejar de considerarse dentro de las variables personales que

influyen en la adherencia a los tratamientos la literacidad en salud de los usuarios. Esta variable ha sido definida como el grado en que los individuos están capacitados para obtener, comprender y utilizar información de salud básica y los servicios que requieren para tomar decisiones de salud apropiadas (Nielsen-Bohman, Panzer, & Kindig, 2004). La evidencia sugiere que existe una alta asociación entre niveles bajos de literacidad y el incremento del uso de los servicios de salud, la disminución del uso de prestaciones preventivas y resultados de salud pobres en personas con enfermedades crónicas (Morris, MacLean, Chew, & Littenberg, 2006). Por lo tanto, en la adherencia a los tratamientos intervienen múltiples factores que hacen aún más difícil su abordaje, en ese sentido, la investigación ha demostrado que para lograr cambios en las conductas de las personas, las estrategias deben incluir intervenciones en distintos niveles, incluyendo la educación en salud (Mensah et al. 2006), por lo que el diseño, planificación e instalación de las mismas requiere de una adecuada valoración de las necesidades de la población y de los factores que pueden intervenir en el logro de los objetivos terapéuticos. Por esta razón el propósito de la presente investigación fue realizar un diagnóstico de enfermería en relación a los factores que intervienen en la adherencia a tratamiento de personas hipertensas en control en un centro de salud ambulatorio de Santiago que sirviera de base para posteriormente diseñar una estrategia de intervención de enfermería destinada a promover la adherencia al tratamiento de los usuarios en control por hipertensión arterial.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

Estudio descriptivo de corte transversal.

### **Participantes**

Muestra intencionada de 36 personas que asistieron a control de su enfermedad hipertensiva y que firmaron un Consenti-



miento Informado para participar de manera anónima y confidencial en el estudio.

### Procedimiento

Para hacer el diagnóstico de enfermería se aplicó un instrumento de recolección de datos sobre representación de enfermedad, adherencia a tratamiento, creencias relacionadas con la hipertensión y su tratamiento y literacidad construido para dicho propósito.

### Instrumento

El instrumento de recolección de datos consta de 7 ítems. El primero recoge los antecedentes sociodemográficos de la persona entrevistada, el segundo ítem corresponde a la versión abreviada del Revised Illness Perception Questionnaire [IPQ-R] (Moss-Morris et al., 2002) instrumento de acceso libre que permite evaluar la opinión de las personas sobre la hipertensión arterial. Esta escala evalúa las cinco dimensiones cognitivas y emocionales de la representación de la enfermedad propuestas en el modelo de Leventhal a partir de preguntas que son valoradas mediante una escala tipo Lickert de cuatro puntos. Las características psicométricas del IPQ-R se han estudiado en distintas poblaciones y su versión española fue validada en por Beléndez, Bermejo y García el 2005, quienes encontraron niveles de consistencia interna y validez adecuados para todas sus dimensiones.

El tercer y quinto ítem corresponden a la escala de creencias sobre la medicación en general y específica del Beliefs about Medicines Questionnaire [BMQ] (Beléndez, Hernández, Horne, & Weinman, 2007), también de libre acceso y que reúne los factores asociados al abuso y daño producido por los medicamentos en general y los factores asociados a la necesidad y preocupación asociados al uso de medicamentos específicos. Las preguntas son evaluadas mediante una escala tipo Lickert de cuatro puntos. Este instrumento fue validado en su versión española por Beléndez et al. el 2007, con niveles de consistencia interna y validez adecuados para todas sus dimensiones.

El cuarto ítem corresponde a una encuesta breve sobre creencias relacionadas con la hipertensión arterial, el sexto ítem evalúa adherencia a tratamiento farmacológico a partir de siete preguntas que se responden con una escala tipo Lickert de cuatro puntos y por último, el séptimo ítem evalúa literacidad a través del uso de la pregunta única validada por Morris et al. el 2006 y de las respuestas asociadas a preguntas sobre medicamentos y contenidos de sal en los alimentos a partir de la observación de una receta y una etiqueta nutricional tipo.

En la primera etapa del proceso se realizó la validación del contenido del instrumento, ajustando los cuestionarios a un lenguaje del tipo coloquial según la realidad de los usuarios de la atención primaria chilena, luego de lo cual se hizo una aplicación piloto del mismo a usuarios de centros de atención primaria pertenecientes al programa cardiovascular para asegurar la comprensión de su contenido y de la escala de respuestas.

