



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA: PROGRAMA PARA
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
**DULCE NALLELI ALONSO JIMENEZ
ANA LAURA DE PRADO VARGAS**

Directora: Dra. **Laura Evelia Torres Velázquez**
Dictaminadores: Lic. **Adriana Guadalupe Reyes Luna**
Lic. **Adriana Garrido Garduño**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A

La Doctora Laura Evelia Torres Velázquez
Por su gran ayuda, paciencia y desinteresada dedicación para la
realización
y coordinación de esta tesis.
Con Profundo Agradecimiento
Dulce Nalleli y Ana Laura.

A las licenciadas:

Adriana Garrido Garduño
Adriana Reyes Luna
Por su asesoría y sugerencias que contribuyeron a enriquecer el
presente trabajo.

Mil Gracias.

CON TODO MI AGRADECIMIENTO.

A DIOS.

*Por haberme dado la vida
y la capacidad de aprender diariamente,
así como las fuerzas para alcanzar esta meta.*

A MIS PADRES.

*Por haberme ayudado incondicionalmente,
por tener fe y confianza en mí,
dedico esta tesis en reconocimiento a su esfuerzo, dedicación y
amor.
Este trabajo y logro en la vida nos pertenecen. GRACIAS!*

A MIS HERMANOS.

Por todo el apoyo que me dieron.

A MIS AMIGAS.

*Por brindarme su amistad y apoyo
en las diferentes etapas de mi vida.*

Nalleli Alonso

GRACIAS

A DIOS: Por darme la oportunidad de vivir y de llegar a la culminación de este proyecto realizando una de mis metas.

A MIS PADRES, quienes a lo largo de mi formación académica me alimentaron y confiaron en mí en todo momento, por su esfuerzo para hacer de mí una profesionalista y por la dedicación que siempre recibí.

A MI HERMANO Y A MIS AMIGOS, que de alguna manera siempre estuvieron apoyándome y alentándome para la terminación de este proyecto, en especial, a mi amiga Nalleli, por dejarme conocerla y por haber trabajado con ella en este proyecto y a lo largo de la carrera.

Ana Laura De Prado

ÍNDICE

ÍNDICE

Resumen

Introducción	1
1. Psicología de la Salud	6
1.1. El papel del Psicólogo en las enfermedades orgánicas	8
1.2. Factores protectores de recuperación o límite de daño	9
1.3. Tipo de intervenciones: Primaria, Secundaria y Terciaria	12
1.4. Cambio epidemiológico de las enfermedades infecciosas a las crónico degenerativas	13
2. Hipertensión Arterial:	17
2.1. ¿Qué es la Hipertensión Arterial?	17
2.2. Diagnóstico de la Hipertensión Arterial	19
2.3. Problemas de Salud causados por la Hipertensión Arterial	20
3. Adherencia Terapéutica	23
3.1.1. Diferentes definiciones de Adherencia Terapéutica	23
3.2. Variables que intervienen en la Adherencia Terapéutica	25
3.2.1 Variables relacionadas con el paciente	26
3.2.2 Variables relacionadas con la enfermedad	26
3.2.3. Variables del tratamiento	26
3.2.4 Variables de relación	26
3.2.5. Variables psicosociales	27
3.2.6. Estilos de vida como variable en la Adherencia Terapéutica	27
3.2.7. La familia como variable en la Adherencia Terapéutica	30
3.3 Consecuencias de no tener un buen nivel de Adherencia Terapéutica	34
4. “Adherencia terapéutica: Un programa para mejorar la calidad de vida”	41
4.1 Metodología	41

Resultados	48
Discusión y Conclusiones	58
Referencias	77
Bibliografía	82
Anexos	83

Resumen

Actualmente hay un cambio en la concepción de la epidemiología de lo que ocurre con la salud y la enfermedad en México, y se ve en dos direcciones, las infecciosas y las crónico-degenerativas. La hipertensión arterial y otras enfermedades de este tipo, ocupan las primeras causas de mortalidad en México, su cuidado tiene componentes difíciles de implementar, como dieta, actividad física y seguimiento de tratamientos farmacológicos, que suelen depender directamente de la conducta del paciente, sumándole el apoyo que puede o no recibir de la familia, además de variables como son propias de la enfermedad y la relación que pueda tener el paciente con su médico, entre otras. Se realizó un estudio cuasiexperimental tipo A-B-A, con 4 participantes con hipertensión diagnosticada seis meses atrás. Se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica. La intervención fue grupal sobre variables psicológicas que interfieren en calidad de vida y adherencia terapéutica. Se realizaron mediciones pre y post intervención, sobre la calidad de vida, hábitos alimenticios, realización de ejercicio, toma de medicamento y visitas médicas. Se encontró que hubo un incremento en la adherencia terapéutica en cuanto al ejercicio y la alimentación, ya que el medicamento y las visitas médicas se mantuvieron en los mismos puntajes antes de la intervención, así se mejoró la calidad de vida de los participantes, los principales beneficios, se observaron en las funciones cognitivas y las conductas protectoras. En cuanto a la familia, considerada como un factor más para la adherencia terapéutica, se encontró que en este grupo de participantes tiene un papel importante, ya que la relación que tienen con cada uno de sus integrantes, les permite seguir el tratamiento con mayor constancia, por ejemplo el apoyo en cuanto a la alimentación, es decir, los familiares trataban de seguir una alimentación complementaria a la del enfermo, ya que como se sabe, esta última es importante para tener una buena adherencia, aunado a esto, fue el apoyo en los medicamentos y las visitas médicas, etc., esto último en la mayoría de los casos, mientras que en uno de ellos, no lo permite de la misma manera, además, la participante notó que el no tener una relación tan cercana con mayor comunicación, respecto a la enfermedad, ha influido para que su nivel de adherencia se vea disminuido.

INTRODUCCIÓN

En tiempos pasados se creía que el médico era el único que podía erradicar las enfermedades físicas de las personas, sin embargo, en la actualidad ya no es así. Ahora el Psicólogo puede intervenir en estas enfermedades y no solamente en los aspectos psicológicos, como son problemas familiares, problemas de autoestima, entre otros. Además, el médico sólo intervenía cuando ya estaba la enfermedad como tal, y no había o no hay estrategias para intervenir antes. Ahora el Psicólogo interviene desde la prevención primaria, secundaria hasta la terciaria, es decir, desde que la enfermedad no existe como tal, cuando los síntomas se empiezan a presentar, hasta cuando la enfermedad ya ha aparecido en el individuo, esto tanto para mejorar la calidad de vida, así como para disminuir gastos.

En este capítulo, presentaremos la importancia de la participación de otros profesionales en las enfermedades fisiológicas, como lo es el psicólogo y no solamente el médico, ya que se puede observar que las enfermedades no son únicamente orgánicas, sino que existen otros factores que pueden propiciar el surgimiento de una enfermedad, por ejemplo, el estrés, la conducta propia del ser humano, los pensamientos erróneos de este último, los hábitos de cada individuo, por ejemplo, el fumar, el beber, el hacer ejercicio, patrones de sueño, etc. (Rodríguez, Lemos y Canga, 2002).

Por otro lado, se ha observado un cambio en la concepción de la epidemiología de lo que ocurre con la salud y la enfermedad en México, y van en dos direcciones, las infecciosas y las crónico-degenerativas.

Las enfermedades infecciosas son aquellas causadas por microorganismos como hongos, bacterias y siguen siendo la primera causa de muerte en el mundo y de pérdida de años libres de discapacidad, se creían controladas, pero éstas crecen y reaparecen en nuevas poblaciones; el impacto de estas enfermedades es enorme, y además de sanitario es social; estas enfermedades ocasionan más de una cuarta parte de las defunciones en el mundo.

Las enfermedades crónicas son de larga duración, y por lo general, de progresión lenta; las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes, dejando en segundo lugar a las infecciosas como es el VIH/SIDA. Recordando que en tiempos pasados estas ocupaban el primer lugar en mortalidad.

Dicho lo anterior, notemos que en nuestro país están surgiendo nuevas enfermedades, que van dejando de lado a otras, o bien, el nivel de problema es menor al que en su momento se encontraba. Y las características de éstas van siendo de mayor complejidad.

Continuando con la misma línea, en el trabajo se hablará de una enfermedad crónica, que es la Hipertensión Arterial; cuáles son sus causas; los síntomas que ésta enfermedad origina, que aunque no son universales, pueden servir como signo de alarma de que la enfermedad puede llegar a estar presente en el paciente; y los problemas de salud que pueden surgir a partir de la hipertensión arterial.

Un estudio llevado a cabo por Villareal, E., Mathew, A., Garza, M., Núñez, G., Salinas, A. y Gallegos, M. (2002) tenía por objetivo determinar el costo de la atención de la Hipertensión Arterial, su impacto en el gasto en salud y en el producto interno bruto (PIB). El estudio incluyó cuatro apartados, los cuales eran: intensidad de uso de los servicios de salud, estimación de los costos unitarios, definición de la población de hipertensión y la identificación de gasto en salud.

Como criterio de inclusión se consideraron los expedientes con diagnóstico de Hipertensión de más de un año de evolución, y se analizó el comportamiento en el uso de los servicios de salud a lo largo de 12 meses.

Las variables que utilizaron estos autores fueron, el tipo y la intensidad de utilización de servicios de salud (consulta externa, medicamentos, hospitalización, laboratorio, radiología y algunos otros estudios especializados). Paralelamente, estimaron los costos de la atención médica. Para ello se eligieron una Unidad de Medicina Familiar y un Hospital General de Zona

perteneciente al IMSS, en cada uno de ellos se estimaron los costos unitarios de atención . El costo estimado para las unidades medicas del IMSS se asumió como el costo para la población perteneciente a la Seguridad Social: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y los Servicios Estatales. El costo para la población abierta atendida por el estado (Secretaría de Salud, Departamento del Distrito Federal e IMSS solidaridad) se estimó aplicando como ponderador 0.66. La proporción de costo de la consulta de la Medicina Familiar en la Seguridad Social (\$68). Para la medicina privada 2.69, la proporción de la consulta privada (\$300) en relación con el costo de la consulta de medicina interna de la Seguridad Social (\$111).

Dicho lo anterior, los autores encontraron que el costo total de la Hipertensión en México para el escenario promedio correspondió a 17 953 millones de pesos, de acuerdo con una población de hipertensos estimada en 13 704 573 (prevalencia de 1 443 por cada 100 habitantes. Los autores también encontraron que en relación con el sexo, encontraron un mayor porcentaje de usuarios de los servicios de salud pertenecientes al sexo femenino, aunque se sabe que para el caso de la hipertensión arterial, la prevalencia es mayor en el sexo masculino. En cuanto al servicio más utilizado correspondió al de medicina familiar, ya que es el que se considera como el responsable del control primario de la población hipertensa (Villareal, et al, 2002).

GASTO TOTAL ANUAL EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD Y DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO, SEGÚN ESCENARIO, MÉXICO, 1999.

GASTO TOTAL ANUAL EN HIPERTENSIÓN	PORCENTAJE DE GASTO EN SALUD	PIB PORCENTAJE DEL
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1996	1996
ESCENARIO PROIMEDIO \$17 953 908 480	13.95%	0.71%
ESCENARIO EXTREMO \$65 854 802 752	51.17%	2.61%

TABLA NO. 1 MUESTRA EL GASTO TOTAL ANUAL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (VILLAREAL, ET AL, 2002)

Es importante este apartado de la Hipertensión Arterial y sus características, tanto antecesoras y sucesoras, porque a partir de ahí se podrá crear un programa para mejorar la calidad de vida de una persona que la padezca, o en otro de los casos, prevenirla, que eso sería lo ideal, porque como se verá más adelante esto último puede traer consigo muchos beneficios.

Por último, se manejará lo qué es la Adherencia Terapéutica, diferentes concepciones que se han ido manejando, y las variables que están presentes para que ésta se lleve a cabo correctamente o no. Estas variables van desde las que están relacionadas con el paciente, las propias de la enfermedad, las del tratamiento, las de relación, es decir, a la comunicación inadecuada, la empatía, etcétera, esto específicamente entre paciente-médico; y una última variable que es la familia.

La importancia de hablar de la Adherencia Terapéutica y las variables que la conforman, es porque a través de éstas últimas se puede observar que está pasando o que ocurre con la conducta de un individuo para que éste no se adhiera a su cuidado, tanto farmacológico, alimenticio, de ejercicio y visitas medicas, y, a partir de ahí, crear las estrategias necesarias para que ésta, la Adherencia Terapéutica, se lleve a cabo y por tanto, mejorar la calidad de vida de los seres humanos que presentan la Hipertensión Arterial.

Aunque actualmente la gente cuenta con la información necesaria sobre la enfermedad, y sabe que ésta es una de las principales causas de muerte, no es suficiente para que ellos adopten conductas que permitan su prevención o en todo caso, su control, por lo que es necesario, que se implementen programas que logren que la gente modifique sus creencias y sus conductas en cuanto a la hipertensión.

La relevancia de este trabajo radica en los beneficios que puede traer consigo la adherencia terapéutica, como la calidad de vida y la disminución de costos en los fármacos, ya que permitirá que se termine con prontitud el tratamiento y se gaste menos dinero en medicamentos. Como se ha visto, los médicos al tratar alguna enfermedad, se basan únicamente en el aspecto farmacológico, lo

que no tiene una relación con la disminución de conductas de riesgo de los pacientes, razón por la cual, el aspecto psicológico, y en específico el papel del psicólogo es importante.

Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual, enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica en una muestra de pacientes hipertensos.

CAPÍTULO I.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La problemática de la salud en general es una cuestión que estuvo tradicionalmente fuera del ámbito de los psicólogos y de los psicólogos sociales. Eran asuntos exclusivamente de la medicina. Sin embargo; hoy día son muchas las personas que no dudan que la salud y la enfermedad no son cosas exclusivas de los médicos. Y son justamente los propios médicos los que mejor lo saben, ya que diariamente constatan que la enfermedad y la salud humanas no son meras cuestiones orgánicas, biológicas bioquímicas o fisiológicas, sino que son algo más: son también cuestiones psicológicas y culturales, y desde luego, psicosociales. Luego entonces, enfocar el tema de la salud desde un dualismo cartesiano que distingue tajantemente entre problemas psicológicos, cuyo origen se encuentra en la mente (depresión, ansiedad, etc.) y problemas físicos, que se generan en el organismo corporal (traumatismos, enfermedades de los órganos, de los tejidos, etc.) es falso y simplista dado que las enfermedades, tanto físicas como mentales, son, en mayor o menor medida, psicosomáticas (Vázquez, 2002).

Mencionado lo anterior, y poniendo énfasis en la psicología dentro de las enfermedades orgánicas y porque no, también en la medicina, ésta ha tenido grandes aplicaciones en el campo de la salud, dentro de las que se pueden mencionar algunas, como la investigación referente a las relaciones existentes entre patrones, personalidad y susceptibilidad a la enfermedad, a la habilidad para enfrentarla, otra más, como la realización de diseños educativos para facilitar el control de la diabetes, por otro lado, se encuentra la enseñanza a los profesionales de la salud para que se comuniquen en forma tal que faciliten el cumplimiento de los hipertensos en sus programas de medicación; así mismo se ha realizado un análisis de distintas políticas alternativas en la provisión de salud por parte de los gobiernos, desde las tendencias comportamentales, además de dar orientación a las familias que presenten problemas. Además de estos, pueden mencionarse algunas más, como el riesgo psicosocial de las

enfermedades coronarias y la apertura de nuevas áreas como la psicología pediátrica (Luzoro, 1992).

Al hablar de enfermedad, se entiende ésta como un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico. Aunque sus manifestaciones sean aparentes, las enfermedades son procesos ocultos que sólo pueden comprenderse en cuanto a los signos que son observables y que se relacionen con un conjunto de conocimientos sobre el modo en que trabaja el organismo humano. Así la salud-enfermedad, ha tenido un carácter mágico, pasando en otros momentos a tener características religiosas hasta llegar a tener explicaciones u orígenes biologistas (Juárez, 1997).

Con esto, se puede observar que la medicina siempre ha buscado una causa a qué atribuir la enfermedad, por lo regular biológica, y han dejado de lado aspectos que los psicólogos han retomado, como son: la manera en que deben ser atendidos los pacientes, la existencia de otros factores no biológicos que propician la enfermedad y también la existencia de pacientes con enfermedades sin causa biológica, provocada por ellos mismos; pero sobre todo en la prevención antes de que se presente la enfermedad, ya que tiene grandes ventajas, como son una mejor calidad de vida, menos gastos si se detecta a tiempo, entre otros.

Los trastornos psicológicos, han sido tratados desde una perspectiva médica, haciendo hincapié en los aspectos farmacológicos, nutricionales, etcétera, como ya se había mencionado, y centrando la explicación de la enfermedad desde un plano descriptivo, es decir, el médico sólo se centra en comentar al paciente sobre la enfermedad que padece y la prescripción de un medicamento. Por otro lado, no hay intervenciones por parte del personal médico para prevenir las enfermedades, sólo interviene cuando ésta ya está, aunque se ha visto que existen estrategias de intervención para prevenirlas, pero no han tenido un éxito evidente, ya que las enfermedades siguen en aumento, principalmente las crónico- degenerativas que han dejado en segundo plano a las infecciosas.

Luego entonces, si la salud constituye un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, como ya se ha venido mencionando, se estará de acuerdo con la necesidad de incorporar una perspectiva más integral de la salud humana que permita superar los límites de las explicaciones e intervenciones biomédicas. Tal perspectiva necesariamente tiene que ser psicosocial. Si además la salud es asumida como un derecho social básico, se tiene que tomar en cuenta aspectos que no son estrictamente médicos, biológicos y ambientales, sino ante todo los relacionados con los estilos de vida y la desestructuración de los sistemas valorativos y normativos que resultan del proceso de descomposición social (Vázquez, 2002).

1.1. El papel del Psicólogo en las enfermedades orgánicas

Debido a que se asume que la promoción de la salud está muy relacionada con la educación para la salud, se considera, que es un campo de investigación y aplicación de la psicología de la salud.

Los avances de la investigación actual y los rápidos progresos tecnológicos, han perfilado de forma progresiva la importancia de diversos comportamientos como agentes responsables mediadores en la salud y en la enfermedad. En estos avances, la psicología ha contribuido de manera especial (Cano, Casado, Escalona y Tobal, 1994).