### Aplicación del instrumento

Previo a la aplicación del instrumento, a cada uno de los participantes se les solicitó la firma de un Consentimiento Informado. En el formulario de consentimiento informado se daba a conocer el objetivo de la investigación, el tipo de colaboración que se esperaba de ellos, las condiciones de anonimato y el carácter voluntario de su participación. También se indicaba el correo electrónico y teléfono de contacto de las investigadoras responsables con el objeto que se pudiera dirigir cualquier comentario o duda sobre la investigación (Tabla 1).

### RESULTADOS

Los resultados se analizaron a partir de medidas de tendencia central usando el programa Microsoft Office Excel 2007. La muestra estuvo constituida por 11% de hombres y 89% de mujeres. La edad promedio fue de 66,8 años con un rango entre 49 y 87 años y una desviación estándar de 7,07. Según estado civil, los casados y viudos correspondían al 38,9% respectivamente, el 16,7% solteros y el 5,5% mantenían una convivencia estable.



Según nivel educacional, el 44,4% tenía educación media incompleta, el 16,7% educación básica incompleta, el 11,1% tenía educación básica completa y media completa respectivamente, el 5,5% educación superior y el 5,5% era analfabeta.

Según ocupación, el 33,3% eran dueñas de casa, el 22,2% jubilados, el 11,1% eran comerciantes y personal auxiliar de enfermería y el 22,2% desarrollaba otras actividades como modas y costuras y choferes de locomoción colectiva.

Con relación a la previsión, el 38,8% pertenecía al Fondo Nacional de Salud [FONASA] A, el 27,8% a FONASA B, el 5,5% a FONASA C y D respectivamente y un 22,2% no tenía previsión.

Con relación a los antecedentes mórbidos de la muestra, la mayor comorbilidad de presentó con Diabetes Mellitus y patologías osteoarticulares (38,9% y 33,4% respectivamente).

Con relación a la hipertensión arterial, el 100% había recibido el diagnóstico de un médico, con un promedio de años de evolución de la enfermedad de 13,6 años y un rango entre 2 y 42 años. Del total de usuarios, el 88,9% tomaba medicamentos para el control de la enfermedad (antihipertensivos, diuréticos y antiagregantes plaquetarios) con un tiempo promedio de uso de 13,3 años.

Con relación a la frecuencia a controles de salud, el 91,6% de la muestra asistía a control con una frecuencia entre un y tres meses, el 16,7% con una frecuencia entre nueve y doce meses, el 11,17% con una frecuencia entre seis y nueve meses y el 5,6% con una frecuencia entre tres y seis meses. El 5,6% asistía a control de salud solo cuando lo necesitaba. El 89% asistía a control en la fecha indicada, el resto se mantenía inasistente solo cuando se veía aquejado por una enfermedad aguda.

### Opiniones sobre la Hipertensión arterial

Los resultados sobre representación de enfermedad acuerdo a las dimensiones evaluados mostraron las siguientes características (Tabla 1).

**Temporalidad.** Este ítem tuvo respuestas que muestran que no existen dificultades en el entendimiento del curso crónico de la enfermedad, sin embargo, se encontró una distribución más amplia de respuestas asociadas a la mejoría del cuadro en el tiempo, la que a su vez fue asociada al efecto de los fármacos en la disminución de los síntomas.

**Identidad.** No hubo respuestas que reflejaran dificultades en la identidad de la enfermedad.

**Control.** En este ítem llama la atención que la mayoría de los entrevistados percibieran que el tratamiento sería eficaz para curar la hipertensión. Este resultado se contrapone con lo encontrado en el ítem de temporalidad.

**Consecuencias.** Este ítem muestra que las personas encuestadas tienen conciencia de las consecuencias de la enfermedad y destaca el alto grado de respuestas que muestran que las personas saben que ellas tienen un rol central en el manejo del curso y de las consecuencias de la enfermedad sobre sus vidas.

**Emocionalidad.** En general no se reportaron efectos emocionales como sentimientos de depresión, nerviosismo o preocupación asociados a la hipertensión. Sin embargo, la muestra ofrece una frecuencia elevada de respuestas que dan cuenta de emocionalidad asociada al enojo por presentar esta enfermedad.

### Opiniones sobre el tratamiento de la Hipertensión arterial

De los resultados obtenidos destaca que un 44,4% de las respuestas refleja que existe preocupación asociada al hecho de tener que consumir medicamentos. Además, el 50% de las respuestas refleja preocupación por las consecuencias que pueda tener tomar medicamentos durante tanto tiempo, lo que se puede asociar a que el 50% siente preocupación ante el hecho de llegar a depender de los medicamentos que consume. El 61,1%



refiere que los medicamentos que consume son "un misterio". Sin embargo el 88,9% reconoce que su salud depende del consumo de estos remedios ya que el 77,7% reconoce que estos evitan que su salud empeore (Tabla 2).

### **Creencias asociadas a la Hipertensión Arterial**

Creencias asociadas a la causalidad de la enfermedad: La Tabla 1 muestra la distribución de causas que la población estudiada refirió como asociadas a la ocurrencia de hipertensión arterial. Se destaca que la mayoría reconoce como agente causal al estrés, los problemas y malos ratos, el exceso de preocupaciones, la ansiedad y el nerviosismo. Sin embargo también destaca un alto reconocimiento de la causalidad asociada a herencia.

**Creencias asociadas a las consecuencias de la enfermedad.** En este ítem destaca que la gran mayoría reconoce consecuencias asociadas a enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, entre ellas el infarto, la trombosis, el accidente cerebrovascular y la invalidez asociada a este último cuadro.

**Creencias asociadas a las probabilidades de ocurrencia de complicaciones asociadas a la enfermedad.** En este punto se observa una distribución normalizada de la curva, con un 44,4% de las respuestas que reflejan que se las personas se perciben con las mismas probabilidades que otras personas de su misma edad de tener complicaciones asociadas a la enfermedad hipertensiva.

**Creencias asociadas al uso de tratamientos alternativos para el control de la enfermedad.** El 77,8% de la muestra no usaba ni había usado tratamiento alternativos, distintos a los indicados por el médico, para el control de la hipertensión. El resto había usado hierbas (hojas de olivo, hoja de alcachofa, matico, toronjil cuyano, llantén,

agua de tuna, uña de gato, pelo de choclo y perejil) o jugos de frutas cítricas (jugo de pomelo y limón).

**Opinión sobre los medicamentos en general.** Los resultados obtenidos en este ítem muestran que la mayoría de las personas (61,1%) considera que los medicamentos producen acostumbamiento, lo que hace que se mantengan opiniones divididas en relación a la necesidad de "descansar" de los fármacos para luego reiniciar el consumo (Tabla 3).

Por otro lado, llama la atención que la mayoría (44,4%) piensa que si los médicos tuvieran más tiempo recetarían menos fármacos y en ese sentido, las opiniones se encuentran distribuidas ampliamente en relación a la cantidad de medicamentos que los médicos recetan.

**Adherencia a tratamiento antihipertensivo.** La mayoría tuvo respuestas que reflejan un alto grado de adherencia al tratamiento farmacológico indicado para el control de la hipertensión arterial (Tabla 4).

Con relación a las prácticas asociadas a no olvidar la ingesta de medicamentos destaca que el 38,9% definió un horario asociado a las horas que corresponden al desayuno y/o el almuerzo. Entre las otras prácticas se encuentra el almacenamiento de los medicamentos en lugares previamente definidos y de acceso frecuente.

Entre las razones a las que se le adjudica el olvido de alguna dosis en el horario estipulado se encuentra el levantarse apurado, tener que permanecer en ayunas o encontrarse ejecutando muchas tareas de manera simultánea.

**Literacidad.** Los resultados mostraron una literacidad baja en el 33,3% de las respuestas a la pregunta ¿cuántas veces necesita que alguien le ayude a leer o a comprender las recetas que le da el doctor o enfermera relacionados con su tratamiento para la Hipertensión Arterial?

Con relación a la capacidad para comprender las indicaciones contenidas en las



recetas médicas en relación a dosis y frecuencia de ingesta de fármacos, el 72,2% no evidenció dificultad.

Con relación a la capacidad para identificar las diferencias en la concentración de sodio en las etiquetas nutricionales de los alimentos, el 50% no evidenció dificultad y el 27,7% no entiende la información contenida en dichas etiquetas.

## **DISCUSIÓN**

La muestra estuvo formada en casi un 90% por mujeres con un promedio de edad de 66,8 años, la mayoría casados o viudos con educación media incompleta, dueñas de casa o jubilados, pertenecientes a FONASA A.