En los inicios de la investigación psicosomática, se ponía énfasis en el papel de la predisposición psicológica en los procesos etiológicos, es decir, la emoción era la causa de la enfermedad. Sin embargo, diversos autores, como Buss, (1996, en Cano, et. al. 1994), señala que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Ress (1964, en Cano et. al. 1994), señaló que la multicausalidad es normalmente la verdadera etiología con su combinación con diversos factores. En esta multicausalidad de la que se habla, se considera a los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos y principalmente el peso de la interacción, como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, ese es el gran mérito de la investigación psicológica

actual en este campo. En la actualidad, se tiende a asociar la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos con una gran gama de agentes, entre los que cabe destacar: el tipo de dieta, la ingesta de sal, el consumo de alcohol y tabaco, aspectos ambientales como sería la interacción de la familia con el enfermo, el estilo de vida, el sedentarismo, la forma de afrontamiento del sujeto al estrés, factores genéticos, características de personalidad, la ansiedad, la ira y/o la hostilidad, factores cognitivos, entre otros, (Cano, et. al. 1994).

La psicología de la salud, es probablemente una de las áreas de la Psicología en que es menos tolerable la brecha que a veces se da entre el conocimiento de principios básicos del funcionamiento psicológico del humano, logrado a través de la investigación básica, y la forma en que aquellos se convierten en intervenciones preventivas o terapéuticas, esto también aplica a la forma en que la intervención se somete a prueba para evaluar su eficacia (Sánchez, 1998).

Como ya se menciona, es importante crear estrategias de trabajo para intervenir en las enfermedades antes de que éstas aparezcan, o bien, si esta última ya existe como tal, el psicólogo o en este caso la psicología de la salud, pueda lograr grandes beneficios en el enfermo, y no sólo hablando de la hipertensión arterial, sino también en otras enfermedades crónicas, infecciosas o de otra índole, además, tomando en cuenta que existen diversas variables con respecto a ésta. Con esto, se da paso al siguiente punto, donde se ahonda un poco más en los factores con respecto a la protección y recuperación de la enfermedad.

1.2. Factores protectores, de recuperación o límite de daño

Se han empleado diversos diseños para evitar perder la salud, y su éxito depende de la confiabilidad de las variables asociadas a la conservación de ésta y con su pérdida, esto es conocido como factores de riesgo, los cuales pueden agruparse en cuatro, que son: a) la herencia, la cual hace referencia a la naturaleza y las características del equipo biológico que se han heredado; b)

la nutrición, ésta abarca lo referente a la calidad y cantidad de alimentos; c) el poco acceso y la falta a los servicios de salud de alta calidad; y d) el comportamiento humano, que es de manera individual y es fundamental para la salud o su pérdida. La manera en la que se conciben estos factores desde la psicología, es a través de su tipificación para poder hacer relaciones que permitan intervenciones preventivas, de recuperación, de límite de daño y de rehabilitación. También se toman en cuenta los factores macrológicos o dístales, éstos pueden afectar a la población de manera relativamente homogénea a gran escala y representan variables a cuyo cambio se tiene acceso restringido desde la óptica del individuo, como la del especialista (Sánchez, 1998). Esto se ve reflejado en un estudio llevado a cabo por Guerrero y Rodríguez (1998), donde se quería determinar la prevalencia y los factores asociados a la hipertensión arterial en la zona rural marginada de Durango, ésta zona estaba conformada por 5802 habitantes. Se encontró que 1271 individuos tenían hipertensión, y, a pesar de que habían programas de salud, era muy difícil que éstas personas asistieran debido a los trabajos que realizaban en el campo, específicamente en los hombres, muchas veces por la ideología que tenían con respecto a la enfermedad, por el nivel socioeconómico, entre otros. Como se puede observar, es difícil acceder o hacer un cambio a las características que presenta esta zona, sin embargo, a partir de éste estudio se puede llegar a tener un impacto de manera individual.

Esto conduce a crear acciones preventivas basadas en el conocimiento sistémico y confiable de factores protectores inherentes a la interacción humana, es decir, al análisis de variables proximales, tales como las prácticas de crianza y la propia interacción humana. En dichos análisis hay factores que hacen una contribución muy importante por tener un alto peso específico y son los llamados eventos vitales. Se trata de aquellas transiciones que fuerzan cambios en la vida de los individuos, sus familias, y, a veces, sus comunidades (Sánchez, 1998).

Un ejemplo de lo dicho anteriormente, son las investigaciones llevadas a cabo por Peredo, Gómez, Sánchez, Navarrete y García (2005), donde se evaluó la eficacia de una intervención educativa activa participativa sobre la presión

arterial media, índice de masa corporal y nivel de conocimientos en este padecimiento en sujetos con hipertensión arterial, sólo se da a nivel de información, para que de ahí se pueda tener un impacto en el aspecto psicológico del individuo, esto se vio reflejado en los niveles de presión arterial de los participantes, lo que puede lograr la motivación necesaria para que los enfermos participen de manera comprometida en el manejo integral de su enfermedad.

Por su parte, Cano, Casado, Escalona y Tobal (1994), explicaron la génesis y mantenimiento de la hipertensión arterial, poniendo énfasis en variables emocionales como factores de riesgo. Además de estas variables, Alcazar, Cortazar, Riveros y Sánchez (2005) realizaron una investigación en la que se trabajó en aspectos como la calidad de vida, depresión y estilos de afrontamiento en pacientes que presentaron hipertensión arterial. Otros autores como Arrivillaga, Cáceres, Correa, Holguín y Varela (2006), realizaron una investigación donde se abordan los factores micrológicos, donde elaboraron un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial.

El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, de los cuales el 79.5% eran mujeres y el 20.5% eran hombres, las edades fluctuaban entre los 28 y 82 años. Los niveles de presión arterial sistólica y diastólica fueron medidos pre-post intervención por el personal de salud. Se conformaron cuatro grupos de intervención de 18 personas cada uno. La intervención abarcó educación sobre la hipertensión, autoeficacia, percepción de control sobre la enfermedad, autocontrol, nutrición saludable, actividad física, cumplimiento de tratamiento farmacológico, donde el trabajo fue meramente psicoeducativo. En los resultados se encontró una disminución en la PAS, la PAD no presentó cambios pero se mantuvo a niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos, el 86.6% terminó en el nivel alto de adherencia y el 11.4% finalizó en el nivel medio.

Todo ser humano está expuesto y se opta por promover la adopción de conductas protectoras, como la adopción de hábitos, donde se encuentra la revisión continua, detección precoz para iniciar un tratamiento y modificar la probabilidad de avance.

Se puede dar otro valor a las variables relativas al comportamiento, esto da como resultado una transmisión en la conducta como riesgo quedando como protector o recuperador de salud.

1.3. Tipos de intervenciones: Primaria, Secundaria y Terciaria

Conociendo los factores que regulan el funcionamiento humano, expresado en los factores de riesgo, se puede incidir en una intervención psicológica, en cómo el individuo maneja el impacto a efecto de la situación, tanto en la salud física como la psicológica.

Las intervenciones pueden ser desde prevención primaria hasta el apoyo a pacientes terminales, como la prevención precoz, donde se deben localizar a las personas en riesgo y diseñar intervenciones que facilitan patrones de comportamiento que protegen a través de factores proximales. Este tipo de prevención es: a) primaria, es aquella que se realiza antes de que exista la enfermedad, por ejemplo, los programas que hay para prevenir el VIH/SIDA; b) secundaria, ésta se refiere a que en esta etapa, ya se presentan síntomas de la enfermedad pero aún no se diagnostica como tal; y c) terciaria, ésta se refiere cuando la enfermedad ya se encuentra presente, por ejemplo el VIH/SIDA y es donde interviene el psicólogo. Con la finalidad de que la persona tenga una mejor calidad de vida, ya que no es posible quitar la enfermedad (Sánchez, 1998).

Un ejemplo de ello, es el estudio que llevó a cabo Alcázar, Cortazar, Riveros y Sánchez (2005) Lo que se pretendía era examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre los aspectos, como son la dieta, actividad física, seguimiento de tratamiento farmacológico, etc., en pacientes que ya tenían la enfermedad de hipertensión. El estudio fue cuasiexperimental con 51 pacientes con hipertensión diabetes o ambas. La intervención fue de

tipo individual sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Se realizaron mediciones pre y post tratamiento sobre calidad de vida, estilo de afrontamiento, depresión ansiedad, glucosa en sangre, presión arterial, y dosis de hipotensor. Se observaron mejoras clínicas y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes. Los principales beneficios se observaron en glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. Con este programa se logro grandes cambios en los estilos de vida de los pacientes, ya que si bien, la enfermedad no iba a desaparecer, pero si lograr que el enfermo tuviera una calidad y por tanto, cantidad de vida favorable.

Con lo anterior, se da paso a la transición que ha habido, de las enfermedades contagiosas a las crónico degenerativas, que si bien, las primeras no han desaparecido, pero si han disminuido. Y que por tanto, es importante revisar este cambio epidemiológico.

1.4. Cambio epidemiológico de las enfermedades infecciosas a las crónico degenerativas.

Al hablar de enfermedades, debe conocerse el curso de éstas, donde se puede partir desde la epidemiología clásica, aquí, la enfermedad se ve como un evento natural que permite la evolución; para el psicólogo sirve, porque le puede permitir alterar diferentes momentos. En lo referente a la prepatogénesis, se puede hablar de la prevención primaria, antes de los primeros signos de deterioro, aquí hay factores que facilitan el efecto de los estímulos patógenos. En la patogénesis ya se habla del curso de la enfermedad como tal, en el se ubican los efectos de cambios vitales (estresantes y factores de riesgo), se presentan una serie de intervenciones de tipo psicológico que actúan como opciones para el análisis del comportamiento humano y la pérdida de la salud. El comportamiento humano puede convertirse en un ambiente patógeno como el no lavarse las manos, así como el fumar y no hacer ejercicio. Estos factores predicen la pérdida de salud en el sentido que la precede y tiene una asociación cercana.

Ahora hay un cambio en la concepción de la epidemiología de lo que ocurre con la salud y la enfermedad en México, y se ve en dos direcciones, las infecciosas y los crónicos degenerativos.

Las enfermedades infecciosas, como ya se ha mencionado antes, son aquellas causadas por un microorganismo, hongos, bacterias y que son transmitidas de persona a persona, siguen siendo la primera causa de muerte en el mundo y la pérdida de años libres de discapacidad, éstas crecen y se desarrollan en nuevas poblaciones, el impacto de estas enfermedades es enorme, causan mas de una cuarta parte de las defunciones en el mundo, específicamente el SIDA, tuberculosis, diarreas, paludismo, sarampión y neumonía, ya que son el 90% de los decesos a nivel global (Del Rey, 1998). la tabla que se presenta a continuación, es una muestra de la mortalidad causada por dichas enfermedades.

Decesos ocasionados por enfermedades infecciosas

Enfermedad	Número de muertes	Porcentaje de todas las muertes
Infecciones respiratorias agudas bajas	3,745,000	7.2
Tuberculosis	2,910,000	5.6
Enfermedad diarreica	2,455,000	4.7
HIV/SIDA	2,300,000	4.4
Paludismo	1,500 000- 2,700, 000	2.9-5.2
Sarampión	960,000	1.8
Hepatitis B	605,000	1.2
Tos Ferina	410,000	0.8
Tétanos neonatal	275,000	0.5
Dengue	140,000	0.3

Tabla No. 2. MORTALIDAD GLOBAL DE ENFERMEDADES Y SÍNDROMES INFECCIOSOS. (Mandell, 2002).

En la tabla No. 2, se muestran las principales enfermedades infecciosas y parasitarias en el mundo, así como el porcentaje que representan en la mortalidad global.

En cuanto a las enfermedades crónicas, éstas son de larga duración, y por lo general, de progresión lenta; las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes. Reportes de la OMS (2005, citado en Vázquez, 2002) mencionan que 35 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales, la mitad era de sexo femenino y menos de 70 años de edad, también mencionan que el 80% de las enfermedades crónicas se producen en los países pobres donde vive la mayor población mundial.

El cambio epidemiológico que se mencionaba, se debe a acciones como la identificación de problemas y diseño de investigaciones concretas, utilización de conocimientos para la generación de nuevos proyectos, y el desarrollo tecnológico y la formación de personal calificado; además de la provisión de servicios de agua potable, drenaje y vivienda, educación y nutrición de la población, así como la implantación de campañas masivas de vacunación y control epidemiológico; la situación en México puede considerarse intermedia, ya que los padecimientos propios de los países en vías de desarrollo, las de origen infeccioso coinciden con las crónicas degenerativas.

La falta de salud afecta principalmente a las poblaciones marginadas de áreas conurbadas, rurales y de pobreza extrema, que se ve combinado con analfabetismo, desempleo, alta fecundidad, desnutrición y alto número de muertes por causas prevenibles y escasez en los servicios básicos de salud y la mala calidad de atención médica.

El panorama de las enfermedades infecciosas se ha hecho más complejo por la persistencia de padecimientos considerados como clásicos o habituales y el resurgimiento de los problemas que se creían bajo control, como el paludismo,

dengue, tuberculosis, sífilis y agentes patógenos de la hepatitis, así como infecciones por parvovirus, papiloma virus entre otros (Calderón, 1992).

La OMS junto con el Banco Mundial, realizaron el estudio de la Carga Global de Enfermedades, y sugieren que el impacto de las enfermedades infecciosas sobre la mortalidad declinará a medida que el estado socioeconómico de la población continúe mejorando; la epidemiología de las principales causas infecciosas en la actualidad, la mayor parte afecta los países en vía de desarrollo de modo desproporcionado, que puede verse influido por la promoción social y económica. Las enfermedades infecciosas pueden ser muy pasajeras y las predicciones previas de su declinación aún no se han confirmado (Mandell, 2002).

En las últimas cinco décadas se han observado cambios en el panorama epidemiológico de México relacionados con la disminución de enfermedades infecciosas y que, combinados con otros cambios en el estilo de vida, han dado el aumento progresivo de las enfermedades crónico-degenerativas, (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer, hipertensión arterial y diabetes) particularmente las cardiovasculares, de las cuales se encuentra la hipertensión arterial.

CAPÍTULO II.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las enfermedades crónicas, han cobrado importancia con el paso del tiempo, ya que sus casos han venido en aumento, y una de las enfermedades crónicas que se presenta con gran frecuencia es la hipertensión arterial, que junto con otras enfermedades de este tipo, ocupan las primeras causas de mortalidad en México, por ello, es importante conocer qué es esta enfermedad, cómo se diagnostica, la manera en la que se desarrolla y las consecuencias que puede traer, por lo que a continuación se presentan,.

2.1. ¿Qué es la Hipertensión Arterial?

La tensión Alta o Hipertensión Arterial (HTA) es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor a la deseable para la salud, causando mareos, sangrado por la nariz o dolores de cabeza. No obstante que en algunas personas afectadas no se presentan esos síntomas, ello no quiere decir que se encuentren fuera de riesgo, por lo que en estos casos a este padecimiento se le considera un asesino silencioso.

De acuerdo con Bonet, Del Olmo, Roca y Solé (2006) la hipertensión arterial es una enfermedad producida por el aumento de presión de la sangre. La sangre circula por nuestro cuerpo a través de las arterias y venas impulsada por un motor que es el corazón. Así como el aire almacenado en las ruedas de una bicicleta tiene una determinada presión, también la sangre que circula a través de los vasos sanguíneos tiene una presión que depende de la fuerza con que el corazón la impulsa y de la resistencia que oponen las arterias. Cuando esta presión supera las cifras, se igualan o se elevan por encima de 140 para la máxima y de 90 para la mínima se considera que una presión es normal cuando estos valores se sitúan por debajo de 130 de máxima y de 85 de mínima. Entre estos valores se halla lo que conocemos como presión normal alta, es decir, ni normal del todo, ni completamente anormal, a medida que se

eleven las cifras de presión, se puede hablar de una persona con hipertensión ligera, moderada o grave.

El corazón con cada latido impulsa una cantidad de sangre. El latido corresponde a una contracción del corazón; cuando el corazón se contrae (sístole), la presión es máxima y cuando se relaja (diástole), la presión es mínima. Se dan, pues, dos cifras de presión arterial: la máxima (sistólica) y la mínima (diastólica).

Sánchez (2006), nos menciona que en el mundo mueren más de 17 millones de personas por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco segundos un evento vascular cerebral.

En la actualidad la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más importantes, su prevalencia en la población mexicana oscila entre 13 y 23%, por ello, en México se considera como un problema de Salud Pública, ya que favorece la aparición de otras enfermedades, acorta la vida de quien la padece y se traduce en años potenciales de vida perdidos (Guerrero, Rodríguez, 1998). Lo antes mencionado, hace referencia a México, en cuanto a Estados Unidos, se dice que hay alrededor de 60 millones de hipertensos; en Europa, el panorama no es más alentador, ya que en los países bajos, por ejemplo, se estima que una de cada cinco personas padece algún tipo de hipertensión, y respecto a la edad, entre las personas de más de 60 años, dicha proporción se eleva a una de cada tres. Schreurs, afirma que en los países bajos, alrededor de un 38% de los hombres y un 35% de las mujeres entre los 35 y los 65 años, presenta una tensión arterial elevada (Schreurs, 1978, en Cano et.al; 1994).

Centrándonos en el caso de México, el INEGI, reporta un aumento en la morbilidad en los casos de hipertensión arterial en el periodo de 2000 a 2006, ya que en el año 2000 los casos que se reportaban de hipertensión arterial eran de 401.4, mientras que en el año 2006 era de 497.2 personas, estos datos eran por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2000-2006).

La Secretaría de Salud reconoció la existencia de casi ocho millones de pacientes con esta enfermedad, de 1980 a 1992, la tasa de mortalidad asociada con este padecimiento se incrementó de 4.8 a 8.2 por 100 mil habitantes. En 1992 se presentaron casi 22 mil enfermedades vasculares cerebrales y al menos 42% estuvo relacionado con la hipertensión arterial (Calvo, 1998).

Continuando con la misma línea, se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de Hipertensión Arterial en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Cada año alrededor del 1.5% de toda la población hipertensa mueren por causas directamente relacionadas. En México aproximadamente 15.2 millones de personas tienen Hipertensión Arterial. Uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años es portador de Hipertensión Arterial. El 61 % de las personas con Hipertensión lo ignoran. Del 49% de personas con diagnóstico previo de hipertensión menos del 50% están bajo tratamiento médico-farmacológico. En el año 2000 se estimaron 194,000 muertes relacionadas de manera directa a hipertensión, es decir, una muerte cada 3 minutos (Rosas, Velázquez, Pastelín, Tapia, Attie, 2004, en, Sánchez, 2006).