La mayor comorbilidad asociada fue con Diabetes Mellitus y problemas osteoarticulares. El 100% de los sujetos de la muestra fue diagnosticado de hipertensión arterial por un médico y la mayoría ingiere medicamentos antihipertensivos, además la mayor parte tiene una adherencia alta a la ingesta de medicamentos y controles de salud.

Los principales problemas detectados se relacionan con el tratamiento farmacológico. La mayoría piensa que los medicamentos le pueden ayudar a curar su enfermedad a pesar que manejan cognitivamente el concepto de enfermedad crónica y describen a la hipertensión dentro de esta categoría. Por otro lado, la mayoría se siente preocupada ante el hecho de tener que consumir medicamentos asociados a la creencia que los medicamentos producen dependencia. En esa misma línea, se observa una alta frecuencia de respuestas que reconocen que es necesario descansar de los medicamentos cada cierto tiempo para luego reiniciarlo, resultado que se contrapone con la adherencia reportada a los fármacos. Sin embargo, el 88,9% reconoce que su salud depende del consumo de los medicamentos ya que el 77,7% reconoce que estos remedios evitan que su salud empeore.

Si bien no se encontraron resultados similares en la literatura, sí es posible identificar que las creencias en general son poderosos predictores de la adherencia al

tratamiento de los cuadros hipertensivos (Granados & Gil, 2007).

Dentro de las causas a las que asocian el hecho de haber desarrollado hipertensión arterial la mayoría reconoce como agente causal al estrés, los problemas y malos ratos, el exceso de preocupaciones, la ansiedad y el nerviosismo, lo que concuerda con lo encontrado por Acosta, Debs, De la Noval y Dueñas (2005) en su estudio de creencias en población hipertensa. Sin embargo, también destaca que un alto porcentaje de los participantes reconoce la herencia como causalidad asociada.

Con relación a la emocionalidad asociada la mayoría de las personas se describe como enojada frente a esta condición de salud.

Con relación a la literacidad de los sujetos de la muestra, esta se encuentra en un nivel alto en relación a los medicamentos, no así en relación a la información contenida en las etiquetas nutricionales lo que se evidencia en que un 30% de la muestra desconoce el significado de esta, lo que es relevante ya que la literacidad es una variable que ha sido reportada por otros autores como un potente predictor de los resultados en salud de personas (Berckman et al., 2004; Nath, 2007, citados en Bustamante, Alcajaga, Campos, Urrutia, & Lange, 2008).

De los resultados obtenidos se puede concluir la presencia de dos problemas potenciales sobre los cuales la enfermera puede intervenir:

Existen ciertas condiciones que pueden afectar la adherencia al tratamiento farmacológico relacionado con las creencias asociadas al consumo prolongado de fármacos y al potencial poder curativo de los mismos.

Existe una literacidad disminuida en relación a la información nutricional contenida en las etiquetas de los alimentos lo que se puede traducir en una dificultad para llevar a cabo medidas dietarias para el control de la enfermedad hipertensiva como por ejemplo las restricciones de sal en los alimentos.

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la valoración de la población estudiada, se puede definir que el diagnóstico



de enfermería prioritario en este grupo es *Riesgo de no adherencia a tratamiento farmacológico a largo plazo debido al modelo de representación del tratamiento y creencias en salud de las personas hipertensas en control del estudio*.

En síntesis, existe gran cantidad de evidencia que permite concluir que la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es un fenómeno complejo y multifactorial. Para el abordaje del problema es primordial considerar intervenciones en lo individual, colectivo y contextual, ya que medidas aisladas y centradas solo en uno de estos aspectos, se traducirán en cambios transitorios y sin efecto en el largo plazo.

Si bien hay experiencias con este tipo de intervenciones, no existen publicaciones suficientes que puedan dar fuerza y orientar políticas públicas, recursos estatales y privados para el desarrollo de estos programas y, peor aun, no hay o no se encuentran con facilidad estudios longitudinales randomizados de intervenciones, tanto en población normotensa como hipertensa. Se hace relevante entonces en su implementación la evaluación de resultados y la difusión de los mismos sobre todo si se considera el impacto que puede tener en la salud y calidad de vida de la población al intervenir sobre un problema prioritario y relevante de salud y responsable de gran parte de la morbimortalidad cardiovascular en nuestro país y en el mundo.

Dentro de las limitaciones que deben considerarse en este tipo de intervenciones no puede obviarse que a nivel individual, se requiere de un proceso de cambio de actitud, que permita el paso del conocimiento al cambio de conducta de manera que los usuarios se transformen en agentes activos y sostenidos de su autocuidado.