2.2 Diagnóstico de la Hipertensión Arterial

El diagnóstico de la hipertensión arterial se establece mediante la determinación de la tensión arterial, por el médico, al encontrar de forma permanente cifras de presión arterial por arriba de las marcadas como normales, cabe mencionar que en caso de que un paciente se encuentre bajo estrés y obtenga niveles de presión mayores a los normales, no se le puede diagnosticar hipertenso, por una sola medición, hay que esperar a que esa situación desaparezca y realizar nuevas mediciones para diagnosticarlo como hipertenso. Una vez establecido el diagnóstico de hipertensión arterial, se tratará de precisar cuales fueron las causas. Para establecer el diagnóstico, la presión arterial debe tomarse por lo menos tres ocasiones y los resultados obtenidos deben ser congruentes. Una vez que se ha concluido que el paciente

es hipertenso, debe determinarse si es esencial o secundario, además de realizar una historia clínica familiar, que abarque un extenso interrogatorio sobre la salud de los familiares, si alguien padece enfermedades crónicas, hábitos de fumar, etcétera, además de la existencia de factores de riesgo asociados a la hipertensión y en que nivel esta la hipertensión (Díaz, Aristondo y Briones, 2001).

Posterior a la detección y diagnóstico de la hipertensión arterial, es necesario acudir al médico y seguir instrucciones para prevenir y controlar las distintas problemáticas de salud que se pueden presentar a raíz de la hipertensión arterial, que se presentan en etapas, como a continuación se presentan.

2.3. Problemas de Salud causados por la Hipertensión Arterial.

Las personas hipertensas son más propensas a padecer enfermedades de: a) corazón, éste aplica más fuerza para enviar la sangre a través de la arteria, por lo que provoca que el corazón trabaje más rápido, causando un infarto; b) las arterias, éstas pierden elasticidad y pueden dilatarse; c) el cerebro, el cual puede causar ataques y hemorragias; d) los ojos, las arterias de la retina se endurecen y disminuyen de calibre; y e) el riñón, las personas que sufren de hipertensión arterial de larga evolución pueden tener alteraciones en las arterias renales provocando insuficiencia renal. (Bonet, 2006).

Los problemas de salud que son producidos por la hipertensión arterial se han catalogado en etapas, dependiendo del daño que se ha producido en el cuerpo, estas etapas son:

ETAPA I: Sin alteraciones orgánicas.

ETAPA II: El paciente muestra uno de los siguientes signos, aún cuando se encuentre asintomático.

- a) Hipertrofia ventricular izquierda: un aumento en el tamaño de las células musculares del lado izquierdo del corazón, y por tanto es el aumento de tamaño de ese lado del órgano (palpación, radiografía del tórax, ECG, ecocardiograma).

- b)** Angiotonía en arterias retinianas.
- c)** Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina: presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas, esta puede ser transitoria, permanente, ortostática, monoclonal o de sobrecarga.
- d)** Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales, se refiere al exceso de partículas de lipoproteína de baja densidad en el torrente sanguíneo se incrusta en la pared de la arteria. En respuesta, los glóbulos blancos llegan al sitio de la lesión, pegándose a las moléculas por adhesión. Este nuevo cuerpo formado es llevado al interior de la pared de la arteria por las quimioquinas. Una vez dentro de la pared, los monocitos cubren la LDL para desecharla, pero si hay demasiada, se apiñan, volviéndose espumosos. Estas "células espumosas" reunidas en la pared del vaso sanguíneo forman una veta de grasa.

ETAPA III: Manifestaciones sintomáticas de daño orgánico:

- a) Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardíaca, se caracteriza por un dolor, generalmente de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal, ocasionado por insuficiente aporte de sangre (oxígeno) a las células del músculo del corazón. Por lo general esa reducción en el aporte de oxígeno al corazón es causado por una obstrucción o un espasmo de las arterias coronarias, es decir, de los vasos sanguíneos que aportan la irrigación al corazón
- b) Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía
- c) Exudados y hemorragias retinianas; papiledema, que se da cuando el nervio óptico se inflama debido a mayor presión cerebral
- d) Insuficiencia renal crónica, pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.
- e) Aneurisma de la aorta o aterosclerosis ocliterante de miembros inferiores. Se caracteriza por el ensanchamiento anormal de una arteria. Una pared arterial debilitada va ensanchándose a medida que le es bombeada sangre, y acaba creándose una especie de globo con forma de huevo, con una pared muy débil.

Un aneurisma se puede dar en cualquier arteria del organismo, pero se producen de modo más frecuente en la aorta (la arteria más grande del organismo), especialmente entre el nivel de los riñones y el de las grandes arterias de las piernas. También se pueden dar en la parte superior de la aorta, mucho más peligrosos que los abdominales, por su mayor tendencia a disecar, es decir, a romper toda la pared de la arteria aorta, lo que pone la vida en serio peligro (Guadalajara, en <http://drsope.com/cardiologia/pac/arterial.htm>).

CAPÍTULO III.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Después de abordar en el capítulo anterior lo que es la Psicología de la Salud y como ésta ha contribuido a tratar de manera diferente a las enfermedades orgánicas, en específico las crónicas degenerativas, como lo es la Hipertensión Arterial, ahora se hablará de la importancia que tiene el detener dicha enfermedad a través de estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. Tomando en cuenta los aspectos en los cuales el psicólogo ayuda a adoptar comportamientos que auxilian a recuperar la salud, como la adherencia terapéutica, que ayuda a seguir las indicaciones del médico, además del manejo emocional y de la interacción en el contexto de pérdida de órganos y adopción de estilos de vida que apoyan el tratamiento.

3.1 Diferentes definiciones de Adherencia Terapéutica

El hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas, juega un papel primordial, ya que podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exigen para su buena evolución (Martin y Grau, 2004)

La adherencia terapéutica, hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar tomar parte en un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables, etcétera. Esta diversidad de conductas está mediada por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos.

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que vayan más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del médico.

Otra definición sobre la adherencia terapéutica, es aquella que propone una estrategia que permita al paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida (Bimbela, 2000, en Arrivillaga, Cáceres, Holguín y Varela, 2006). Por su parte, Amigo, Fernández y Pérez, (1998, en Arrivillaga et.al. 2006) la definen como la incorporación (puntual si se trata de una prescripción para un problema agudo; o definitiva, en caso de intervenciones preventivas o trastornos crónicos) en las rutinas cotidianas de las personas (al efecto de fortalecer la nueva práctica, situándola bajo las mismas claves del contexto ambiental y social que controlan otras conductas habituales) de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) beneficiosos para el sujeto.

La adherencia terapéutica (seguimiento de prescripciones terapéuticas y de salud) goza de gran relevancia; según lo planteado Zaldívar, 1998 la trascendencia del mismo se debe, entre otras razones, a los factores siguientes: 1) existen en la actualidad una serie de comportamientos insanos, factores de riesgo y problemas de salud cuyo tratamiento efectivo requiere, necesariamente, que el paciente ponga en práctica las recomendaciones de salud o terapéuticas que se le han indicado; 2) las dificultades al poner en práctica las prescripciones incrementan la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, y el coste sanitario al implicar un aumento innecesario del número de visitas, revisiones u hospitalización; 3) en algunos casos cuyo pronóstico depende del adecuado seguimiento de las prescripciones, los problemas en este sentido suponen un incremento de los riesgos y de la mortalidad y morbilidad.

La adherencia terapéutica no puede verse como el seguimiento ciego por parte del paciente, de las indicaciones que le han sido dadas; sino que como han expresado diversos autores, esta requiere de “una implicación activa y de

colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (Di Matteo Di Nicolas, 1982, en Zaldivar, 2008). Buscar el acuerdo del paciente con el plan que se le propone y de ser posible, algún grado de participación en su elaboración, aumenta la posibilidad de su ejecución, viendo la adherencia terapéutica, ya de manera aplicada, se puede mencionar la investigación realizada por Granados, Rosales, Moreno e Ybarra, (2007), donde evaluaron la adherencia en función de las creencias de las personas sobre los síntomas de la hipertensión arterial, del que obtuvieron que de una muestra de 163 participantes, 128 creen en los síntomas de la enfermedad y por ello tienen una mayor adherencia, mientras que nueve pacientes del grupo no creen en síntomas y tienen aún menor adherencia que el resto de los participantes, en conclusión, que la adherencia terapéutica está definida por la creencia o no de síntomas sobre la enfermedad para seguir con el tratamiento e indicaciones del médico.

En los párrafos anteriores se mencionan algunas de las definiciones de lo que es la adherencia terapéutica, pero por otro lado, cabe mencionar que la adherencia comprende diversas conductas, como son: 1) propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento; 2) asistencia a citas de seguimiento; 3) uso correcto de la medicación prescrita; 4) realizar cambios apropiados en el estilo de vida; y 5) evitar conductas contraindicadas (Sánchez, 2006).

3.2. Variables que intervienen en la Adherencia Terapéutica

En la adherencia terapéutica, se debe considerar conductas para que se lleva a cabo, tales como aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludable, estas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto de los componentes de las conductas mencionadas ni sobre las conductas que las explican, estas conductas se ven influidas por distintas variables (Martin, 2004)

Estas variables, se unen para actuar en conjunto y lograr así el éxito en el cumplimiento del tratamiento e indicaciones médicas, por lo tanto, obtener un buen nivel de adherencia terapéutica.

Meichenbaum y Turck (1991, en, Op. Cit. Arrivillaga, 2006) mencionan que existen cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento, entre ellas se pueden mencionar:

3.2.1. Son aquellas variables que están relacionadas con el paciente, tales como los olvidos simples en la toma de medicación, la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de la medicación; las características propias del individuo; falta de comprensión; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el médico o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente, por ejemplo, la familia, que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos económicos.

3.2.2. Otro tipo de variables son aquellas propias de la enfermedad, que hacen referencia al trastorno crónico con ausencia de síntomas manifiestos; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas, etc.).

3.2.3. Una más, son las variables del tratamiento. Que hace referencia al tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los médicos; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características del tratamiento; desembolso económico; y efectos secundarios de la medicación.

3.2.4. Otras variables que se consideran para la adherencia terapéutica son las variables de la relación, estas se refieren a comunicación inadecuada; empatía pobre; la ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada.

3.2.5 Otra variable más es la que incluye el aspecto psicosocial, que se relaciona con las creencias del paciente, la percepción de la severidad de la enfermedad y la estimación de riesgo, así como la creencia de la persona que puede ejecutar la creencia de que la respuesta será mas eficaz que los costos ocasionados por la conducta; se supone que la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de su cumplimiento (Martin y Grau,2004).

3.2.6. Además de las variables antes mencionadas, existe otra más, que son los estilos de vida y la desestructuración de los sistemas valorativos y normativos que resultan del proceso de descomposición social.

El estilo de vida es un concepto que abarca un grupo heterogéneo de factores, como el grado de preocupación para la salud, creencias de la persona hacia su salud, la capacidad de afrontamiento de estrés o hábitos como fumar, beber, hacer ejercicio, patrones de sueño, etc. Estos factores se unirían a los determinantes biológicos y a otras características psicológicas de las personas a la hora de actuar sobre el estado de salud de los individuos (Beilin, 1997, en Rodríguez, A., Lemos, S. y Canga, A., 2002).

Un estudio llevado a cabo por Rodríguez, A, et. Al. 2002, se muestra lo dicho anteriormente, donde se pretende someter a prueba en qué medida las variables conductuales, de personalidad y físicas poseen un valor predictivo como factores de riesgo de enfermedad somática. En el estudio se pretendía probar la validez predictiva de los tipos de personalidad mediante un diseño cuasi-experimental con las que se llevó a cabo un estudio longitudinal de medidas repetidas del estado de salud. Se utilizó una muestra de 209 personas (104 hombres y 105 mujeres), dividida en dos sub-muestras seleccionadas aleatoriamente de un censo de antiguos estudiantes universitarios, con una medida de edad de 29 años, y del personal funcionario y laboral universitario, con una media de edad de 38 años. Las medidas repetidas fueron obtenidas a los tres y seis años de la primera valoración, respectivamente. Los resultados obtenidos mostraron una escasa validez predictiva de las variables de personalidad siendo la mayor influencia de las actitudes hacia la salud sobre

las conductas de salud que forman parte del estilo de vida y, por consiguiente, sobre el posterior estado de salud. Los resultados permiten concluir que los tipos de personalidad no son buenos predictores de actitudes o conductas relacionadas con la salud.

Por otro lado, como lo señala (Matarazzo 1984, en Vázquez, 2002) los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad caen dentro del factor denominado estilos de vida, y la tabla No. 3, muestra algunas enfermedades y la influencia de dichos factores.

Problemas de salud y los factores de riesgo asociados a ellos

Tipo de enfermedad	Factores			
	E.V.	I.A.	F.B.	A.S.
Enfermedades coronarias	54	9	25	12
Tumores malignos	37	24	29	10
Apoplejía	50	22	21	7
Accidentes (excepto vehículos de motor)	51	31	4	14
Accidentes (excepto vehí vehículos de motor)	51	18	1	12
Diabetes	34	-	60	6
Media Total	51	19	20	10

TABLA NO. 3. INFLUENCIA ESTIMADA EN PORCENTAJES DE CUATRO GRUPOS DE FACTOR AL COMIENZO Y DURANTE EL TRASCURSO DE ALGUNOS PROBLEMAS GRAVES DE SALUD. (VÁZQUEZ, 2002).

E.V. Estilos de vida

I.A. Influencias ambientales

F.B. Factores biológicos

A.S. Servicios de atención a la salud.

En la tabla No. 3, se puede observar cómo los estilos de vida, definidos como hábitos de comportamiento, explican más de la mitad de la variación de los datos. Dichos comportamientos sociales pueden ser de alguna manera modificados y así repercutir en el estado de salud.

Influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factor al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud.

Factores Socioculturales	Factores Psicosociales
Acceso al sistema de salud	Autopercepción de síntomas
Creencias y actitudes sociales	Hábitos de socialización
Valores culturales	Influencias de grupo
Sistemas normativos	Reacción emocional

TABLA NO. 4 FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA NO ADHERENCIA (MATARAZO, 1984, CITADO EN VÁZQUEZ, 2002).

En la tabla 4, se puede apreciar que aunado a todo lo anterior, la concepción intersubjetiva es uno de los factores que más puede contribuir al rápido desarrollo de la no Adherencia.

Dentro de este aspecto psicosocial, puede mencionarse el estudio que llevaron a cabo Martín, Riquelme y Lechuga, (2007), realizaron una investigación, cuyo objetivo consistía en detectar las diferencias que hay con respecto a las características psicológicas individuales entre las personas con múltiples enfermedades crónicas que refieren cumplimiento e incumplimiento de los tratamientos indicados. La muestra estuvo conformada por 303 pacientes que padecían más de una enfermedad y recibían más de dos medicamentos de forma habitual; se utilizó el Cuestionario Multidimensional PSICRON, que permite evaluar de manera rápida y confiable los principales factores psicológicos que pueden ser determinantes en el curso de las enfermedades crónicas, catorce de las preguntas que hacen referencia a las dolencias y tres más para los profesionales de la salud y evaluar la justificación biomédica de las quejas, la presencia de factores de riesgo y la limitación de la actividad, y el cumplimiento se evalúa con la pregunta de ¿Cumplo correctamente con el tratamiento que me ha indicado el médico? A esta pregunta, el 78.9% de los pacientes respondió que cumplía correctamente con el tratamiento indicado, mientras que el 21.1% respondió negativamente o con una opción intermedia. Se observó que predominan los pacientes mayores de 40 años, lo que explica con la edad de inicio relativamente tardía de la mayoría de las enfermedades, las personas que refieren incumplimiento se encuentran en el grupo de sujetos

de 41 a 50 años, justo en el grupo donde se concentra la mayor cantidad de personas que trabajan y que tienen un mayor nivel de escolaridad, por lo que se pudo concluir que el cumplimiento terapéutico está influido por variables socioeconómicas, como la edad, la escolaridad, la vinculación laboral, así como aspectos individuales, como la tendencia a dar respuestas de desabilidad social, creencias de cómo se controla la enfermedad, creencias de autocontrol y las estrategias de afrontamiento; por ello, el preguntarle al paciente si cumple adecuadamente con el tratamiento médico, más que dar información veraz ofrece información acerca de la actitud y las expectativas del paciente hacia la atención psicológica y médica.

Existe además de las variables mencionadas, una más que es la familia, ya que como señalan Anderson, Goebel- Fabbri y Jacobson (2005, en Martínez y Torres, 2007), el ambiente social y familiar son el tercer mediador psicosocial de mantenimiento de la salud, pero para conocer más sobre el papel que juega se hablará detalladamente en el siguiente apartado.

3.2.7. La familia como variable en la Adherencia Terapéutica.

La familia ejerce un papel importante en la interpretación de los síntomas de la enfermedad y del propio concepto de salud, así como en la interpretación de la eficacia de la respuesta de los comportamientos de los profesionales, de los enfermos y del propio tratamiento con marcadas repercusiones sobre el razonable pronóstico de una enfermedad, su influencia sobre los criterios para una política de la salud es determinante. La familia como núcleo integrador, representa una fuerza de mediación en la reproducción de estilos de comportamiento ante: a) Los síntomas de la enfermedad y las siguientes demandas de atención, b) Las conductas preventivas de salud, c) Las relaciones con los profesionales de salud y d) Hábitos de vida saludables (Manuera, Abad, Albert y Tejerino, 2004).

Se considera como una variable importante en el apego al tratamiento y la adherencia terapéutica, ya que a través de la red familiar, amigos, es posible encontrar apoyo emocional, por ello, la influencia de las relaciones familiares

ha suscitado considerable interés, entre los profesionales interesados en el control de las enfermedades crónicas, hay consenso entre los miembros de la familia, y puede favorecer la adherencia al tratamiento pero también interferir en su cumplimiento. Si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa (Martínez y Torres, 2007).

Los psicólogos y educadores, deben fomentar en el enfermo la realización de distintas actividades que lo ayudarán a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica y que en cierta medida son el reflejo de algunas características de la familia.