La enfermera adquiere, por lo tanto, un rol fundamental a través de la educación para la salud, incluida tanto en acciones promocionales como preventivas, que junto a un buen diagnóstico de enfermería de la condición de salud de las personas y de sus necesidades educativas, se constituyan en la base de programas eficaces y eficientes

que den respuesta a las necesidades de la población y a la realidad epidemiológico de nuestro país.

El diseño e implementación de intervenciones de enfermería basadas en sólidos constructos teóricos y en modelos educativos ajustados a las características de la población objetivo, permitirán a la enfermera trabajar eficiente y efectivamente con las personas, elevando su calidad de vida y disminuyendo los riesgos asociados a la enfermedad hipertensiva, ya que en la medida que las personas con hipertensión arterial incorporen información relevante respecto del tratamiento farmacológico de su enfermedad, modificarán paulatinamente la construcción de la representación de esta y de su tratamiento, lo que podría traducirse a su vez en la ejecución de conductas que actúen como reforzadoras de las conductas de autocuidado tendientes a adherir de mejor manera a él.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M., Debs, G., De la Noval, R., & Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3). Recuperado el 10 de junio, 2009, de: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21\\_3\\_05/enf08305.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf)
- Beléndez, M., Bermejo, R. M., & García, M. D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324.
- Beléndez, M., Hernández, A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 767-779.
- Bustamante, C., Alcayaga, C., Campos, S., Urrutia, M., & Lange, I. (2008). Lite-



- racidad en salud para personas con condiciones de salud crónicas. *Horizonte*, 19(2), 97-103.
- Chile, Ministerio del Interior. Instituto Nacional de Estadísticas (2003). *Compendio estadístico*. Recuperado el 5 de noviembre, 2007, de: <http://www.ine.cl/20compendio/2003/prevision.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Recuperado el 18 de octubre, 2006, de <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm>
- Chile, Ministerio de Salud. (2005). *Guía Clínica de Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 años o más*. Santiago, Chile: Autor.
- Granados, G., & Gil, J. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(3), 393-403.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un Programa de Intervención Biopsicosocial. *Universitas Psicológica*, 5(3), 535-548.
- Leventhal, H., Lambert, J., Diefenbach, M., & Leventhal, E. (1997). From compliance to social-self-regulation: Models of the compliance process. En B. Blackwell (Ed.), *Treatment compliance and the therapeutic alliance* (pp. 17-33). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Mensah, G., Goodman, R., Zaza, S., Moulton, A., Kocher, P., Dietz, W. et al. (2004). Law as a Tool for Preventing Chronic Diseases: Expanding the Spectrum of Effective Public Health Strategies. Preventing Chronic Disease. *Public Health Research, Practice and Policy*, 1(2), A11. Recuperado el 5 de octubre, 2007, de: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03\\_0033.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0033.htm)
- Mc Donald, H., Garg, A., & Haynes, B. (2002). Interventions to enhance patient Adherence to Medication Prescriptions. *Journal of American Medical Association*, 288(22), 2868-2879. Recuperado el 13 de agosto, 2007, de: <http://jama.amaassn.org/cgi/content/full/288/22/2868#ACK>
- Morris, N., MacLean, C., Chew, L., & Littenberg, B. (2006). The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *Bio Med Central Family Practice*, 7-21. Recuperado el 5 de octubre, 2007, de: <http://www.biomedcentral.com/14712296/7/21>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire [IPQ-R]. *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., & Kindig, D. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). World Health Report 2002. *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La salud en las Américas*. Washington, D.C.: Autor.
- Rojas, P., Montero, J., & Moore, P. *Hipertensión Arterial. Temas de Medicina Ambulatoria*. Recuperado el 2 de diciembre, 2005, de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/medamb/hipertensionarterial.html>
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, L., & Hofman, K. (2004). The Global Burden of Chronic Diseases. *Journal of American Medical Association*, 291(21), 2616-2622. Recuperado el 26 de abril, 2007, de: <http://jama.amaassn.org/cgi/content/full/291/21/2616>