Robles, Mercado, Ramos Alcántara y Moreno (1995), realizaron un estudio con el objetivo de conocer quienes eran las fuentes de apoyo de las personas enfermas de diabetes mellitus tipo II en Guadalajara, específicamente de aquellas redes de apoyo social más cercanas a ellos, en este caso la familia, este apoyo podría verse afectado por la unidad doméstica y la relación del enfermo con el integrante que le brinda apoyo; el apoyo de los cónyuges fue el más notorio entre las parejas de adultos maduros que entre los ancianos; no hubo otra variable con este tipo de apoyo, ya que se advierte que los cónyuges pueden obedecer un conjunto de representaciones y prácticas, entre las cuales se encuentran una serie de compromisos y lealtades entre ellos, incluyendo el cuidado del cónyuge enfermo; el apoyo de los hijos ante la enfermedad responde a situaciones diferentes a la de los cónyuges, y ésta se da básicamente cuando los padres llegan a la vejez y sus fuentes de apoyo anteriores han desaparecido o están imposibilitadas para seguir apoyando, llegaron a la conclusión, de que los enfermos de quienes más reciben apoyo para seguir el tratamiento y sobrellevar la enfermedad es de la pareja, ya que existe una especie de compromiso entre ellos; este es un pequeño ejemplo de que las relaciones familiares juegan un papel importante en el seguimiento del tratamiento.

Una muestra de que la familia es una variable que se considera importante en el seguimiento de instrucciones del tratamiento, toma de medicamento y mejor transcurso de la enfermedad, es el estudio realizado por Martínez y Torres (2007), que tenía como objetivo explorar y analizar la importancia de la familia de adolescentes diabéticos tipo 1, para su tratamiento y control, para ello se aplicó la prueba MTZ2 que evaluó aspectos como la relación del paciente con su familia, antecedentes, control y tratamiento de la diabetes, los problemas que enfrenta la familia y el paciente por ella. Los resultados que se obtuvieron, mostraron que la referencia positiva de la familia acerca de la diabetes ocasiona un buen manejo de su tratamiento, y concluyen que las familias de los adolescentes diabéticos insulino-dependientes en la mayoría de los casos ejercen una fuerte influencia para su adecuado control y tratamiento apropiado, dada la buena relación, confianza y comunicación que mantienen con dichos pacientes a partir de haber sido diagnosticados.

A pesar de que el estudio mencionado anteriormente, no fue realizado con hipertensos específicamente, puede esperarse los mismo resultados al realizarlos con una población que haya sido diagnosticada con hipertensión arterial, ya que es una enfermedad crónico-degenerativa al igual que la diabetes y el papel que juega la familia en ellas es de igual importancia en ambos casos.

Estas variables muestran factores que pueden estar interviniendo en el apego no solamente del medicamento, sino también a una alimentación sana y balanceada, el ejercicio y visitas médicas; y que a partir de éstas se puede hacer intervenciones para que los pacientes con alguna enfermedad, y específicamente en este estudio la Hipertensión Arterial tengan una mejor Calidad y cantidad de vida.

Rosas, Pastelín, Reding, Herrera y Attie (2004, en Sánchez, 2006) refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de los siguientes aspectos: a) instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; b) el simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios); y c) programar la frecuencia de las

visitas de los pacientes, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales.

En algunas referencias el banco principal es la educación sanitario al paciente, en donde debe ser informado acerca de los aspectos básicos acerca de la Hipertensión y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones y su relación con la adherencia al tratamiento, a las visitas médicas, a la alimentación, al ejercicio, etc.

Un estudio que nos muestra como las creencias, prácticas y conocimientos son algunos factores mas para la presencia de adherencia terapéutica, es el realizado por Acosta, Debs, De la Noval y Dueñas (2005), tuvo como objetivo identificar los conocimientos, creencias y prácticas sobre adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, para ello participaron 165 personas con hipertensión, se realizó un cuestionario de manera autoadministrada, donde se evaluaron factores como a) Conocimientos y factores asociados a la hipertensión arterial b) Vulnerabilidad y amenaza percibida a las complicaciones de la hipertensión arterial, c) Percepción de beneficios del tratamiento d) Asistencia a las consultas programadas e) Frecuencia en el cumplimiento del tratamiento y comunicación de incumplimiento del mismo, f) Información recibida para el tratamiento. Lo que se obtuvo tras la realización fue lo siguiente por cada factor: en cuanto a los conocimientos y factores, el estrés fue el factor que mas se asoció a la hipertensión arterial (88.4%), y el consumo de sal se asocio un 63.7%; referente a la vulnerabilidad y amenaza percibida, el 48.4% de los participantes no se sintió amenazado ni vulnerable contra la enfermedad, lo cual conspira contra la adherencia terapéutica, el 51.6% de los participantes se sienten satisfechos con los beneficios del tratamiento, el 45.4 se sienten parcialmente y al 3% le resultan indiferentes estos beneficios; la asistencia a las consultas, la mitad de los participantes asisten a sus consultas, de ellos el 52.6% tienen edades de 45 a 65 años; el factor asociado a la frecuencia de cumplimiento al tratamiento y la comunicación del incumplimiento del mismo, mostró que el 51.6% mantiene una práctica adecuada, el 45.4% solo en ocasiones y el 3% nunca ya que las

creencias en salud no son moduladas por la adherencia, el último aspecto, el de información recibida para el tratamiento, el 97% dijo que recibía educación de manera individual, mientras que el 3% la refiere de manera colectiva. Con la obtención de estos resultados, llegan a la conclusión de que el comportamiento del paciente desempeña un papel importante y decisivo en la evolución de la enfermedad, pueden alargar su vida, aquellos que puedan adherirse adecuadamente los tratamientos y regímenes de vida que la enfermedad le exigen para su mejor evolución.

3.3. Consecuencias de no tener un buen nivel de Adherencia Terapéutica

Martín (2006), considera que la falta de apego al tratamiento trae consigo consecuencias en los diferentes ámbitos de desarrollo de la persona, en el social, laboral, y económico y la deficiente adherencia, puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, que puede manifestarse en errores de omisión, de interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación.

La Organización Mundial de la Salud, asegura que el incumplimiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, se han realizado análisis sobre la adherencia terapéutica en países desarrollados en pacientes con enfermedades crónicas, y solo el 50% tiene una adherencia terapéutica total, y se supone que en los países en desarrollo un menor porcentaje de los pacientes tiene un grado mayor de adherencia, por la escases de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria, en cuanto a hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es solo el 27% en Gambia, 43% en China y 51% en Estados Unidos, en Cuba el 51%.

Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresa en diversos ámbitos de la vida, en los diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población.

- Consecuencias médicas o clínicas

Dentro de este grupo de consecuencias se puede mencionar retraso en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución del número de dosis, el cambio de tratamiento con la inducción de nuevos medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de aparición de efectos secundarios o la dependencia al medicamento.

La OMS señala algunos otros riesgos como lo son:

- Aumenta el riesgo de dependencia: muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- Aumenta el riesgo de efectos adversos:
- Aumenta el riesgo de toxicidad:
- Aumenta el riesgo de accidentes: el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol o no manejar.
- Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa.

En cuanto a la hipertensión arterial se ha demostrado que la buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de esta enfermedad; en una investigación realizada en pacientes con diabetes tipo 2, se encontró que la buena adherencia al tratamiento, incluidas las modificaciones higiénicas y dietéticas y las medidas de auto cuidado reducen las complicaciones y la discapacidad, a la vez que mejoran la calidad y esperanza de vida en los pacientes.

- Consecuencias económicas:

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, así como la afectación de su productividad en su puesto de trabajo.

Tiene pérdidas sensibles en la economía familiar, en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar.

En cuanto al gasto sanitario del estado, se puede incrementar en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos.

Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresa en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas.

En cuanto a las consecuencias psicosociales, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico que pudiera evitarse, como limitaciones irreversibles y progresivas que afecten de modo significativo su calidad de vida, genera problemas con la autoimagen, autoestima y provoca miedo ante una posible amenaza vital y muerte; el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos, el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo. Así mismo, entorpece la adopción de rol de enfermo que necesariamente tiene que asumir la persona con un padecimiento crónico; Incide en la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo, ya que tiene que reajustar metas, y puede interferir en la comunicación con las personas, o causarle algún tipo de conflicto en los roles habituales y las responsabilidades que tiene en la familia.

La adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece su control y tiende hacia la salud.

Debe tomarse en cuenta que la falta de adherencia no depende únicamente del paciente, ya que también intervienen factores relacionados con el sistema de salud, en este aspecto, pueden mencionarse las dificultades para acceder a los

centros de salud, falta de médicos al momento que el paciente lo requiera, además de que el paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento. Se observa además que a la reducción del tiempo de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento, han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento; un aspecto más es el de las características de la comunicación entre los médicos y los pacientes, ya que ésta es fundamental, ya que en los casos en los que el médico, es torpe, no motiva al paciente, no le inspira confianza, contribuye a su falta de adherencia.

Dentro de la gran cantidad de estudios realizados sobre la adherencia terapéutica, se puede mencionar el de Martín, Sairo y Bayarre en el 2003, el cual tuvo como objetivo identificar la frecuencia de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de forma general y algunas variables sociodemográficas como género, edad y ocupación, para ello participaron 109 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y no con alguna otra enfermedad crónica además de esta, los datos se obtuvieron tras la aplicación de un instrumento que recoge datos del paciente, modo de cumplimiento del tratamiento y los criterios de factores determinantes para una adecuada o inadecuada adherencia terapéutica, los resultados obtenidos muestran que el 52.4% de los pacientes hipertensos mencionan que cumplen las indicaciones médicas de forma completa, mientras que el 47.6% no tuvo una adherencia terapéutica adecuada; en cuanto al género, los pacientes que presentan una mayor adherencia terapéutica es el femenino un 68.5%, referente al factor edad, quienes tienen una mejor adherencia son los pacientes jubilados con un 40.7%, seguido de las amas de casa con un 31.35%, mientras que el 44.9% restante es el de los pacientes que tienen una menor adherencia terapéutica, ya que corresponde a personas trabajadoras. Como conclusión obtuvieron, que la frecuencia de la adherencia terapéutica es baja al menos en la población estudiada por ellos, especialmente en pacientes de género masculino, ya que se considera que las mujeres acuden con mayor frecuencia a consultas médicas y suelen ser más responsables en el cumplimiento de las indicaciones; los menores de 60 años, y personas con vínculo laboral, ya que cuentan con

obligaciones laborales que pueden provocar en el individuo preocupaciones de otra índole y disminuir la atención al cuidado de la salud.

La Rosa, Martín y Bayarre, (2007), realizaron un estudio que tenía la finalidad de describir los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en una pequeña población en Cuba, la muestra estuvo constituida por 9081 pacientes diagnosticado como hipertensos, se les aplicó un instrumento que indaga sobre los datos generales del paciente, así como criterios determinantes para la adherencia total, parcial, o en su caso, la no adherencia al tratamiento médico, los resultados obtenidos, fueron los siguientes; en cuanto a las creencias, la mayor parte de los participantes, refiere que asumir comportamientos saludables es necesario además de importante en relación con las prescripciones ,médicas para sentirse mejor; en cuanto a los conocimientos de la enfermedad, los pacientes conocen del carácter crónico que tiene la enfermedad, además de que su control no se logra únicamente con medicamentos, sino con el cumplimiento además de medidas dietéticas e higiénicas. En el aspecto del afrontamiento a través de la autoeficacia, se observó que los pacientes se sienten capaces de llevar a cabo el tratamiento, consideran que es algo posible de realizar y que pueden modificar sus hábitos de vida conforme a lo que les indican los médicos, haciendo referencia a las redes sociales la mayoría de los pacientes consideran que es muy significativo el apoyo que recibe el paciente de familiares y amigos, lo que los alienta a incrementar la ejecución de las prescripciones médicas y animan al enfermo a continuar con el régimen médico, con los resultados obtenidos anteriormente, concluyeron que las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento médico como una necesidad en beneficio de su salud, los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con autoeficacia y la percepción de redes de apoyo social suficientes se asocian a su vez a un buen nivel de adherencia terapéutica.

Uno más que maneja una intervención cognitivo conductual y sus efectos en la adherencia terapéutica, es el llevado a cabo por Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa (2005), el cual, tuvo el objetivo de evaluar los efectos de una

serie de intervenciones de tipo cognitivo-conductual sobre la calidad de vida, adherencia terapéutica e índices de bienestar de pacientes hipertensos; para ello se realizaron dos estudios, uno de ellos donde se exploraron propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar la calidad de vida con respecto a la salud, en un grupo de 118 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad crónico-degenerativo de alta incidencia en México, donde se evaluaron áreas como *percepción de salud y bienestar*, donde se exploran las creencias del paciente sobre su salud y el impacto de la enfermedad en su vida *Relaciones interpersonales*: Satisfacción del paciente por la interacción que tiene con su familia, pareja y trabajo. *Funciones cognitivas*: Explora la capacidad percibida en memoria y concentración del paciente. *Indicador general de calidad de vida*: es una evaluación general del paciente sobre su calidad de vida, y las opciones van desde la mejor calidad posible a la peor calidad de vida posible o peor que estar muerto. *Síntomas*: Síntomas más comunes de los padecimientos crónicos y se explora la intensidad con la que se perciben, de no tuvo hasta muchísimo. En el segundo, se realizó un ensayo clínico con veinte pacientes diagnosticados con hipertensión arterial esencial a quienes se expuso a un tratamiento cognitivo conductual y los principales componentes de la intervención fueron: *Detección de pensamientos disfuncionales*: El paciente identificara los pensamientos negativos e irracionales que le ocurrían espontáneamente o ante contratiempos en su vida cotidiana y solían interferir con el cuidado de su salud. *Reestructuración cognitiva*: Cuestionamientos mediante preguntas sucesivas sobre pensamientos disfuncionales que se refieren a la capacidad del paciente para realizar cambios en su vida sobre creencias distorsionadas sobre su tratamiento médico, se procedía a mostrar mediante las preguntas, lo disfuncional de una creencia y la utilidad de pensamientos alternos; *Solución de problemas*: Definición y análisis de obstáculos reales o percibidos que eran susceptibles de solución, se hacían planes alternos visualizando o simulando pasos para su instrumentación y analizando sus consecuencias, y abarcaba problemas tanto de adherencia terapéutica, como aquellos de la familia, el trabajo, la interacción personal, de recursos, etcétera. *Autorregulación*: Se daba técnicas de relajación profunda que le permitieran el control sobre respuestas antagónicas, se incluyeron secuencias de respiración diafragmática, inducción a la relajación muscular

profunda e imaginación guiada. *Moldeamiento*: Se utilizó para la corrección de déficits conductuales que afectaran el desempeño del paciente en cualquier ámbito relevante para el cuidado de la salud. Se llevó a la práctica en cada uno de los pacientes de manera de tareas, para que las generalizaran en su ambiente cotidiano; los resultados obtenidos en cuanto a calidad de vida muestran un aumento en todos los aspectos, de funciones cognitivas 35.4%, calidad de vida en general: 34.4%, percepción de salud y bienestar: 23.4%, en relaciones interpersonales: 18.1% y 10.1% en síntomas. En cuanto a la adherencia hubo un incremento en los niveles de actividad física, mantenimiento de la dieta prescrita y la toma adecuada de medicamento, mientras que las conductas de riesgo mostraron una reducción de 43%. Los resultados mostraron beneficio de los componentes terapéuticos como elemento central y para propiciar un mejor aprovechamiento de los recursos de las instituciones, se busca además evitar postergar complicación en el dispendio de los recursos tanto humanos como económicos de una adherencia inadecuada.

Con base a lo anterior, se dará inicio al trabajo de Adherencia Terapéutica donde se llevo a cabo un programa cognitivo-conductual con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes Hipertensos.

CAPÍTULO IV.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA: UN PROGRAMA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

4.1 METODOLOGÍA

Como ya se ha venido mencionando, ha habido un cambio en la psicología de la salud, es decir, anteriormente sólo el médico intervenía en las enfermedades orgánicas, ahora también el psicólogo, y esto porque se observó que éstas tienen diversas causas, además de que se requiere que haya programas donde no sólo se actúe cuando la enfermedad ya este presente y el paciente tenga una mejor calidad de vida, sino también antes de la aparición, es decir, en la prevención.

Por otro lado, se ha observado que en los últimos años ha habido un cambio en la epidemiología de las enfermedades infecciosas por las crónico degenerativas, como lo es la diabetes, el cáncer, la Hipertensión Arterial, etc. Dado que estas enfermedades requieren de una gran gama de estrategias para mejorar la calidad de vida si ya están presentes en el individuo, una de las estrategias sería la adherencia terapéutica que, comúnmente es el apego a las recomendaciones del medico, como sería apego al medicamento, a las visitas medicas, al ejercicio, a una alimentación saludable. Por otra parte no hay que olvidar que existen diversas variables que pueden intervenir para que la adherencia se lleve a cabo, como serían las propias del paciente, las del tratamiento que se este llevando a cabo, las psicosociales y la familia; y por consiguiente tener repercusiones en el individuo, tanto económicas, de salud, medicas, etc.

- Pregunta de investigación

¿La Adherencia terapéutica podrá incrementarse al modificarse las creencias y conductas y coadyuvar en el tratamiento?

Participantes.

Se trabajó con 4 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, con un rango de edad de 40 a 70 años, Los participantes se eligieron de manera intencional, con el objetivo de tener una mayor accesibilidad a ellos y una mayor participación.

Para que se pudiera contar con la participación de los asistentes, tuvieron que cumplir con los siguientes criterios: a) que cumplieran con el rango de edades, entre los 40 y 70 años. Cabe mencionar que se recurre a este rango de edad, ya que en reportes que muestra la OMS (2005) nos menciona que 35 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran del sexo femenino y menos de 70 años de edad. Además como lo menciona Schreurs, 1978 las edades de personas que tienen Hipertensión Arterial son de 60 años de edad, y que en países bajos éstas fluctúan entre los 35 y 65 años; y b) que hayan sido diagnosticados con hipertensión mínimo seis meses para poder intervenir a nivel terciario, ya que se cuenta con el antecedente de que se encuentran siguiendo un tratamiento médico.

Después de contactar a los participantes, se les reunió en el salón de usos múltiples de la colonia San Javier, en Tlalnepantla Estado de México, después de la presentación por parte de las investigadoras, se les dio una breve explicación donde se les mencionó en que consistía el programa, así como su duración, posteriormente, tras su aceptación, se les entregó un escrito de consentimiento informado, donde ellos aceptaban participar en el programa, así como el uso de los resultados que se obtuvieran con cada uno de ellos.

Materiales.

Los materiales que se utilizaron a lo largo del programa son los siguientes:

- Un Baumanómetro que se utilizó para medir el nivel de presión arterial de los participantes cada sesión
- Hojas de papel Bond para que los participantes registraran los pensamientos y realzar anotaciones a lo largo del programa
- Bolígrafos

- Pantalla y computadora donde se presento la información sobre hipertensión arterial

Se realizó un estudio no probabilístico intencional, debido a que se plantea la selección a aquellos participantes que facilitaran la accesibilidad de la información y que se encontraran en plena disposición para exponer su experiencia personal. Este tipo de muestreo permite que el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento es utilizar como muestra a los individuos a los que se tiene fácil acceso, según la disposición de los participantes o la del investigador para responder al cuestionario. Con base en esta acotación, se seleccionarán de manera intencional los pacientes que integrarán la muestra (Sánchez, 2000).

El diseño que se empleó para este estudio fue cuasiexperimental, que se caracteriza por carecer de control sobre la programación de variables, y no existe control sobre la selección de los sujetos, esto se da generalmente en estudios de campo o de tipo social, además será de tipo A-B-A (Rodríguez, D., López, Alvarado y Plancarte, 2001)

Instrumento.

Al construir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de la salud. Que para fines de esta investigación, se ha hecho uso de la Teoría de Acción Razonada (T.A.R), ésta enfatiza el papel mediador de lo que la persona se dice a sí misma sobre su conducta manifiesta (Ginarte 2001).

Los componentes de este modelo según (Ajzen y Fishbein, 1994, citado en Enríquez y Sánchez, 2004) son los siguientes:

- Creencias de las personas: son las creencias de la persona que afecta el comportamiento y están en función de lo que la persona atribuye al evento o de los resultados que obtiene.

- Evaluación de los resultados: es el valor que la persona da a un resultado del comportamiento.
- Creencias normativas: son las creencias acerca del comportamiento en función de las normas de un grupo para aprobar o desaprobar una conducta.
- Motivación: es la motivación de la persona para llevar a cabo o no la conducta, pero en función de los referentes sociales o las creencias normativas.
- Actitud hacia a la conducta: es la evaluación completa hacia la conducta
- Norma subjetiva: son las percepciones de la gente que influyen en la persona para llevar a cabo o no una conducta.
- Intención: se refiere a percibir la posibilidad de realizar la conducta. la T.A.R. marca que las intenciones son la más directa influencia sobre la conducta. las intenciones deben corresponder exactamente con la conducta en cuestión, en este caso la adherencia terapéutica.

Este modelo postula que una conducta de salud es el resultado directo de la intención del comportamiento, es decir, que la persona intente llevar a cabo, realmente, la conducta (Enríquez y Sánchez 2004).

Descripción del lugar

El lugar donde se llevó a cabo las sesiones del programa contaron con las siguientes características: cuarto o salón amplio, que permitió realizar las distintas actividades sin problemas de espacio, contó con buena iluminación, además de mesas y sillas para cada uno de los participantes, así como para las terapeutas.

Definición de variables

Variable independiente: Cogniciones de los participantes

Variable dependiente: Conducta de los participantes (Tomar medicamento, acudir a las visitas médicas, realizar ejercicio, tener una dieta balanceada, tomar el medicamento correctamente), nivel de adherencia terapéutica.

Procedimiento

Diseño de investigación

El diseño que se empleara para este estudio es cuasiexperimental, que se caracteriza por carecer de control sobre la programación de variables, y no existe control sobre la selección de los sujetos, esto se da generalmente en estudios de campo o de tipo social, además será de tipo A-B-A (Rodríguez, D., López, Alvarado y Plancarte, P., 2001)

Fase 1. Pre tratamiento

Sesión 1.

Al inicio de esta sesión, se tuvo la presentación de los terapeutas, así como la explicación de los aspectos generales de la intervención. Posteriormente, se tomó el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes, al finalizar este registro se les dio a cada uno de ellos el instrumento de adherencia terapéutica, donde se manejan factores de la Teoría de la Acción Razonada, como lo que hace, lo que sabe, creencias, actitudes y el apoyo de otros, así mismo el inventario de calidad de vida, que maneja factores como alimentación, gasto energético, conductas de riesgo, funciones cognitivas y conductas protectoras (Ver anexo 1).

Al finalizar la sesión, se les dio el consentimiento informado, para dar su autorización para el uso de los resultados y aceptar su participación de la intervención (Ver anexo 1).

Tratamiento:

Fase 2. Módulo Educativo

Sesión 1

Se llevaron a cabo distintas actividades con el objetivo de saber qué tantos conocimientos tenían los pacientes sobre la hipertensión arterial, como qué es, las causas y las consecuencias., comenzando con una ronda de preguntas para saber sus conocimientos y dudas sobre el tema. Esto se llevó a cabo por medio de la presentación de diapositivas. (Ver anexo 2).

Fase 3. Promoción de salud: adhesión al tratamiento, hábitos alimenticios y ejercicios.

Sesión 1

En esta sesión se tomó el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes, posteriormente, se habló acerca de la importancia que tiene el seguir con el tratamiento farmacológico, seguir las instrucciones del médico para tener una mayor adhesión al tratamiento, así como el tener hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación para una mejor calidad de vida. (Ver anexo 3)

Fase 4 y 5 Módulo cognitivo

Sesión 1.

En esta sesión se tomó el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes posteriormente, se les dio una breve explicación acerca de los pensamientos adecuados e inadecuados y la importancia que tienen éstos junto con las emociones negativas y como a través de distintas técnicas cognitivo-conductuales, se puede generar un cambio en estos últimos logrando una mayor adherencia terapéutica. Posteriormente, se les pidió que en una hoja hicieran dos columnas, una que tuviera sus pensamientos adecuados y otra con los pensamientos inadecuados respecto a la hipertensión arterial que posteriormente comentarán cada uno de los participantes. Consecutivamente, se les dio una hoja para que registraran los pensamientos y emociones que tuvieran durante el día hasta la siguiente sesión (Ver anexo 4).

Sesión 2.

Al inicio de la sesión se tomó el nivel de presión arterial de cada uno de los participantes, al finalizar con la toma de la presión arterial, se hizo la revisión del registro de los pensamientos de cada uno de los participantes con el fin de que identificaran si el tener esos pensamientos influían en el seguimiento del tratamiento (Ver anexo 4).

Fase 6. Solución de problemas

Sesión 1.

Antes de iniciar ésta sesión, se le tomo el nivel de presión arterial a cada uno de los participantes. Posteriormente se les habló sobre los diferentes problemas a los que se enfrentan con respecto a su enfermedad y se les enseñaron los pasos de la técnica de solución de problemas con la finalidad de que ellos puedan resolver éstos últimos en su vida diaria, comenzando con un ejemplo de aplicación, ya que la técnica había quedado clara para los participantes, se les pidió que expusieran un caso propio de su enfermedad y la solución de éste por medio de esta técnica.

Fase 7. Entrenamiento en relajación

Sesión 1.

Al inicio de ésta actividad, se tomo el nivel de presión arterial a cada uno de los participantes. Posteriormente se les dio una breve explicación acerca de la utilidad de la relajación, los síntomas fisiológicos de ésta, y por último se les enseñó distintas técnicas con el fin de que ellos puedan aplicarlas en una situación estresante de la vida diaria, pero específicamente en su enfermedad, que es la Hipertensión Arterial y la adherencia. (Ver anexo 5).

Fase 8. Evaluación postratamiento.

Sesión 1.

En ésta última sesión, se le tomo el nivel de presión arterial a cada uno de los participantes, se les aplico el cuestionario de adherencia al tratamiento de la Teoría de Acción Razonada y el cuestionario de Estilos de Vida. (Ver anexo 6).

RESULTADOS

Los resultados que a continuación se muestran, comienzan con la descripción demográfica de cada uno de los participantes, además se incluyen los datos obtenidos tras la aplicación de un instrumento que evaluó la adherencia terapéutica, y un inventario que manejó los estilos de vida, ambos tuvieron una aplicación pre y post intervención, así mismo, se muestran los niveles de presión arterial de cada uno de los participantes a lo largo del proceso, pudiendo así evaluar la eficacia de la presente investigación.

Descripción demográfica de los participantes

Participante No. 1 María (M), de 52 años de edad, realizó estudios hasta la secundaria, actualmente vive con su marido y sus dos hijos, uno de 26 años divorciado y otro de 29 años que es soltero, sus actividades cotidianas son dedicarse al trabajo doméstico y atender una tienda de abarrotes desde las 10 de la mañana a las 10 de la noche en La Loma Tlalnemex en Tlalnepantla Estado de México, el tiempo que tiene con la hipertensión diagnosticada es de 2 años.

Participante No. 2 Ana (A), de 51 años de edad, realizó hasta la escuela secundaria, vive con su marido y su nieta de 3 años, la mamá de la niña, únicamente va por las noches cuando su marido se va a trabajar, aunque otra de sus hijas vive en la misma casa pero independiente de ella, con su marido y su hija. Ella se dedica al trabajo doméstico, a lavar ropa de sus hermanas para poder obtener un ingreso extra y a cuidar a su nieta de tres años en lo que su hija sale de trabajar y de estar con su marido, ella fue diagnosticada con hipertensión hace 7 meses.

Participante No. 3 Carmen (C) , de 48 años, realizó estudios hasta la primaria, vive con su padre y una hermana que es mayor que ella, ella se dedica al trabajo doméstico por las mañanas y tiene la tarde libre después de la hora de la comida, a ella le diagnosticaron hipertensión hace aproximadamente año y medio.

Participante No.4 Beatriz (B), de 68 años, realizó estudios hasta la primaria, vive con su nieta de 23 años, y una de sus hijas, en las mañanas se dedica al trabajo doméstico y después de eso sale a atender un puesto en un mercado en el Distrito Federal, en la Delegación Cuauhtémoc.

A continuación, se muestran los datos obtenidos de la adherencia terapéutica en cuanto a toma de medicamento, dieta balanceada, la realización de ejercicios, visitas médicas, además de los niveles de presión arterial y los aspectos manejados por la Teoría de Acción Razonada (lo que hace, lo que sabe, creencias, actitudes, lo que los demás piensan y el apoyo que recibe de otros).

Part.	* Toma de medicamento		* Dieta Balanceada	
	Pre Interven.	Post Interven	Pre Interven.	Post Interven
1	7	11	10	11
2	11	11	11	11
3	11	11	8	8
4	11	9	6	8

Adherencia Terapéutica

TABLA No. 5 MUESTRA EL CAMBIO QUE HUBO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN CUANTO A LA TOMA DE MEDICAMENTO Y LA DIETA BALANCEADA.

Las tablas 5 y 6, muestran los cambios que hubo antes y después de la intervención. Se puede observar que en María (Part 1) en la toma de medicamentos hubo un aumento de 3 puntos, ya que de 7 aumento a 11, a diferencia de las participantes Ana (Part. 2) y Carmen (Part. 3), que se mantuvieron en sus puntuaciones iniciales. En la participante Beatriz (Part. 4) se nota una disminución. En cuanto a la dieta balanceada, se puede observar que no hay un cambio significativo, ya que, tanto la participante Ana y Carmen se mantuvieron en sus niveles iniciales, a comparación de las participantes María (Part 1) y Beatriz. Con respecto al ejercicio, se observa que en todas las participantes hay poca adherencia, en algunas hay puntuaciones de 2 y hay un

aumento de hasta de 7. Por último, en lo referente a las visitas médicas, las puntuaciones se mantuvieron en sus niveles iniciales.

Adherencia Terapéutica

Part.	* Realizar Ejercicio		* Visitas Médicas	
	Pre Interven.	Post Interven	Pre Interven.	Post Interven
1	10	11	10	11
2	8	7	8	7
3	2	4	2	4
4	3	10	3	10

TABLA NO. 6 MUESTRA EL CAMBIO QUE HUBO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN CUANTO A LA TOMA DE MEDICAMENTO Y LA DIETA BALANCEADA.

Registro de Presión Arterial

Sesión	Part.1		Part. 2	
	Presión Sistólica	Presión Diastólica	Presión Sistólica	Presión Diastólica
1	120	90	130	80
2	119	90	120	80
3	130	90	120	80
4	120	90	135	80
5	130	85	120	80
6	120	90	120	85

TABLA NO. 7 MUESTRA EL NIVEL DE PRESIÓN ARTERIAL DE LOS PARTICIPANTES A LO LARGO DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA.

En las tablas 7 y 8 se muestra que los niveles de presión arterial se encuentran estables en todos los participantes. Cabe mencionar que en algunos casos hubo un aumento de ésta, sin embargo, este aumento no fue significativo.

Registro de Presión Arterial

	Part. 3		Part.4	
Sesión	Presión Sistólica	Presión Diastólica	Presión Sistólica	Presión Diastólica
1	130	80	120	80
2	135	80	120	90
3	130	80	130	80
4	107	69	125	85
5	130	80	120	80
6	122	88	120	80

TABLA NO. 8 MUESTRA EL NIVEL DE PRESIÓN ARTERIAL DE LOS PARTICIPANTES A LO LARGO DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA.

A continuación se presentan los datos referentes a la adherencia terapéutica, que fueron evaluados por medio del modelo de la Teoría de Acción Razonada. Cabe mencionar que todos los datos que se mostraran fueron obtenidos en la aplicación antes y después de la intervención.

Lo que hace

	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4
Pre-intervencion	24	26	25	25
Post-intervencion	25	27	28	29

TABLA NO. 9 MUESTRA EL PUNTAJE OBTENIDO POR CADA PARTICIPANTE EN LOS REACTIVOS, REFERENTE A LO QUE HACE SOBRE LA ENFERMEDAD, COMO LO MARCA LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA

La tabla 9 muestra el puntaje obtenido por cada participante en los reactivos, referente a lo que hace sobre la enfermedad, como lo marca la teoría de Acción Razonada. Se puede observar un aumento de 1 punto en el caso de María y

Ana; en el caso de las participantes Carmen y Beatriz se nota una puntuación significativa de 3 y 4 respectivamente.

Lo que sabe

	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4
Pre-intervencion	6	4	5	4
Post-intervencion	6	5	6	5

TABLA NO. 10 MUESTRA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TENÍAN LOS PARTICIPANTES SOBRE LA ENFERMEDAD ANTES DE LA INTERVENCIÓN Y LOS CAMBIOS QUE PRESENTARON AL FINALIZAR LA MISMA.

En la tabla 10 se observa que los conocimientos que tenían sobre la enfermedad tuvieron un cambio después de la intervención. En el caso de María se mantuvo en las puntuaciones iniciales, que éstas eran de 6; en cuanto a las participantes Ana, Carmen y Beatriz tuvo un aumento de 1.

Creencias

	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4
Pre-intervencion	5	6	5	5
Post-intervencion	4	6	4	3

TABLA NO. 11 MUESTRA LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS RESPECTO A LAS CREENCIAS Y EL CAMBIO DE ÉSTAS, MUESTRA CAMBIOS EN LAS CREENCIAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

La tabla No. 11 muestra las puntuaciones obtenidas respecto a las creencias y se observa que las puntuaciones tendieron a disminuir en la mayoría de los casos, ya que lo que se pretendía era que después de módulo educativo estas creencias, que en su mayoría eran negativas se modificaran después de dicho módulo, únicamente en la participante Ana, se mantuvo la puntuación pre

intervención, lo que muestra que no hubo un cambio en las creencias respecto a la enfermedad.

Actitudes

	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4
Pre-intervención	22	26	20	19
Post-intervención	28	25	21	22

TABLA NO. 12 MUESTRA LOS CAMBIOS EN LAS ACTITUDES DE LOS PARTICIPANTES RESPECTO A LA ENFERMEDAD

En la tabla No. 12 se observan los puntajes obtenidos referente a las actitudes en la enfermedad, como la toma de medicamento, dieta balanceada, etcétera, aquí se observa un incremento en todos los participantes, los más significativos fueron en la participante María, que fue de 6 puntos, mientras que en el resto de las participantes el aumento fue de 1 a 3 puntos.

Lo que otros piensan de usted

	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4
Pre-intervención	5	6	5	6
Post-intervención	5	6	5	5

TABLA NO. 13 MUESTRA LOS PENSAMIENTOS DE LOS PARTICIPANTES RESPECTO A LO QUE OTRAS PERSONAS PIENSAN DE ELLAS

En la tabla No. 13 se observa que no hubo cambio alguno en los pensamientos que tienen los participantes respecto a lo que otros piensan de ellas en lo referente a la enfermedad, específicamente a partir de que les fue diagnosticada, el único cambio registrado se nota en la participante Beatriz, que tuvo la disminución de un punto en la post intervención.

Apoyo de otros

	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4
Pre-intervencion	13	11	12	13
Post-intervencion	13	10	12	13

TABLA No. 14 MUESTRA EL APOYO QUE PERCIBEN LOS PARTICIPANTES QUE RECIBEN DE OTROS.

En la tabla No.14 se muestran los puntajes obtenidos respecto al apoyo que reciben los participantes de otras personas, como familia, amigos cercanos y médicos, se observa que no hubo cambios, ya que las puntuación se mantuvieron en todos los casos, a excepción del participante Ana, que tuvo disminución de un punto en la aplicación post evaluación.

Además de conocer los datos respecto a la adherencia terapéutica en cuanto a vivitas médicas, toma de medicamento, realización de ejercicio, el llevar una dieta balanceada, la Teoría de la Acción razonada y los niveles de presión de cada uno de los participantes, obtuvimos información acerca de la calidad de vida de los participantes por la aplicación del inventario que se mencionó anteriormente, para ello, se presenta una serie de gráficas, que muestran los resultados obtenidos por cada uno de los participantes, se consideraron reactivos como alimentación, ésta hacía referencia a los hábitos alimenticios,, gasto energético, este aspecto se refiere a tener mayor actividad física durante el día, otro fue el de conductas de riesgo, que menciona hábitos como fumar y beber alcohol, además se consideraron las funciones cognitivas que incluyen los pensamientos y sentimientos tales como alegría y enojo, por último se encuentran las conductas protectoras, que mencionan aquellas que ayudan a tener controlada la enfermedad. Los datos, son los obtenidos antes y después de la intervención.