**Tabla 1.** Frecuencia de opiniones sobre la hipertensión arterial.

Opiniones sobre su Hipertensión	Está de acuerdo			
	nada	poco	bastante	mucho
Es probable que su hipertensión sea para toda la vida	2	2	2	30
Su Hipertensión durará mucho tiempo		2	6	28
Va a tener problemas por la Hipertensión el resto de su vida	4		2	30
Su Hipertensión mejorará con el tiempo	8	8	8	10
La Hipertensión es grave		4	2	30
La Hipertensión provoca serias consecuencias en su vida	6	2	6	22
La Hipertensión afecta bastante la opinión que los demás tienen de usted	18	4	4	10
Tener Hipertensión le provoca serias consecuencias económicas	20		8	8
Su Hipertensión causa problemas a las personas que viven con usted	16	10	2	6
Lo que usted haga puede determinar que su enfermedad mejore o empeore	2	4	6	24
La evolución de su Hipertensión depende de usted	2	4	2	28
Usted puede influir sobre su Hipertensión	4	4	4	24
Su tratamiento será eficaz para curar su Hipertensión	8	4	8	16
Los efectos negativos de la Hipertensión pueden ser evitados con su tratamiento	10	2	4	20
Su tratamiento puede controlar su Hipertensión manteniendo su presión arterial baja	2		4	30
Su tratamiento sirve para prevenir las complicaciones de la Hipertensión	2	2	2	30
El tratamiento para la Hipertensión es para toda la vida			2	32
Usted tiene periodos en que los síntomas aparecen y desaparecen	8		4	22
Su Hipertensión es muy impredecible (no es constante)	10		6	20
Usted pasa por periodos en que su presión puede estar mejor y otros en que está peor	2	2	6	26
Su presión sube y baja en forma significativa de un día para otro	16	4	2	12
Usted sabe con seguridad cuándo tiene la presión alta	8		4	24
Algunas veces usted puede darse cuenta que tiene la presión alta sin haberse tomado la presión	6	2	2	26
Se deprime por tener Hipertensión	26	4	2	4
Se altera cuando piensa en su Hipertensión	26	2	6	2
Se enoja por tener Hipertensión	48	4	2	2
Usted se siente nervioso por tener Hipertensión	20	4	2	10
Usted está preocupado por tener la presión alta	12	4	8	12



**Tabla 2.** Frecuencia de opiniones sobre el tratamiento de la Hipertensión arterial.

Opiniones sobre el tratamiento para la Hipertensión	Está de acuerdo			
	No	Poco	Bastante	Sí
Su salud, tal como está hoy, depende de sus medicamentos			8	28
Le preocupa tener que tomar remedios	18	2	2	16
Puede hacer su vida normal sin tomar sus remedios	18	8	2	8
Sin tomar sus remedios estaría muy enfermo	2	14		20
A veces le preocupan las consecuencias que pueda tener el tomar medicamentos durante tanto tiempo	16		4	16
Sus remedios son un misterio para usted	14			22
Sus remedios alteran su vida	24	2		10
A veces le preocupa llegar a depender de sus remedios	14	2	2	18
Su salud, en el futuro, dependerá de sus remedios	2	2		30
Sus remedios evitan que llegue a estar peor	8		2	26

**Tabla 3.** Frecuencia de opiniones sobre los medicamentos en general.

Opiniones sobre los medicamentos	está de acuerdo			
	Nada (No)	Poco	Bastante	Mucho (Sí)
La mayoría de los remedios producen acostumbramiento	8	2	4	22
Las personas que toman remedios deberían dejar el tratamiento por un tiempo y después volver	16	4	2	14
Los remedios produce más daño que cura	20	6	8	6
Todos los remedios son veneno	16	8		12
Los remedios naturales son más seguros que los remedios que recetan los médicos	10	8	6	8
Los doctores confían demasiado en los remedios	4		8	26
Si los doctores tuvieran más tiempo, recetarían menos remedios	12	2	6	16
Los doctores usan demasiados remedios	12	4	10	10



**Tabla 4.***Distribución de frecuencias en relación a la adherencia al tratamiento antihipertensivo.*

Durante estas 2 últimas semanas	Nunca	A veces 1-2/sem.	Con frecuencia 2-4/sem.	Siempre > 4/sem.
¿Ha estado sin tomar sus remedios para la presión?	32	2		2
¿Se ha olvidado de tomar sus remedios para la presión?	28	8		
¿Ha decidido no tomar sus remedios para la presión?	32			4
¿Ha dejado de tomar sus remedios para la presión cuando se siente mejor?	32	2		2
¿Ha dejado de tomar sus remedios para la presión, cuando se ha sentido enfermo?	36			
¿Ha tomado algún otro remedio para la presión?	36			
¿Se ha olvidado de tomar sus remedios para la presión por puro descuido?	32	4		