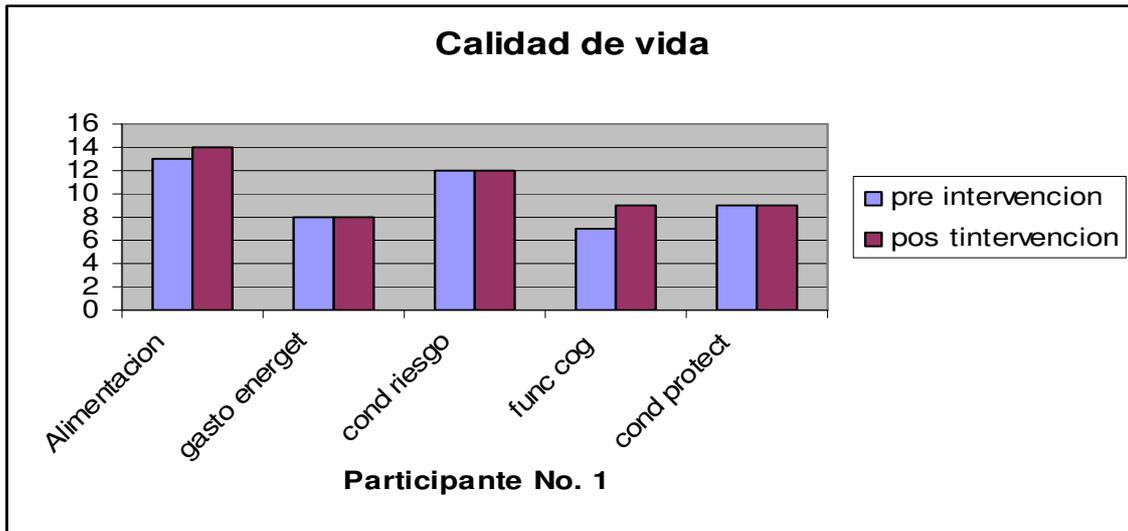


FIGURA No. 1. MUESTRA LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL PARTICIPANTE NÚMERO UNO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

En la Figura No. 1, se muestran los puntajes obtenidos en el inventario de María , aquí se muestra que en cuanto a los hábitos alimenticios hubo un cambio favorable (de 12 A 14 pts), ya que las acciones evaluadas antes de la intervención eran menos adecuadas que después, en lo que se refiere a gasto energético (8 pts) y conductas de riesgo (12 pts), no hubo cambio alguno al igual que en las conductas protectoras (9 pts), mientras que en las funciones cognitivas hubo un cambio, ya que estas son mas adecuadas después de la intervención(9 pts).

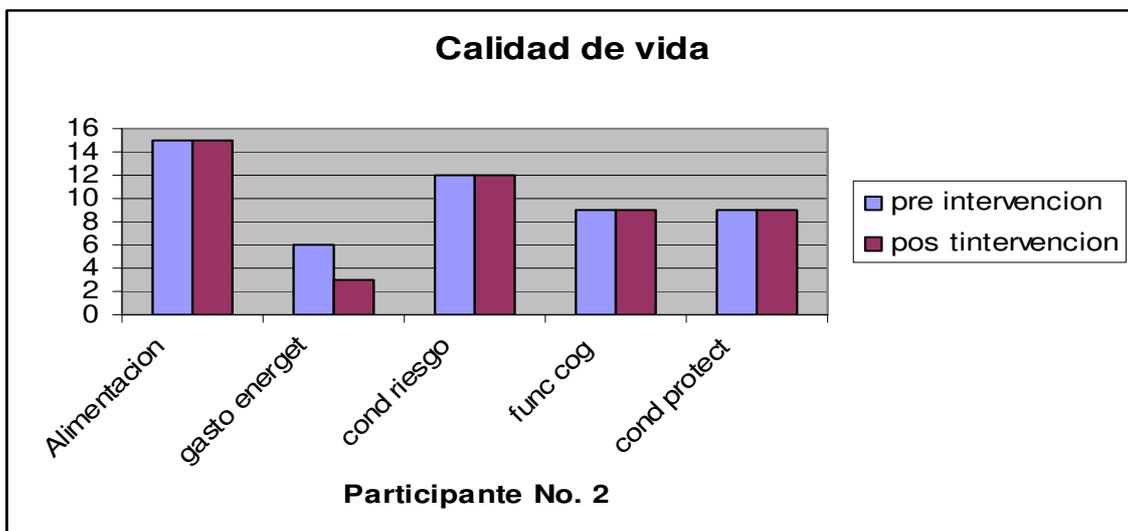


FIGURA No. 2. MUESTRA LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL PARTICIPANTE NÚMERO DOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

En la Figura No. 2 se muestra la calidad de vida del participante 2, se observa el puntaje que obtuvo Ana en cuanto a la alimentación (14 pts), a las conductas de riesgo(12 pts), funciones cognitivas (9pts) y las conductas protectoras (9pts) no tuvieron cambios, pero en lo que se refiere al gasto energético, si se observó cambios, pero hubo una disminución del puntaje, lo que significa que ahora tiene un menor gasto energético que antes de la intervención.

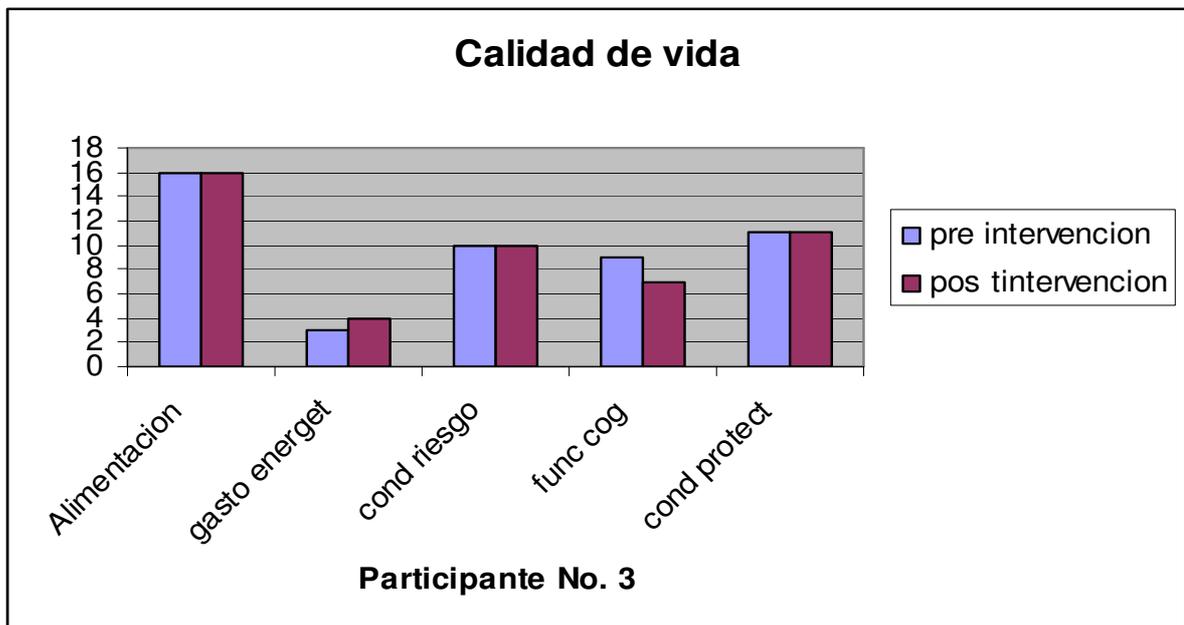


FIGURA NO. 3. MUESTRA LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL PARTICIPANTE NÚMERO TRES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

En la Figura No. 3 se presenta calidad de vida del participante número 3 se muestra los cambios que hubo en Carmen, a partir del tratamiento en adherencia terapéutica. En cuanto a alimentación (16pts), Conductas de riesgo(10pts) y conductas protectoras (11pts), se puede observar que ésta no tuvo ningún cambio, ya que las puntuaciones permanecieron estables; en cuanto al gasto energético, en éste si hubo cambios de 1 punto (de 3 a 4 pts) , aunque no fueron muy significativos; y por último, en las funciones cognitivas si hubo cambios, ya que sus pensamientos inadecuados(9 puntos) fueron sustituidos por unos más adecuados(7 pts).

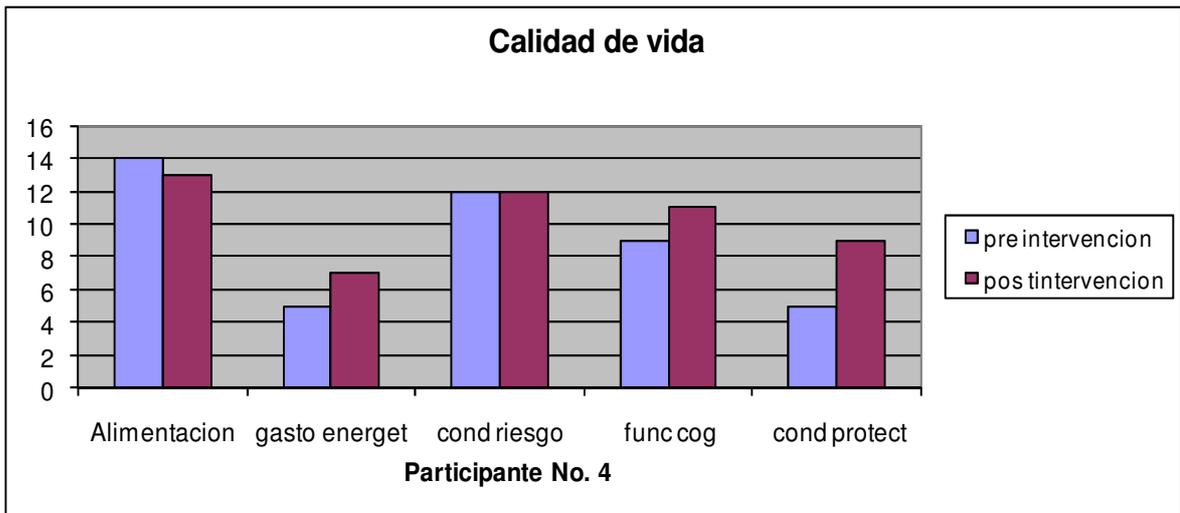


FIGURA No. 4. MUESTRA LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA DEL PARTICIPANTE NÚMERO CUATRO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

En esta gráfica muestra que Beatriz tuvo cambios. En cuanto a alimentación se observa que ésta disminuyó, es decir, antes de la intervención tenían ciertos hábitos alimenticios, y que después de ésta fueron cambiados por unos más adecuados (de 14 a 13 pts); en cuanto al gasto energético se nota un incremento de 3 puntos, se podría decir que su incremento en ejercicio sí cambió (de 5 a 7 pts); lo referente a las conductas de riesgo, éstas se mantuvieron en sus puntajes iniciales (12 pts); en lo que respecta a las funciones cognitivas y a las conductas protectoras, éstas también tuvieron un cambio significativo, las funciones cognitivas de 9 pts pasaron a 11 puntos y las conductas protectoras de 5 a 9 puntos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica (toma de fármacos, alimentación, ejercicio, etc.) en una muestra de pacientes hipertensos, en general, los resultados obtenidos muestran que las intervenciones empleadas resultaron eficaces para mejorar el estudio de las variables abordadas

Al inicio de la intervención, el nivel de presión arterial se encontraba estable, ya que los participantes acudían al médico y cumplían con la toma de medicamento, considerando ellos, que éste era la base para poder mantener controlada la enfermedad, percepción que cambió a lo largo de la intervención, que se vio reflejada en los resultados de los distintos instrumentos aplicados.

Centrándonos en el objetivo principal de esta investigación, que es la adherencia terapéutica, se puede concluir que una intervención cognitivo conductual, que además incluye la proporción de información, es funcional para aplicarse a pacientes con hipertensión arterial, esto se observó en los resultados que se obtuvieron tras la aplicación tanto del instrumento de adherencia terapéutica como el inventario de calidad de vida, en el caso de la adherencia terapéutica, se tuvo un mayor nivel, ya que en cada uno de los aspectos considerados tuvieron un aumento, en lo referente al medicamento, el aumento fue de dos puntos al igual que en el seguir una dieta balanceada, en el caso de las visitas médicas regulares, el puntaje se mantuvo igual, lo que nos muestra que a ellas, los participantes acuden con regularidad y en realidad no se necesita que se trabaje en ello; en cuanto a la realización de algún ejercicio, el aumento fue notable, ya que fue de 7 puntos, esto nos indica que al menos en este aspecto, los participantes, que tenían un mayor problema con ello, pudieron comenzar a practicarlo y tener un mayor nivel de adherencia, esto nos sugiere que el tener la información, confirmar lo que ya se sabía y conocer las consecuencias de la hipertensión. Se puede retomar que fue una intervención educativa, activa participativa, y tuvo buenos resultados, ya que se

complementó con el tratamiento farmacológico, que permitió como ya se mencionó antes que los niveles de presión arterial se mantuvieran en la mayoría de los casos, esto coincide con el estudio de Peredo, et. Al, (2005), donde el tener una intervención educativa les permitió resultados positivos para el control de la enfermedad, pero en esa investigación, los niveles de presión arterial disminuyeron, sin embargo, este tipo de intervención no es suficiente, sino que el realizar otro tipo de intervenciones, como en este caso que fue cognitivo, le permitió a los participantes identificar aquellos pensamientos que estaban influyendo en un menor nivel de adherencia terapéutica, y que al momento que los reconocen, pueden desarrollar la capacidad de modificarlo, para tener un mayor nivel de adherencia terapéutica y mejorar sus estilos de vida.

De manera general, como ya se ha venido mencionando, en el presente estudio, se obtuvo un buen nivel de adherencia terapéutica, que ya existía antes en los paciente, pero tuvo un incremento al finalizar esta intervención, esto coincide con lo dicho por Arrivillaga, Caceres, Correa, Holguín y Varela (2005), que realizaron un estudio donde abarcaron algunos aspectos similares a los de este estudio, hábitos alimenticios, actividad física y cumplimiento farmacológico como aspectos de al adherencia terapéutica, a lo que encontraron una mejora en los niveles de adherencia terapéutica, en la mayoría de los aspectos abarcados, a excepción de los niveles de presión arterial, al igual que en este estudio, que se mantuvieron estables, a excepción de una participante, pero eso influye por condiciones ajenas tales como el estrés que la persona estuviera tendiendo en el momento de la toma de la presión, que hubiera realizado algún tipo de actividad física con anterioridad, etcétera. En la tabla N°5 se muestra que en la pre-intervención, la participante 1 específico que no había adherencia al tratamiento y después de la intervención hubo un aumento de 3 puntos y también se observa en sus presiones arteriales, iban de 130-85 y de 119-90.

El presente estudio, evaluó los efectos de una intervención cognitivo conductual al igual que el realizado por Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa (2005), donde notaron que el considerar aspectos cognitivos, poner

atención en la calidad de vida, percepción de salud y bienestar, así como las relaciones interpersonales, entre otras, contribuyen al mejoramiento de la adherencia terapéutica, ya que el ayudar al paciente a identificar estos factores, mostrarle estrategias de cambio y de solución, permiten a ellos adaptarse al tratamiento y no quedarse únicamente a nivel de información, ya que esto en ocasiones, provoca que los pacientes no sigan las instrucciones, o que las sigan solo, por no tener mayores problemas y no involucrarse.

El tener únicamente información no es suficiente para los pacientes, ya que consideran que el tenerla es importante, para entender el por qué de esta enfermedad, y en qué consiste, pero les pone de alguna manera una barrera para mejorar otros aspectos como calidad de vida, creencias y pensamientos respecto a la enfermedad, en eso difiere el presente estudio con el realizado por Peredo, Gómez, Sánchez, Navarrete y García (2005), que realizaron una investigación sobre adherencia terapéutica e hipertensión arterial, donde únicamente se centraron en la información que se le daba a los pacientes y como ésta se veía reflejada en la disminución de la hipertensión arterial, olvidándose de otros aspectos como los que se han venido mencionando y que contribuyen tanto a la disminución de la presión arterial, pero también a cambios en la calidad de vida, cogniciones, etcétera.

Cabe mencionar que además de evaluar aspectos cognitivos-conductuales, se observó el papel que juega la familia dentro de un tratamiento y en la adherencia terapéutica, y en este caso, a pesar de que las dinámicas de las familias de todas las participantes, son diferentes, todas coincidieron que el apoyo que reciben de ellas es importante, ya que esto les permite a ellas tener una mayor adherencia, ya que las impulsan a tomar el tratamiento, a tratar de llevar una dieta balanceada, esto es que todos los miembros de la familia se adaptan a la alimentación que deben tener, seguir la dieta etcétera, como lo reportó en su momento María, en las demás también se notó pero no de una manera tan marcada, el resto de las participantes reportaron que su familia las apoya y las motivan a seguir pero no reciben de parte de su familia acciones tan marcadas como lo que se mencionó anteriormente.

Referente a los estilos de vida, esta intervención mostró que los participantes si comienzan a mostrar cambios, que permiten tener una mejor calidad de vida, esto va desde la manera en la que se alimentan, las conductas que ejecutan tanto de riesgo como protectoras y cómo las cogniciones influyen, ya que el estar de un estado de ánimo adecuado permitirá que la persona pueda y quiera cambiar sus hábitos, ayudar al tratamiento y tener una mayor adherencia.

Se puede concluir que la familia juega un papel muy importante en cuanto a la Adherencia al tratamiento del paciente hipertenso, ya que ésta es una fuerte influencia antes de que aparezca la enfermedad. Los síntomas de la enfermedad, las conductas preventivas, las relaciones con los profesionales y los estilos de vida son buenas influencias, si son reforzadas positivamente por la familia tendrán un apoyo positivo sobre la salud, y por el contrario será un apoyo negativo. Con lo anterior, se puede observar en el presente estudio, en la tabla N°14 el apoyo que reciben los pacientes de otros fue significativo, ya que el apoyo que reciben de sus familiares fue positivo y contribuyeron para que estos estuvieran apegados a su tratamiento. Cabe mencionar que los participantes en este estudio, son personas que en su mayoría viven sólo con su cónyuge y este último es el mayor apoyo, ya que los hijos no tienen una gran participación dado que viven fuera del núcleo del enfermo, y en este caso en específico uno de los participantes viven con hijos, pero mayores y otra familia con su hija y nieta, pero cabe mencionar que ésta sólo se presenta en casa por las noches.

Lo anterior se ve reflejado en un estudio llevado a cabo por Robles, Mercado, Ramos, Alcántara y Moreno (1995) donde tenían por objetivo conocer quienes eran las fuentes de apoyo en las personas con diabetes, y se encontró que el apoyo de los cónyuges es el más notorio por los lazos afectivos, además de que obedecen un conjunto de representaciones y prácticas específicas en las cuales se encuentran los compromisos y lealtades entre ellos, que a comparación de los hijos responden a situaciones diferentes.

Cabe mencionar que el apoyo de la familia no sólo se dirige a la toma de medicamentos; sino también a una alimentación sana y balanceada, el ejercicio

y las visitas médicas; y a partir de este apoyo, las personas hipertensas pueden tener una mejor calidad y cantidad de vida.

Por otro lado, también se puede decir que parte importante para que se lleve a cabo la Adherencia Terapéutica es por el mismo paciente hipertenso, por las creencias, conocimientos y prácticas que puedan llegar a tener con respecto a la enfermedad.

Un ejemplo de ello es el estudio llevado a cabo por Acosta, Debs, De la Noval y Dueñas (2005) donde tenían por objetivo identificar los conocimientos, creencias y prácticas sobre Adherencia Terapéutica en los pacientes hipertensos. Donde se evaluaron factores como los conocimientos con respecto a la enfermedad, percepción de los beneficios del tratamiento, asistencia a las consultas y cumplimiento al tratamiento.

Lo que se obtuvo en cuanto al factor conocimiento, el estrés fue el factor que más se asocio con la hipertensión arterial (88.4%) y el consumo de sal (63.7%); en cuanto a los beneficios al tratamiento (45.4%); asistencia a las consultas (52.6%); y el cumplimiento del tratamiento (51.6%).

Con lo anterior, se llega a la conclusión de que el comportamiento del paciente desempeña un papel importante en la evolución de la enfermedad, pueden alargar su vida quien se adhiera al tratamiento y necesidades de vida que la enfermedad exige.

Con el estudio de Acosta, et. al. y los resultados obtenidos en el presente estudio, en cuanto a los conocimientos de la enfermedad tabla N°10 se puede observar en la pre-intervención tenía poco conocimiento sobre su enfermedad y después de la información tuvieron aumento de un punto, que aunque no fue mucha la diferencia, el tener más información sobre su padecimiento ayuda a una mejor adherencia, puesto que se mencionaba en algún momento que el ejercicio era parte del tratamiento y ellos no lo sabían y por tanto, no lo practicaban, al obtener conocimiento de ello se adhirieron al ejercicio. Es importante mencionar que para los participantes el hacer ejercicio era ir al

gimnasio por horas y para ellos, eso les era cansado, y al mencionarles que el ejercicio no implicaba eso, sino el comenzar a caminar por 10 min. E ir en aumento, estos les fue más atractivo y comenzaron a llevarlo a cabo.

Se ha venido hablando de quienes son las principales fuentes de apoyo en cuanto a la adherencia terapéutica, además del propio enfermo y que factores pueden influir positiva o negativamente sobre esta.

Dentro de estas fuentes de apoyo, se encuentran, además de la familia, el resto de las redes sociales, que juegan un papel importante para la presencia o no de adherencia terapéutica, ya que influye en la percepción del paciente sobre lo que piensan de él los demás, y el apoyo que recibe de los mismos, que en este estudio, no tuvo variación, y consideran que es apropiado, así esto coincide, con lo que mencionan La Rosa, Martín y Bayarre, quienes en el 2007 realizaron un estudio en el que evaluaron los factores psicosociales y la influencia que tienen estos, en la presencia de adherencia terapéutica de pacientes hipertensos, y obtuvieron que los participantes consideran tener un buen apoyo de sus redes sociales, ya que la presencia de personas significativas, les da una contribución afectiva y material que les permite cumplir el conjunto de indicaciones médicas en las que puede estar implicadas las personas que conviven o comparten en la vida cotidiana con el paciente.

Por otro lado, el no tener un buen nivel de adherencia al tratamiento puede traer consecuencias en los diferentes ámbitos del enfermo, desde el desarrollo personal, social, laboral y económico. Pero lo peor del caso de no tener una buena adherencia muestra en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población.

Además de esto, existen las consecuencias médicas, que se ven reflejadas sobre todo en las recaídas de los pacientes, que en este estudio no se observó ningún tipo de recaídas, ya que como se observa en la tabla 3 y 4 de medición de presión arterial, estas fueron estables y algunas variaciones que no fueron significativas.

Otra consecuencia, sería la parte económica, ya que al no adherirse al tratamiento, trae consigo recaídas y por tanto invertir en medicamento, o por el contrario, invertir en el medicamento y no tomarlo.

Centrándonos en el objetivo principal de esta investigación, que es la adherencia terapéutica, se puede concluir que una intervención cognitivo conductual, que además incluye la proporción de información, es funcional para aplicarse a pacientes con hipertensión arterial, en esta investigación, esto se observó en los resultados que se obtuvieron tras la aplicación tanto del instrumento de adherencia terapéutica como el inventario de calidad de vida, en el caso de la adherencia terapéutica, se tuvo un mayor nivel, ya que en cada uno de los aspectos considerados tuvieron un aumento, en lo referente al medicamento, el aumento fue de dos puntos al igual que en el seguir una dieta balanceada, en el caso de las visitas médicas regulares, el puntaje se mantuvo igual, lo que nos muestra que a ellas, los participantes acuden con regularidad y en realidad no se necesita que se trabaje en ello; en cuanto a la realización de algún ejercicio, el aumentó fue notable, ya que fue de 7 puntos, esto nos indica que al menos en este aspecto, los participantes, que tenían un mayor problema con ello, pudieron comenzar a practicarlo y tener un mayor nivel de adherencia, esto nos sugiere que el tener la información, confirmar lo que ya se sabía y conocer las consecuencias de la hipertensión. Se puede retomar que fue una intervención educativa, activa participativa, y tuvo buenos resultados, ya que se complementó con el tratamiento farmacológico, que permitió como ya se mencionó antes que los niveles de presión arterial se mantuvieran en la mayoría de los casos, esto coincide con el estudio de Peredo, et. Al, (2005), donde el tener una intervención educativa les permitió resultados positivos para el control de la enfermedad, pero en esa investigación, los niveles de presión arterial disminuyeron, sin embargo, este tipo de intervención no es suficiente, sino que el realizar otro tipo de intervenciones, como en este caso que fue cognitivo, le permitió a los participantes identificar aquellos pensamientos que estaban influyendo en un menor nivel de adherencia terapéutica, y que al momento que los reconocen, pueden desarrollar la capacidad de modificarlo, para tener un mayor nivel de adherencia terapéutica y mejorar sus estilos de vida.

Así mismo, se observó, se obtuvieron resultados favorables después de la intervención a nivel cognitivo, cambio de las conductas de riesgo, alimentación, pero, sería conveniente que en otras investigaciones se ahondara de manera más específica en cada uno de los rubros, utilizando instrumentos destinados para cada uno, como los menciona Manuera (2004), detectando cual para los pacientes tiene una mayor significancia y aplicar para los factores físicos (Cuestionario de Salud general, Índice de calidad de vida, Índice de Actividades de la vida diaria), los psicológicos (índice de satisfacción, escala de equilibrio afectivo), Factores sociales (Escala para la interacción social, Escala de la red social), para que al detectar en cual de ellas sienten un mayor bloqueo o conflicto, se trabaje ayudando a disminuir el conflicto y provocar un incremento en la adherencia terapéutica.

Se sugiere que para futuras investigaciones, se contemple la posibilidad de hacer una intervención, además de a nivel grupal, de manera individual, ya que en algunos participantes, como en este caso, las puntuaciones no fueron las esperadas, esto fue que en ciertos aspectos como de adherencia terapéutica y estilos de vida la puntuación disminuyó cuando para poder decir que había mejor adherencia necesitaba aumentar, y así poder identificar que factores están imposibilitando al individuo a adherirse completamente a su tratamiento. Además de considerar este aspecto, debe tomarse un poco mas en cuenta el papel de la familia, ya que como lo mencionan Martínez y Torres, (2007), en este ámbito, se recibe una gran influencia, y de esto, va a depender en gran manera como se enfrente a la enfermedad la persona que la padece, ya que si en algún caso la relación entre sus integrantes no es buena, la adherencia no se reflejará de la misma manera en la que sería en el caso contrario.

Así mismo se considera que se debe trabajar con mayor especificidad aspectos como la alimentación, esto es, enseñarle a los participantes que alimentos son los correctos, en que porciones y cómo combinarlos para que su alimentación sea balanceada, así como un plan de ejercicios que les permita poco a poco tener un mayor gasto energético sin llegar al extremo de sobrepasarse y sentir algún malestar, generando en vez de resultados positivos, resultados contraproducentes.

La adherencia terapéutica es un aspecto importante para el control de las enfermedades tanto infecciosas como crónicas, ya que permite controlar la enfermedad o erradicarla, ocasiona gastos menores tanto a nivel personal, familiar y social, lo que permitirá mejores relaciones sociales, ya que el tener controlada la enfermedad permite la realización de distintas actividades y como a nivel gobierno, con lo que pueden destinarse los recursos para diferentes actividades.

REFERENCIAS

Acosta, G., Debs, P., de la Noval, G. y Dueñas, H. (2005). "Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica". Revista Cubana de enfermería. 21(3). (en red) Disponible en: https://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf

Alcazar, F., Cortazar, J., Riveros, A. y Sánchez, J. (2005). "Efectos de una intervención Cognitivo Conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales". International Journal of Clinical and Health Psychology. 5(3).

Arrivillaga, M., Cáceres, D., Correa, D., Holgín, L. y Varela, M. (2006). "Adherencia a tratamiento de hipertensión Arterial: Efectividad de un programa de Intervención biopsicosocial". Universitas psicológica. 3(5). (En red). Disponible en psicosalud@puj.edu.co

Bonet, R., Del Olmo, R., Roca, A. Y Solé, M. (2006). Hipertensión Arterial. *Astra Zeneca. Hospital de la Santa creu*

Cano, A., Casado, I., Escalona, A. y Tobal, J.(1994). Emociones e hipertensión. Implantación de una programa cognitivo conductual en pacientes hipertensos. Anales de psicología, 10 (2).

Calderon, J. (1992). "Perspectivas de la Investigación y la acción en el campo de las enfermedades infecciosas en México". Salud Pública de México. 3(34).

Calvo, G. (1998). "Nuevos retos del control de la Hipertensión Arterial en México". Revista Médica del IMSS. 36(3).

Del Rey, Alegre, E. (1998). "Principales cambios en la epidemiología de las enfermedades infecciosas en el mundo". Gaceta Sanitaria. Madrid. (En red). Disponible en http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7014&articuloid=13008298

Díaz de León, P. Aristondo, M. Briones, G. Carlos J. (2001). Manual de Hipertension Arterial. México: IPN.

Enríquez, N. & Sánchez, M. (2004) Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Tlalnepantla, Estado de México

Ginarte A. (2001). La adherencia terapéutica. Revista Cubana de Medicina General Integral. 17(5). (en red). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.pdf. Extraído el 15 de marzo del 2009.

Granados, G., Rosales-Nieto, J., Moreno, E. Ybarra, J. (2007). "Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión". International Journal of Clinical and Health Psychology. 7(3).

Guerrero, J. y Rodríguez, M. (1998). "Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada". Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social y grupo de investigación en Diabetes y enfermedades Crónicas. 40 (4).

Guadalajara, B. (s.a) Hipertensión Arterial. Programa de Actualización continúa para Cardiología. Extraído el 3 de noviembre del 2008. De: <http://www.drscope.com/cardiologia/pac/arterial.htm>

INEGI. Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades, 2000 a 2006. Extraído el 3 de noviembre del 2008, de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal06&s=est&c=3357>

Juárez, F. (1997). Aportaciones de la psicología a la medicina en el estudio de las enfermedades crónico-degenerativas. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Tlalnepantla, Estado de México.

La Rosa, M. Martín, L. Bayarre, V. (2007). "Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 23(1). (en red). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm

Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*. 1 (111). (en red). Disponible en: <http://scholar.google.com.mx/scholar?q=aportaciones+de+la+psicologia+a+la+medicina&hl=es&um=1&ie=UTF-8&oi=scholart>. Extraído el día 30 de agosto del 2008.

Mandell. (2002). Enfermedades infecciosas. Principios y Prácticas. México: Médica Panamericana. 206-216pp.

Manuera, J. Abad, M. y Tijerino, A. (2004). Psicología para las ciencias de la salud. México: Mc Graw Hill. Cap. 4

Martín, L. (2006) "Repercusiones para la salud Pública de la adherencia terapéutica deficiente". Revista Médica Salud Pública de Cuba. (en red). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm

Martín, C., Riquelme, M. y Lechuga, P. (2007). "Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades somáticas crónicas". Psicología y Salud. 17 (1).

Martin, L & Grau, A. (2004). "La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud". Psicología y Salud. 1(14).

Martinez, B. y Torres, L. (2007). "Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus" . Psicología y Salud. 17 (2).

Peredo, P, Gómez, G., Sánchez, H, Navarrete, A y García, M. (2005). Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. Revista Médica del IMSS. 43 (2).

Robles, S, Mercado, Ramos, M., Alcantara, H., Moreno, L. (1995). "Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México". Salud Pública de México. 3(37).

Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcázar, L. F. & Sánchez Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical & Health Psychology, 5(3).

Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. y Sanchez-Sosa, J. (2005). "El manejo psicológico de la hipertensión esencial: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. Revista Latinoamericana de Psicología. 37 (3).

Rodríguez, D., López, M., Alvarado, I. y Plancarte, P. (2001). El proceso de investigación, Volumen III, Diseños de Investigación. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Rodríguez, A., Lemos, S. y Canga, A. (2002). Variables biológicas, conductuales y de personalidad como predictoras de Salud: Un estudio longitudinal. Psicología Conductual. 1(10).

Sánchez, J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención- investigación en psicología de la salud. En: Rodríguez, G. Y Rojas, M. La psicología de la salud en América Latina. México: Porrúa

Sánchez, N. (2006). Adherencia Terapéutica en Hipertensión Arterial Sistémica. Revista mexicana de cardiología. 3(14).

Sánchez, S. (2000). Probabilidad y Estadística. México: SANC, pp.287-292

Vázquez, J. (2002). La necesidad de una psicología social de la salud en México. Psicología y Salud. 1(12).

Vázquez, M. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis

Villareal, E., Mathew, A., Garza, A., Núñez, G., Salinas y A., Gallegos, M. (2002). Costo de la Hipertensión Arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la Salud en México. Salud Pública de México. 3 (44).

Zaldivar, D. (1998). Acerca del concepto de la Adherencia Terapéutica. Revista Cubana de Salud Pública. 30(4).

Bibliografía

Herández, Z., Ortiz, V. y Ehrenzweig, S. (2001). Influencia de un programa de apoyo psicológico en el paciente hipertensode la tercera edad. Psicología y Salud. 10. 55-66

Granados, G., Roales- Nieto, J., Moreno, E. e Ybarra, J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. International Journal of Clinical and Health Psychology. 3 (7).
Extraído el día 6 de marzo del 2008. de <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%F1ol&id=246>

López, J., Ariza, R., Rodríguez, J. y Munguía, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México 2003. 45 (4).

Martín, L., Sairo, A., Bayarre, V. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General e Integral. 19 (2). (en red). Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=1&url=http%3A%2F%2Fwww.sld.cu%2Fgalerias%2Fpdf%2Fservicios%2Fhta%2Ffrecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_medico_en_pac._hta.pdf&ei=o-LLSvLLJqSStge9tsXmAQ&rct=j&q=frecuencia+de+cumplimiento+del+tratamiento+medico+en+pacientes+hipertensos&usg=AFQjCNEIP9wnZxYjpJ6W5TDngnAOV7myLA. Extraído el 20 de mayo del 2009.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago constar que fui enterada (o) de los propósitos de la investigación “Adherencia terapéutica en pacientes Hipertensos”, que consiste en fomentar el apego a la toma de fármacos, una alimentación sana, el ejercicio diario y las visitas periódicas al medico con el fin de promover el mejoramiento en los estilos de vida, las acciones diseñadas para este fin incluyen:

- a) Llevar a cabo la medición de la presión arterial al inicio, durante y al final del tratamiento
- b) Entrega y llenado de los cuestionarios de adherencia terapéutica y estilos de vida
- c) Tratamiento a través de diversas técnicas

La investigación es llevada a cabo por las alumnas del octavo semestre de la carrera de Psicología, bajo la responsabilidad académica de la Mtra. Assol Cortés Moreno, y cumple además con todos los requisitos éticos de confidencialidad de los participantes y cuidado responsable.

Estoy de acuerdo en participar en la investigación considerando que lo anterior redundará en un beneficio social y que la información proporcionada será tratada de manera confidencial y respetuosa. Acepto colaborar, sin que de ello se derive obligación de mi parte.

Nombre y firma del (la) participante: _____

Nombre y firma de las investigadoras: _____

ANEXO 2

Objetivo general: Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual, enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica (toma de fármacos, alimentación, ejercicio, etc.) en una muestra de pacientes hipertensos

Tema: Modulo Educativo

Fecha: _____

Actividad	Objetivo Particular	Materiales	Procedimiento	
¿Qué saben?	Que los pacientes comentaran los conocimientos que tienen sobre lo que es la hipertensión arterial, así como también las dudas que surjan	-1 Sillas para que los pacientes se sienten en la ronda de discusión. -2. pizarrón y gis	Se les pidió a los pacientes que cada uno comentara sobre qué es lo que saben sobre la hipertensión arterial, así como también las dudas. Los terapeutas anotaron en el pizarrón las ideas de los pacientes.	
Conociendo su enfermedad	Que los pacientes conocieran todo sobre lo que es la hipertensión	-1 Sillas para que los pacientes se sienten en la ronda de discusión. -2. Un cañón -3. Una computadora	Se les explicó a los pacientes con la ayuda de algunas diapositivas lo que es la hipertensión arterial, cómo se da dicho comportamiento riesgoso, cómo afecta al organismo, su prevalencia y manifestaciones clínicas sino se ajusta al tratamiento.	

ANEXO 3

Objetivo general: Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual, enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica (toma de fármacos, alimentación, ejercicio, etc.) en una muestra de pacientes hipertensos

Tema: Promoción de la salud: adherencia al tratamiento, a los hábitos alimenticios y el ejercicio

Fecha: _____

Actividad	Objetivo Particular	Materiales	Procedimiento	
¿Para qué cuidarme?	Que los pacientes reconozcan la importancia que tiene el cuidarse	-1 Sillas para que los pacientes se sienten en la ronda de discusión. -2. pizarrón y gis	Se les pedirá a los pacientes que cada uno comente los beneficios que ellos creen que puedan traerles el que se adhieran a los fármacos, a una alimentación balanceada y el ejercicio	
Tips para mejorar la adhesión	Que los pacientes conozca una manera diferente de llevar a cabo la adherencia terapéutica (fármacos, alimentación y ejercicio)	-1 Sillas para que los pacientes se sienten en la ronda de discusión. -2. Un cuadernillo para cada uno de los pacientes 3. Un pizarrón y gis	Se les proporcionará a los pacientes una serie de alternativas para que puedan seguir de una manera mas sencilla la toma de medicamentos, que lleven una alimentación balanceada y el ejercicio diario. 1. Toma de medicamentos: ⇒ Tomar medicación durante una actividad que se realice cada día de	

			<p>una forma rutinaria, por ejemplo, lavarse los dientes, afeitarse, desayunar, bañarse, etc.</p> <p>⇒ Poner un recordatorio en un lugar visible para él paciente</p> <p>⇒ Poner el medicamento en un lugar donde lo pueda ver</p> <p>2. alimentación balanceada:</p> <p>⇒</p> <p>3. ejercicio diario:</p> <p>⇒ Si se va al mercado, en lugar de ir al más cercano, ir al que esta una cuadra más lejos.</p>	
--	--	--	--	--

Actividad	Objetivo Particular	Materiales	Procedimiento	
<p>¿Cómo valoran su adhesión?</p>	<p>Que los pacientes reconozcan sus valores y como estos pueden interferir en la adherencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - un salón amplio - hojas de papel tamaño rotafolio y marcadores - cinta adhesiva 	<ul style="list-style-type: none"> - El facilitador entrega a cada participante una hoja tamaño rotafolio, los marcadores y la cinta adhesiva. - Cada uno de los participantes se le dará un nombre. <ul style="list-style-type: none"> a) medicamentos b) alimentación c) ejercicio - los participantes de acuerdo a su nombre deberán colocar en el papel que beneficios y consecuencias puede traer el hecho de no seguir con aquello que le toco, por ejemplo, el medicamento: y las causas por las cuales no llevan a cabo la adherencia 	

ANEXO 4

Objetivo general: Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual, enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica (toma de fármacos, alimentación, ejercicio, etc.) en una muestra de pacientes hipertensos

Tema: Módulo Cognitivo

Fecha: _____

Actividad	Objetivo Particular	Materiales	Procedimiento	
Explicación de la técnica	Que el paciente entendiera la teoría de manera general, para que sepa como es que esta siendo su comportamiento y como las técnicas le ayudarán para la modificación de sus pensamientos y por consiguiente de sus comportamientos.	<ul style="list-style-type: none"> - Un pizarrón - Un marcador 	Se le presentó la teoría en el pizarrón de tal manera que pueda ser entendida por el paciente., hablando de la importancia que tiene los pensamientos y emociones negativas en el seguimiento del tratamiento	
Registro de pensamientos	Que el paciente identificara los pensamientos que tiene a lo largo del día, y cómo estos influyen en su comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> -hojas blancas con un cuadro donde contenga los días de la semana y los horarios del día. -Un lápiz o pluma 	Se le pidió al paciente que anote los pensamientos que tenga en la mañana, tarde y noche, durante toda una semana.	
Doble columna	Que el paciente corrigiera sus pensamientos sustituyendo los muy inadecuados con otros mas exactos y adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> -hoja de papel con doble columna -Un lápiz o pluma 	Se le pedirá al paciente que anote los pensamientos inadecuados automáticos en la primera columna y los pensamientos corregidos (más adecuados) en la segunda columna.	

ANEXO 5

Objetivo general: Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual, enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica (toma de fármacos, alimentación, ejercicio, etc.) en una muestra de pacientes hipertensos

Tema: Solución de Problemas

Fecha: _____

Actividad	Objetivo Particular	Materiales	Procedimiento	
Aprendiendo	Que los pacientes conocieran la técnica de solución de problemas y después la aplicaran a un caso	-1 Sillas -2. pizarrón y gis	Se les enseñó a los pacientes los pasos para la técnica de solucionar de problemas. Posteriormente se les presentó un caso y de acuerdo con la técnica ellos buscaron las alternativas para solucionar dicho problema	
Actividad	Objetivo Particular	Materiales	Procedimiento	
¿Cómo soluciono mis problemas?	Que los pacientes resolvieran una problemática sobre su enfermedad (hipertensión) de acuerdo a la técnica de solución de problemas	-1 Sillas. -2. Una mesa -3. Un cuadernillo -4. un pizarrón y gis	Se le pidió a cada uno de los pacientes que retomaran un problema de su enfermedad, por ejemplo, tomar el medicamento, y con la técnica de solución de problemas lo resuelvan de la manera más adecuada.	

a) Orientación General

Se refiere a dar una explicación sobre las bases del tratamiento, la manera en la que se va a desarrollar y los beneficios que éste producirá. Se puede ayudar al cliente a que entienda por qué pueden presentarse situaciones problemáticas y a que adquieran confianza en la posibilidad de enfrentar con independencia la mayor parte de los desafíos. También debe destacarse la necesidad de reconocer las situaciones problemáticas cuando éstas se presentan y la de inhibir la tendencia a reaccionar automáticamente sin previa reflexión.

Por ejemplo: de las tres cosas: alimentación, ejercicio y medicamento cuál se les hace más difícil de llevar a cabo. A partir de esa dificultad se le explica de manera general cómo se solucionará el problema (modelo a, b, c, d, e) y si se resuelve la problemática qué beneficios le puede traer a su vida diaria (tal vez dejar el medicamento, más años de vida, etc.)

b) Definición y formulación de problemas

Definir la situación de manera operacional, se debe formular el problema identificando, las metas fundamentales y luego, los conflictos que hacen problemática la solución. La especificación de las metas, es un paso esencial en el tratamiento, y puede bastar para que el cliente tome conciencia de las soluciones posibles.

Por ejemplo: pues no hago ejercicio porque pienso que con el puro medicamento es más que suficiente, tampoco lo hago porque me agito mucho, etc.

c) Generación de alternativas

Durante esta fase del proceso de solución de problemas, se le indica al paciente que imagine libremente soluciones posibles en un nivel estratégico. Una vez hallada la mayor parte de las respuestas alternativas posibles, el cliente está preparado para llegar a alguna decisión acerca de la mejor estrategia por seguir. El único criterio que se tiene para dar por concluida esta fase de la técnica de solución de problemas, consiste en que el terapeuta considere que casi todos los cursos de acción posibles hayan sido mencionados.

Por ejemplo: de acuerdo a la problemática de no hacer ejercicio, imagina y anota cuáles serían todas las posibles soluciones que te ayudaría para hacer ejercicio

d) Decisión

En esta fase, el paciente debe predecir cuáles de las alternativas planteadas son las más dignas de seguirse; aquí el cliente debe prever las consecuencias probables de cada una de las estrategias y que después evalúe su utilidad para la resolución de la situación problemática.

e) Verificación

Una vez que el cliente ha optado por el que considera el curso de acción más eficaz, el terapeuta debe alentarle a actuar en consecuencia y luego a que verifique los resultados. Este verificar consiste en que se observe el efecto de las acciones; si al cliente lo satisface, el proceso de resolución del problema ha terminado; si la conducta adoptada no resuelve el conflicto, el cliente tendrá que reanudar el proceso en busca de una respuesta mejor.

Ejemplo:

El señor Pedro tiene la edad de 45 años, él menciona que tiene hipertensión arterial desde hace dos años. Comenta que se le dificulta seguir la dieta los fines de semana, que el médico le ha dicho las consecuencias sino sigue con las instrucciones.

Pedro sabe las consecuencias de lo que le puede pasar sino sigue la dieta como deber ser. Menciona que se aburre de la misma comida todos los días y que además hay ocasiones en las cuales no le alcanza para ese tipo de dieta.

¿Qué alternativas darías para que el señor Pedro siga con la dieta, tomando en cuenta que le aburre la misma comida todos los días y de que cuenta con pocos recursos para llevar a cabo el tipo de comida que se pide en la dieta?

- ❖ Tomar en cuenta el que le fastidia la misma comida diario
- ❖ La cuestión del dinero: podría ser como repartir el dinero para que le alcance para la dieta que necesita, comprar en lugares baratos, etc.

ANEXO 6

Objetivo general: Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual, enfocada en el incremento de la adherencia terapéutica (toma de fármacos, alimentación, ejercicio, etc.) en una muestra de pacientes hipertensos

Tema: Técnica de Relajación

Fecha: _____

Actividad	Objetivo Particular	Materiales	Procedimiento	
Relajación	El usuario describiría e identificaría el estado de relajación del estado de tensión. Implementando esta técnica cuando se encuentre en situaciones estresantes.	-1 Sillas para que los pacientes se sienten	En la primera sesión, se enseñará lo que es la relajación, ejemplos y enseñarle a respirar. En la Segunda sesión se les enseñará a tensar sus músculos y a relajarse con imaginería.	

Procedimiento de la técnica de relajación

Relajación de Presión:

- Forma un puño con tu mano derecha
- Deja que tus músculos se pongan tensos y duros
- Nota la sensación de tensión y suéltala.
- Deja fluir la tensión.
- Nota las sensaciones de relajación que has creado
- Deja que tus dedos y manos se pongan suaves y calientes, suaves y pesados (Esto se repite con los grupos de músculos más importantes)

Para la respiración:

- Ahora presta atención a tu respiración
- Deja que cada respiración se haga lenta, suave y completa
- Ve calmándote y centrándote más
- Deja que cada vez que expulsas el aire se vayan disolviendo las tensiones del día y deja fluir suavemente la respiración. (Esto se continua durante 5 minutos).

Relajación con imaginaria:

Coloque suavemente la mano derecha en el abdomen y la mano izquierda en el pecho. Respire por la nariz y expire por la boca. Observe los movimientos que realiza al respirar. Observe como su abdomen se eleva en cada respiración y desciende en cada espiración.

Ahora coloque las manos en los muslos y continúe con las respiración.

En esa misma posición continúe respirando profundamente y saque el aire por la boca, ahora cierre los ojos. Imaginemos un lugar tranquilo, el lugar que usted deseé, ahora trasládese a la sala de espera, donde esperará el transporte que la llevará a un lugar hermoso. Continúe respirando. Esa sala de espera, puede ser algo muy acogedor, usted imagine como es esa sala.

Ya es hora, ha llegado el transporte que la llevará a ese lugar hermoso, ahora va a entrar lenta, muy lentamente, ahora se encuentra en el umbral, donde hay unas escaleras, usted va a bajarlas para poder llegar a ese lugar hermoso, la respiración se hace cada vez mas profunda.

Ahora va a dar un paso al primer escalón, mire lo que hay a su alrededor, siéntase en ese primer escalón, ahora baje el segundo, así hasta llegar al quinto escalón, desde ahí puede ver una luz, puede empezar a ver las cosas que hay en ese lugar hermoso.

Ahora comience a avanzar, puede ver objetos pesados, ligeros, puede percibirlos, los puede tocar, oler, puede escuchar aquellos sonidos de ese lugar y puedes diferenciarlos, ahora puede saborear aquellas cosas que le gusten.

Esta muy tranquila, no hay nada que la perturbe, nada que la moleste, esta muy relajada y contenta en ese lugar.

Ahora puedes imaginar aquella comida que te encanta, tu comida preferida, la puedes oler, saborear, su textura muy característica.

Ahora te quedarás en ese lugar hermoso por unas cuantas horas, en ese lugar tranquilo y cuando escuches mi voz, regresarás del viaje.

Ya estuviste por un largo tiempo, ahora ubica los escalones y llega hacia ellos, ahora por última vez observa todo aquello hermoso que hay y que por ahora tendrás que dejar, pero cuando quieras podrás volver, por ahora es tiempo de regresar del viaje.

Con tu dedo, el que sea indica si esta lista para subir las escaleras, sube un escalón poco a poco, así hasta llegar al primero... cuando estés lista abre tus ojos.

ANEXO 7

Fecha de aplicación: _____

Folio: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Nivel de Escolaridad: _____

Con quien vive: _____

El siguiente cuestionario, es un instrumento que nos permitirá saber qué tanto se conoce acerca de la enfermedad, las creencias, lo que los demás piensan de una persona con hipertensión, por ello, les pedimos su colaboración para contestarlo lo mas sinceramente posible. Toda la información que sea otorgada a través de este instrumento será confidencial y completamente anónima.

De antemano por su cooperación. ¡GRACIAS!

- Lo que hace

Lea las siguientes preguntas y marque la respuesta que sea lo mas cercano a lo que usted hace, conteste sinceramente

1. Actualmente ¿conoce el nivel de su presión arterial?

1. si 2. no

2. ¿Ha acudido a sus consultas médicas con regularidad?

1. si 2. no

3. Marque con una X la opción que se acerque mas a que tan seguro está de hacer las siguientes actividades, tomando el 1 como más seguro y el 4 como menos seguro

1. Tomar medicamentos en forma indicada

Más seguro	1	2	3	4	Menos seguro
------------	---	---	---	---	--------------

2. Seguir una dieta balanceada

Más seguro	1	2	3	4	Menos seguro
------------	---	---	---	---	--------------

3. Realizar una rutina de ejercicios

Más seguro	1	2	3	4	Menos seguro
------------	---	---	---	---	--------------

4. Tener visitas médicas regulares

Más seguro	1	2	3	4	Menos seguro
------------	---	---	---	---	--------------

4. ¿Alguna vez ha platicado con su familia acerca de la hipertensión?
1. si 2. no (pase a la pregunta 7)

- Marque con una X la respuesta que haga referencia a la frecuencia de las siguientes acciones

5. ¿Con qué frecuencia habla con la gente cercana a usted de los siguientes temas?

	Nunca	Algunas veces	Siempre
¿Qué es hipertensión	1	2	3
Causas de la hipertensión	1	2	3
Consecuencias de la hipertensión	1	2	3

6. ¿Con quién platica más de estos temas?
1. médico 2. familia 3. otros

7. ¿Cuándo fue la última vez que checó su presión arterial?
1. 3 meses 2. 6 meses 3. 1 año o más

- Lo que sabe

A continuación se te presentaran una serie de preguntas relacionadas con la hipertensión arterial. Marca con una X la opción que consideres correcta, solo marca una opción

1. ¿Sabe que es la hipertensión arterial?
1. si 2. no
2. La hipertensión arterial se refiere a un aumento de la presión arterial sobre el límite normal
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
3. Son síntomas comunes de la hipertensión mareos, vértigos, zumbido de oídos, fatiga, dolores de cabeza, hemorragias nasales
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
4. La hipertensión arterial no tiene una sola causa identificada, sino que se origina por una serie de factores, tanto genéticos (hereditarios) como ambientales.
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
5. Los distintos tratamientos para controlar la hipertensión arterial coinciden en que cualquier tratamiento debe comenzar con un cambio en el estilo de vida y en adquirir hábitos de vida saludables
1. cierto 2. falso 3. no lo sé

6. Son síntomas comunes de la hipertensión Palidez anormal o pérdida de color en la piel, Cicatrización lenta de heridas y tejidos, Llagas o inflamación en la lengua
1. cierto 2. falso 3. no lo sé

- Sus creencias

A continuación se presentan afirmaciones que se refieren a las creencias acerca de diferentes tópicos sobre la hipertensión. En este sentido, no hay respuestas correctas, incorrectas, solo le pedimos su opinión

1. El no tener síntomas significa que no tiene la enfermedad
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
2. Tomar medicamento, cuidar su alimentación y seguir las instrucciones del médico puede ayudar a que la enfermedad se controle
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
3. El seguir las instrucciones del médico pocos días antes de la revisión puede ayudar a tener un control de la enfermedad
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
4. El tener una alimentación alta en grasas, sales no afecta al desarrollo de la enfermedad ni al incremento del nivel de presión arterial
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
5. La pérdida de la vista, infecciones peligrosas que pueden llegar a la amputación de un miembro son algunas de las consecuencias de un mal control de la hipertensión arterial
1. cierto 2. falso 3. no lo sé
6. El realizar ejercicio o cualquier actividad física, puede ayudar al organismo para que disminuya la presión sanguínea
1. cierto 2. falso 3. no lo sé

- Actitudes

1. Marque con una X del 1 al 7, que tan difícil puede ser para usted cumplir con las siguientes indicaciones, tomando el 1 como muy difícil y el 7 como muy fácil

1. Tomar medicamento	1	2	3	4	5	6	7
2. Seguir una dieta balanceada	1	2	3	4	5	6	7
3. Hacer ejercicio	1	2	3	4	5	6	7
4. Asistir a revisiones médicas periódicas	1	2	3	4	5	6	7

- Lo que otros piensan de usted

Marque con una X si esta de acuerdo o en desacuerdo en las siguientes afirmaciones

1. La gente que está a mi alrededor se preocupa más por mi desde que me diagnosticaron hipertensión arterial
 1. de acuerdo 2. en desacuerdo
2. Mi familia y/o mis amigos me quitan responsabilidades por padecer esta enfermedad
 1. de acuerdo 2. en desacuerdo
3. La gente que me es cercana cree que no me puedo controlar, ya sea para tomar el medicamento, seguir una dieta balanceada y seguir las instrucciones del médico
 1. de acuerdo 2. en desacuerdo

- Apoyo de otros

1. ¿Qué tanto apoyo cree que recibirá de cada uno de los siguientes grupos para seguir con el tratamiento para el control de la hipertensión?

Grupo/Apoyo	Nada de apoyo	Poco Apoyo	Indiferente	Mucho apoyo	Total apoyo
Amigos cercanos	1	2	3	4	5
Familia	1	2	3	4	5
Doctores	1	2	3	4	5

Estilos de Vida (IMEVID)

Este es un cuestionario para conocer el estilo de vida de las personas hipertensas. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses.

Elija una opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas

Fecha: _____

Sexo F ____ M ____

Edad: ____ años

1. ¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
3. ¿Agrega sal a los alimentos que está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
4. ¿Come entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
5. ¿Come fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
6. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan mas?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?	3 o mas veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca
8. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
9. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
10. Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
11. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	De 1 a 5	6 o mas
12. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o mas por semana
13. ¿Cuántas bebidas alcoholicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o mas
14. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
15. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
16. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
17. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su hipertension?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
18. ¿Sigue dieta para hipertensos?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
19. ¿Olvida tomar sus medicamentos para hipertensión?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
20. ¿Sigue las instrucciones medicas que se le indican para su cuidado?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre