

**PROPUESTA DE UN MODELO DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES
HIPERTENSOS BASADO EN EXPERIENCIAS EXITOSAS**

Estefany Viloría Tordecilla



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS
PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA
CARTAGENA DE INDIAS D, T Y C.**

2020

**PROPUESTA DE UN MODELO DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES
HIPERTENSOS BASADO EN EXPERIENCIAS EXITOSAS**

Estefany Viloria Tordecilla

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el título de Químico
Farmacéutico



Santiago Rafael Lora Leones, QF., Psic., Magister

Director del Trabajo



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS
PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA
CARTAGENA DE INDIAS D, T Y C.**

2020

2

Nota de Aprobación del Jurado

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

CARTAGENA DE INDIAS, 2020

La Universidad de Cartagena ni el jurado examinador, se hacen responsables
de los conceptos emitidos en el presente trabajo

CARTAGENA DE INDIAS, 2020

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quisiera dar gracias a Dios por permitir que este sueño se hiciera realidad, gracias le doy porque sin el nada de esto hubiese sido posible, a el debo todo lo que soy y tengo. Le agradezco por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias, pero antes de ser una profesional, quiero ser siempre tu hija, ya que es el mayor privilegio que podemos tener.

También quisiera agradecer a la Universidad de Cartagena, mi casa de estudio durante estos largos años de esfuerzo. Allí dejo días de constancia y dedicación. Gracias por permitirme ser parte de ti mi Alma Mater y por hacer de mí una profesional integral.

Quiero agradecer a mis padres Yomaira Tordecilla y William Vloria quienes han sido mi más grande ejemplo e inspiración en todo este camino, gracias por su paciencia, apoyo incondicional, amor, confianza, cuidado, y por instruirme en la vida como una persona amable, respetuosa, responsable, paciente, dedicada, amorosa y sobre todo con el temor de Dios en mi corazón. Gracias por cada día estar conmigo dándome una palabra de aliento y motivación en los momentos de dificultad. Además, quiero agradecer a mis hermanos William y Chealse Vloria por estar conmigo siempre y por ser mis amigos y confidentes.

Asimismo, agradezco a mi Novio Carlos Pérez por ser mi compañero de lucha en todo el camino de la vida universitaria, gracias por ayudarme, comprenderme, por extenderme la mano cuando más lo necesitaba. Gracias por siempre estar conmigo y por ser alguien especial.

Gracias a mi docente y tutor de trabajo de grado Santiago Lora por guiarme en este trabajo de investigación, por aportar a mi vida un nuevo conocimiento, por su paciencia hacia mí y sobre todo por ser mí amigo.

Igualmente, quiero dar gracias a mis pastores Fernando Betancourt y Sandra Marín por ser mis padres y guías espirituales y por estar para mí en los momentos de dificultad.

Adicional quiero agradecer a mis amigas Karen Guerrero, Shairine Romero, Evelin Díaz y Aura Botero por ser incondicionales y por estar conmigo en mis alegrías y

tristezas. A mi amigo Isaac Mendoza, por acompañarme en este camino y apoyarme en los momentos de adversidad.

Doy gracias a mis compañeras de clases quienes se convirtieron en personas muy importantes y especiales para mi Ana Castro, Paula Sierra y Tabata Quintana.

Quizás este espacio no me alcance para agradecer a todas las personas que estuvieron conmigo en este largo proceso de formación, sin embargo, le doy las gracias a todas las personas que me rodearon y que estuvieron conmigo, gracias a cada una de las personas que me inspiró y que aportó un granito de arena para que este sueño se hiciera realidad, gracias a cada uno de mis profesores, compañeros y hermanos de la iglesia.

Estoy muy agradecida con todos. Les aprecio mucho y siempre estarán en mi corazón.

Estefany Viloria Tordecilla

Tabla de Contenido

	Pagina
1. RESUMEN.....	10
2. INTRODUCCION.....	12
3. DESARROLLO.....	17
3.1 Marco conceptual	17
3.1.1 Psicoeducación.....	17
3.1.1.1 Concepto de Psicoeducación.....	17
3.1.1.2 Tipos de psicoeducación.....	18
3.1.1.3 Modelos de psicoeducación	19
3.1.1.4 Etapas de la psicoeducación.....	20
3.1.1.5 Fases de intervención en el proceso de psicoeducación	20
3.1.1.6 Patologías donde se ha aplicado la psicoeducación	21
3.1.2 Hipertensión Arterial (HTA).....	26
3.1.2.1 Concepto de HTA.....	26
3.1.2.2 Clasificación de HTA.....	27
3.1.2.3 Factores de riesgo.....	28
3.1.2.4 Tratamiento farmacológico para la HTA.....	28
3.1.2.5 Tratamiento No-farmacológico para la HTA.....	32
3.1.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	35
3.1.3.1 Generalidades	35
3.1.3.2 Clasificación de adherencia.....	35
3.1.3.3 Métodos de medición de la adherencia	37
3.2 EXPERIENCIAS EXITOSAS EN PSICOEDUCACIÓN.....	38
4. PROPUESTA DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES HIPERTENSOS.....	55
4.1 Aspectos comunes en las experiencias exitosas	55
4.2 Aspectos comunes entre la hipertensión en Colombia.....	56
4.3 Modelo Psicoeducativo Propuesto	57
4.3.1 Etapas del modelo psicoeducativo propuesto	57
5. CONCLUSIÓN.....	66

6. RECOMENDACIONES	67
7. BIBLIOGRAFIA.....	68
8. ANEXOS.....	88

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.

TABLAS

Tabla 1. Fármacos para el tratamiento de la HTA #1	88
Tabla 2. Fármacos para el tratamiento de la HTA #2	88

FIGURAS

Figura. 1.	12
Figura. 2.....	14
Figura. 3.....	15
Figura. 4.....	27
Figura. 5.....	29
Figura.6.....	32

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIACIONES

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

LAC: Latinoamérica y el Caribe

HTA: Hipertensión Arterial

PA: Presión Arterial

PAE: Presión Arterial Elevada

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

ARA II: Antagonistas de los receptores de angiotensina II

1. RESUMEN

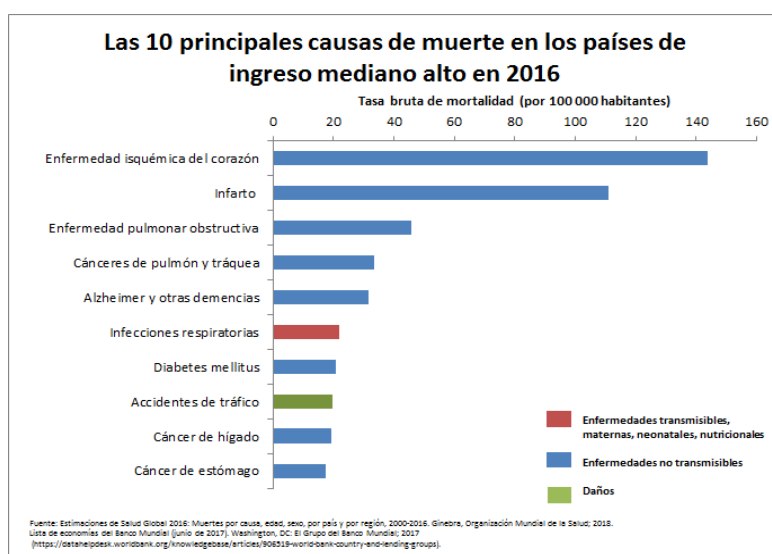
La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad no transmisible y hace parte de las enfermedades número uno que causan muertes en el mundo. Esta patología conlleva a los pacientes a padecer de otras enfermedades como insuficiencia renal, isquemias, insuficiencia cardiaca, angina de pecho, entre otras. Alguno de los factores de riesgo para padecerla es: edad, sexo, raza, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, diabetes, etc. La adherencia al tratamiento en esta patología ha resultado ser un desafío para los profesionales de la salud, ya que, por ser una enfermedad silenciosa y que no causa dolor, los pacientes la descuidan. En la actualidad, la pandemia con COVID.19 ha afectado de forma irreversible a los pacientes hipertensos, en Colombia el porcentaje más alto de fallecidos son personas que padecían de HTA (1340 fallecidos). Debido a esto, se ha diseñado un modelo de intervención psicoeducativa con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos y ayudar a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Para esto, se realizó una búsqueda minuciosa en base de datos donde se indagó acerca de experiencias obtenidas en programas psicoeducativos implementados tanto en HTA como en otras patologías dentro de las cuales tenemos esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, cáncer de mama, asma, etc. Para la creación de la propuesta se tuvo en cuenta el modelo integral de intervenciones psicoeducativas y se desarrolló mediante etapas de psicoeducación que van desde el reclutamiento de la población, alianza terapéutica, proporción de la información, manejo de emociones y estrés, hasta la muestra un ambiente que permita vincular al paciente con la comunidad. Para la evaluación de los resultados se propuso realizar diversos cuestionarios antes y después de la intervención con los

cuales se puede evidenciar la efectividad del modelo propuesto con respecto al cambio de conducta en el paciente.

Palabras claves: Hipertensión arterial, psicoeducación, modelo integral de psicoeducación, adherencia al tratamiento, tratamiento farmacológico y no-farmacológico.

2. INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial (HTA) se han convertido en un problema de salud pública ya que es una de las principales causas de muertes en el mundo. Según el boletín emitido por la OMS en 2016, en la figura 1 se puede evidenciar que las enfermedades cardiovasculares se ubicaron en el primer puesto de muertes en el mundo, incluyendo la HTA (Organización Mundial de la Salud, 2018).



Fuente: Tomada de la página de la OMS

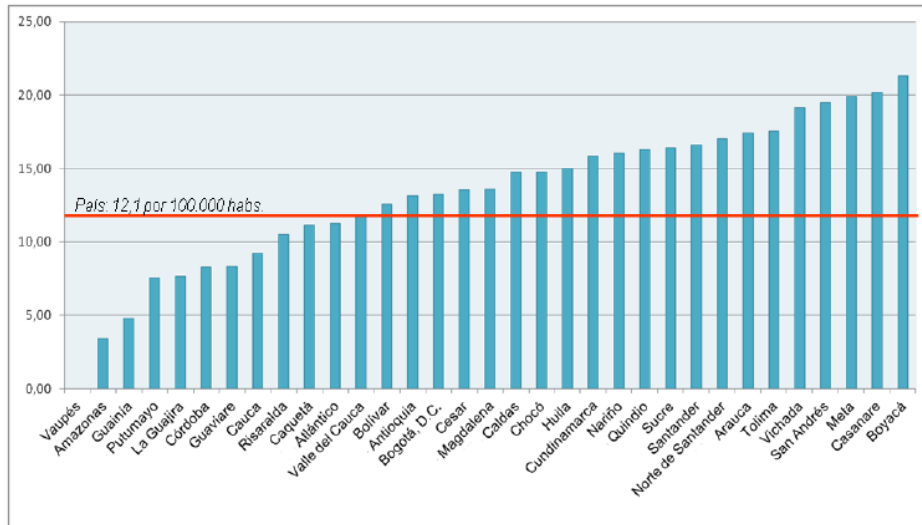
Figura. 1. Principales causas de muertes en los países de ingreso mediano alto en 2016.

“La presión arterial (PA) es la fuerza que ejerce la sangre circulante contra las paredes de las arterias”; La Hipertensión Arterial es una enfermedad cardiovascular en la que los valores de la presión sistémica permanecen elevados o por encima de los normales estos oscilan entre 140mmHg – 90mmHg indicando presión sistólica y diastólica respectivamente. Según la

OMS se estima que en mundo existen 1130 millones de personas con HTA y que esta patología conlleva a sufrir encefalopatías, nefropatías entre otras enfermedades, siendo la HTA una de las causas principales de muertes prematuras en el mundo (Ministerio de salud y Protección social, n.d.)

En Latinoamérica y el Caribe (LAC) aproximadamente del 20% al 40% de la población padecen de presión arterial elevada (PAE), es decir, 250 millones de personas y cada año mueren 1.6 millones de personas a causa de HTA; estas cifras aumentan progresivamente. En un estudio realizado en cuatro países de LAC (Brasil, Argentina, Chile y Colombia) se observó que solo el 57.1% de la población de padecer de PAE lo saben y el 18.8% tienen HTA controlada (J. F. Gómez et al., 2019). Existen diversos factores que incrementan el riesgo de HTA estos son: edad, elevado consumo de sodio, obesidad, poca actividad física, tabaquismo, raza negra y herencia (Organización Panamericana de la Salud, n.d.).

Colombia no está exento de esta patología, según el Ministerio de Salud, las afecciones isquémicas ocupan el tercer lugar de causa de hospitalizaciones junto con la diabetes mellitus tipo II; en los adultos mayores (mayores de 65 años) la HTA es una de las principales causas de consultas y emergencia en Colombia. La tasa de mortalidad de HTA durante 2005-2010 como se observa en la figura 2 fue de 12,1 por cada 100.000 habitantes, teniendo la tasa más alta los departamentos como Boyacá, Casanare, meta, San Andrés y Vichada; Bolívar ocupó el puesto número 13 de muertes por HTA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

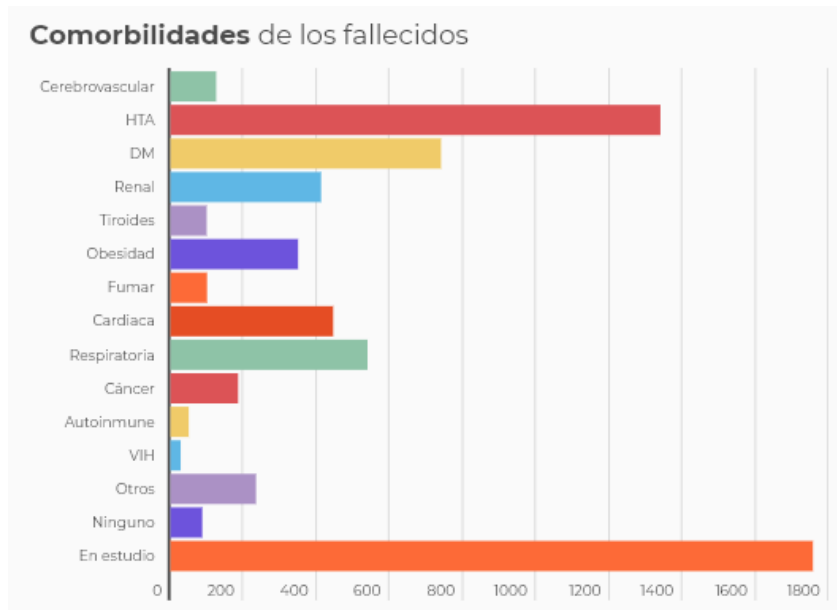


Fuente: Tomada de la dicha técnica del día mundial de la hipertension arterial -Colombia 2017. Ministerio de Salud

Figura. 2. Tasa de mortalidad promedio en hipertensión arterial en Colombia.

En la actualidad, la pandemia con COVID-19 que surgió a finales del año 2019 ha resultado ser un desafío para las personas que padecen de HTA, ya que, la OPS y el Ministerio de Salud de Colombia señala que estos pacientes tienen mayor riesgo de contraer el virus y morir a causa de éste (Organización Panamericana de la Salud, 2020a)(Arani et al., 2017)(Organización Panamericana de la Salud, 2020b). Según análisis realizados, en China el 12.8% de los fallecidos a causa del COVID-19 padecían HTA y en España el 22% (Ministerio de sanidad. & Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias., 2020); en Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social el porcentaje más alto en los fallecimientos por COVID-19 se relacionan con HTA (1340 fallecidos) tal como se observa en la figura 3 (Instituto Nacional de Salud, 2020). Esta patología a afectado emocionalmente a las personas, ya que existe temor y ansiedad por la nueva enfermedad, además, el distanciamiento social puede causar un sentimiento de soledad aumentando así el estrés y la ansiedad (Centro para en control y prevención de enfermedades, 2020), también, el impacto que la pandemia ha causado en los pacientes hipertensos va desde emociones, dejar el tratamiento farmacológico

por la hipótesis planteada a inicios de la pandemia donde se indica que estos se encuentran relacionados con la aparición de la enfermedad, hasta descuidarse sin tener en cuenta los protocolos de bioseguridad (de Simone, 2020).



Fuente: ministerio de salud y proteccion social

Figura. 3. Porcentajes de fallecidos en Colombia por COVID-19

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en este tipo de patologías ha llevado a los profesionales de la salud a concientizar a los pacientes de la enfermedad que padecen, su tratamiento farmacológico y no farmacológico mediante la psicoeducación, esta herramienta ha resultado ser una estrategia benéfica en pacientes al ser aplicada junto al tratamiento farmacológico habitual; ejemplo, en estudios realizados a nivel mundial se ha observado que la psicoeducación empleada en conjunto con el tratamiento de múltiples patologías desde mentales como esquizofrenia hasta crónicas no transmisibles como hipertensión y cáncer ha sido efectiva (Aragonés et al., 2015).

La psicoeducación es un proceso que brinda a los pacientes la oportunidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades psicológicas para afrontar las diversas

situaciones de un modo más adaptativo, se utiliza como un potenciador de las distintas instancias de un tratamiento fármaco-terapéutico y se puede abordar desde diferentes perspectivas: grupales, en parejas, individual y/o familiar (Bulacio et al., 2006). Según Sergio Ocio la psicoeducación hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico y esta puede ser a nivel Individual, Familiar o grupal y que pretende el cambio de la conducta del paciente y sus actitudes hacia una condición patológica con el objetivo de mejora de la adherencia terapéutica (Ocio et al., 2017).

El proceso psicológico se ha desarrollado en múltiples patologías en diversos países como coadyuvantes del tratamiento farmacoterapéutico, demostrando ser más factible, efectivo y eficaz que otros; su principal objetivo es capacitar al paciente para que sea consciente de su condición y reconozca la importancia del tratamiento a seguir y permanezca activo a este (Zaretsky et al., 2008). Por tal motivo se hace necesario realizar una revisión minuciosa acerca de las experiencias exitosas que se han obtenido con el proceso de psicoeducación en pacientes hipertensos, lo que permitió elaborar una propuesta de un modelo psicoeducativo para pacientes hipertensos.

3. DESARROLLO

3.1 Marco conceptual

3.1.1 Psicoeducación

3.1.1.1 Concepto de Psicoeducación

La psicoeducación es un procedimiento educativo cuyo fin se fundamenta en proporcionar información y apoyo a pacientes con enfermedades crónicas, el objetivo del procedimiento es ofrecer educación y estrategias terapéuticas para así mejorar la calidad de vida del paciente evitando recaídas. La psicoeducación se ha convertido en un tratamiento coadyuvante eficaz ya que este puede mejorar significativamente los niveles de conocimiento y adherencia al tratamiento. La intervención abarca temas como la naturaleza de la enfermedad, incluida su etiología, progresión, consecuencias, pronóstico, tratamiento y alternativas, así como disipar conceptos erróneos acerca de la patología y prevenir consecuencias graves por no cumplir con lo prescrito por el profesional de la salud. La psicoeducación engloba intervenciones psicológicas y terapéuticas dadas de una manera didácticas, prácticas y estructurada que ayuden a transmitir una información clara y dar un mejor manejo a la patología; esto incluye la integración de los aspectos emocionales (Bhattacharjee et al., 2011).

Aunque en la actualidad la psicoeducación se utilice en diversas patologías, esta nació en 1972, creada por George Brown quien trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia al observar que los pacientes que padecían de esta patología y que vivían con sus padres reingresaban al hospital con mayor incidencia; el fin de este modelo planteado por el señor Brown era disminuir la carga que los enfermos representaba para sus familiares, por lo que se propuso localizar e identificar los comportamientos que los pacientes tenían

y crear una intervención para modificarlos lo que resulto la disminución de recaídas en los pacientes (Albarrán Angélica, 2007) (Montiel-Castillo & Guerra-Morales, 2016).

3.1.1.2 Tipos de psicoeducación

Existe diversos tipos de psicoeducación activa o pasiva, también se puede caracterizar según la población, que se divide en individual, grupal o familiar. Según el enfoque, se puede centrar en el cumplimiento o adherencia al tratamiento, la enfermedad, el tratamiento y/o la rehabilitación (Kandeger et al., 2018) (McFarlane et al., 2003) (Duman, 2017) (Srivastava, 2017).

- Psicoeducación activa y pasiva: La terapia activa implica la participación activa de profesional con el paciente durante todo el proceso, lo que conlleva a una interacción clara. La pasiva consiste en diseñar y proporcionar materiales en forma de folletos, audios, videos entre otras herramientas para el paciente o familiares que deben leer y comprender por sí mismo durante todo el proceso psicoeducativo.
- Psicoeducación Individual: Trata problemas relacionados o en individuo enfermo, en esta el paciente puede comunicarse de manera fácil y cómoda ya que no tiene presión de grupo, se requiere más tiempo y dinero, pero es efectiva y específica.

Psicoeducación grupal: Generalmente es dirigida a diversos pacientes con patologías similares como esquizofrenia, trastorno bipolar, hipertensión, entre otros, estos grupos están conformado 4 a 12 persona (8 persona como grupo optimo) las intervenciones se manejan por secciones y van entre 5 a 24 dependiendo de la investigación y la sección debe durar entre 40 a 60 minutos.

Psicoeducación familiar: Se lleva a cabo con familias individuales o con un grupo de diversas familias cuyo paciente padezca similar patología, este modelo ha mostrado ser efectivo en trastornos psiquiátricos como la bipolaridad y la esquizofrenia, el número de las secciones suelen ser entre 6 a 12 semanas dependiendo el estudio y puede ser por intervalos mensuales.

3.1.1.3 Modelos de psicoeducación

La psicoeducación ha sido un método que ha mostrado ser muy exitoso, en principios tratando enfermedades psiquiátricas y en la actualidad que se ha implementado en otras áreas y otras patologías. Este ha tenido varios enfoques y modelos basándose en el primer trabajo realizado con familias de pacientes que padecían de esquizofrenia, dentro de los modelos a continuación de mencionan los más utilizados (Bhattacharjee et al., 2011) (Kandeger et al., 2018).

- Modelo de información: Se centra en proporcionar información acerca de la patología a las familias del paciente, con el fin de mejorar el conocimiento y tomar conciencia sobre la enfermedad.
- Modelo de entrenamiento de habilidades: Consiste en aprender y desarrollar habilidades a la familia del paciente con el fin de mejorar el manejo de la enfermedad con el fin de ayudar al enfermo.
- Modelo de apoyo: Su objetivo, mejorar las condiciones emocionales de la familia del enfermo para seguir con el cuidado del paciente.
- Modelo integral: También se le conoce como mixto porque involucra a los modelos de información, entrenamiento de habilidades y de apoyo, esta procura proporcionar información acerca de la patología del paciente y su manejo farmacológico y no farmacológico, además, brinda habilidades para que el paciente y su familia mejoren la capacidad del manejo de la

patología, también, aporta un apoyo psicológico con el fin de mejorar las emociones del paciente y su familia.

- Modelo de terapia de grupo familiar múltiple o modelo MGDT: Su finalidad consiste en involucrar a las familias del paciente en la rehabilitación del mismo.
- Modelo de gestión familiar de conducta: Consiste en tomar un mecanismo de afrontamiento positivo frente a la patología que está viviendo el paciente.

3.1.1.4 Etapas de la psicoeducación

También llamada estructura de la psicoeducación, son los principios metodológicos que permiten llevar a cabo la psicoeducación (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017),(Asociación Colombiana de Psiquiatría et al., 2006).

Elas son:

- Alianza de la terapia: Donde se llega a un acuerdo con el/los individuos que van a recibir la intervención.
- Proporcionar información: Se brinda los conocimientos necesarios de la patología y el tratamiento con el fin de ayudar al paciente.
- Brindar un ambiente que permita al paciente vincularse en la comunidad.
- Rehabilitación e Integración del paciente a la familia y dar a conocer su rol.
- Continuidad de adecuado cuidado del paciente con ayuda de la entidad de salud.

3.1.1.5 Fases de intervención en el proceso de psicoeducación

Para realizar psicoeducación se requiere de varias semanas y/o sesiones de intervención y consta de 3 fases:

- Fase educativa: En esta se requiere formar a personas mediante convicción y capacitaciones para que así tengan mejor interpretación, creatividad y manejo de situaciones que pueden presentarse. En esta etapa se explica el nombre de la enfermedad, signos, síntomas y el tratamiento que esta requiere.
- Fase de jerarquización de problemas, déficit o necesidades: Se refiere a clasificar los problemas que se presenten o las situaciones que surjan de manera jerárquica de acuerdo al valor que la persona le da. Esta fase se puede iniciar siguiendo los pasos de los entrenamientos de habilidades que consta de identificación de problemas por parte del que recibe la intervención, planificación de tareas y escenificación de problemas.
- Fase de practica de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana: Esta se debe aprender en la vida diaria del paciente, familiar u grupo de personas que reciban la intervención.

3.1.1.6 Patologías donde se ha aplicado la psicoeducación

La psicoeducación fue una intervención aplicada primeramente en trastornos psiquiátricos en la esquizofrenia (Albarrán Angélica, 2007); en la actualidad esta metodología ha sido utilizada en diversas patologías como hipertensión (el cual se aborda más adelante), esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, cáncer de mama, entre otras.

❖ Esquizofrenia

En 2017 se realizó un estudio en España de la efectividad de la psicoeducación en la reducción de sobre carga a el personal encargado de cuidar a los pacientes con esquizofrenia su objetivo era que la sobre carga se redujera después de 4 meses de intervención psicoeducativa y 16 meses de seguimiento el experimento fue cuasiexperimental y se midió la sobre carga a través del inventario de sobrecarga de Zarit y el cuestionario de evaluación de repercusión

familiar, los resultados arrojados fueron positivos ya que en los 4 meses de intervención la sobrecarga y otros aspectos estudiados mejoraron e incremento la mejora durante los 16 meses de seguimiento (González-Fraile et al., 2018).

Otro estudio realizado en España buscó comparar un estudio de psicoeducación presencial con uno presencial, el estudio fue un diseño cuasiexperimental mixto cuali -cuantitativo con medidas pre y post; este estudio se llevó a cabo con 59 familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia y bajo 3 condiciones cuasi- experimentales 11 familias recibían intervenciones tradicionales, 7 familias lo recibían online y 9 familias era el grupo control lo cuales no recibieron psicoeducación. Los resultados no arrojaron diferencia en los modelos de psicoeducación, en los estudios cualitativos se observó que las intervenciones virtuales tuvieron mejor resultado que el esperado y que se hace más cómoda que la tradicional (Soto-Pérez & Franco-Martín, 2014).

En México se realizó un estudio cuyo objetivo principal fue “establecer un ambiente familiar de un grupos de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y determinar las bases de un programa de psicoeducación” donde participaron 50 familiares de pacientes diagnosticados en esquizofrenia y que habían tenido su primer episodio psicótico, se realizó un taller de 6 sesiones informativas con forma de evaluación de taller el ambiente se evaluó mediante un cuestionario de vida familiar de North-Sachar. El resultado de este estudio arroja que el 51,5 % de los participantes consideraron el taller de utilidad para el manejo de la enfermedad (Fresán et al., 2001).

Asimismo, en 2011 se realizó un estudio con el objetivo de observar la efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida de pacientes con trastornos mentales, en el cual participaron voluntarios diagnosticados en la unidad de especialidades médicas, los cuales se dividieron en 2 grupos aleatorios (A y B) en el cual al primer grupo se le realizo una intervención

psicoeducativa, acompañada con el tratamiento habitual; mientras que al grupo numero 2 siguió con su tratamiento habitual sin intervención. En los resultados se encontró diferencia significativa en los dos grupos obteniendo como conclusión que la psicoeducación influye positivamente en los pacientes con trastornos mentales (López Amaro & Hernández Daza, 2011).

Por otra parte, un estudio realizado en Buenos Aires- Argentina con 17 participantes los cuales padecían de esquizofrenia y que recibían tratamientos diarios, arrojaron donde se muestra que la psicoeducación parecía aumentar la desconfianza, la sospecha y el falso yo, además indica que interviene con la terapia y aunque la literatura arroja resultados favorables, en este estudio no se tuvo un impacto frente al conocimiento, el cumplimiento de tratamiento, la disminución de recaídas ni la sintomatología; por lo cual indican que la psicoeducación es dañina porque compromete a la terapia del paciente y aumenta el aislamiento del mismo (Abbadi, 2005).

❖ Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

En España se realizó un estudio prospectivo longitudinal prospectivo con el fin de buscar predictores de respuesta a una terapia de psicoeducación grupal en TAB. En este estudio participaron 103 pacientes que reciben tratamiento y se realizaron 21 sesiones en 6 meses. Los resultados arrojaron que el 52.2% respondieron a la psicoeducación mientras que el 47.8 no respondieron a esta. Cabe resaltar que este estudio no tenía grupo control lo cual fue una limitación (Reinares et al., 2020).

Igualmente, se realizó un análisis de una intervención psicoeducativa para el TAB a para los riesgos de recurrencias de hospitalizaciones utilizando registros de aseguramientos suecos donde se identificaron 2819 pacientes de los cuales 402 no recibieron psicoeducación en los primeros registros, pero si en los posterios, luego de haber recibido la intervención se comparó el riesgo

preventivo de la psicoeducación. Los resultados obtenidos en la revisión demostraron que la intervención disminuyó las recurrencias de hospitalizaciones, además, de los episodios maníacos o mixtos, episodios depresivos y atenciones hospitalarias (Joas et al., 2020).

También, un estudio realizado con 13 pacientes quienes habían sido sometidos a psicoeducación en Gales, tenía como objetivo observar la perspectiva de los pacientes sobre la viabilidad, aceptabilidad e impacto de la psicoeducación frente al TAB, los resultados arrojaron que la psicoeducación puede afectar significativamente el apoyo social percibido por los pacientes, además del conocimiento y aceptación de la patología y dentro de las mejoras se sugirió brindar secciones grupales a los familiares de los pacientes, evitar centros hospitalarios, entre otros (Poole et al., 2015).

❖ Cáncer de mama

Después del diagnóstico de cáncer de mama, se realizó una intervención psicoeducativa para disminuir los riesgos de angustia temprana en los pacientes luego del diagnóstico, para esto se tomaron 100 mujeres diagnosticadas con cáncer de seno en los anteriores 3 meses. Se dividió el grupo en 2 al azar colocando al primer grupo en un tratamiento con atención habitual y al segundo atención habitual más el uso independiente de CarigGuidance™ el cual es un programa que brinda atención y apoyo a las personas diagnosticadas con esta patología, los resultados brindaron apoyo para la eficiencia potencial del programa utilizado más la atención habitual (Lally et al., 2020).

En Irán, se realizó un estudio como el objetivo de observar que efectos causaba la psicoeducación para la satisfacción sexual en mujeres con cáncer de mama, en el cual se reclutaron 80 mujeres las cuales se dividieron en 2 grupos, siendo el primero el grupo de intervención y el segundo el grupo control. se administró

un cuestionario demográfico y una pre-intervención a todos los participantes y luego se realizaron las intervenciones. Como resultado se obtuvo que antes de la psicoeducación las mujeres de los 2 grupos estaban en equilibrio tanto en características demográficas como en puntajes de satisfacción sexual; luego de la participación en el estudio el grupo 1 mostró una mejora significativa con respecto a la satisfacción sexual e iba mejorando a lo largo del tiempo, obteniendo mejores resultados al finalizar el seguimiento; mientras que el grupo 2 mostraba tendencias negativas (Abedini et al., 2020).

Igualmente, se realizó una intervención psicoeducativa mediante medios telefónicos a sobrevivientes de cáncer de mama afroamericanas, el objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de la intervención para mejorar el bienestar emocional de las pacientes, el análisis se realizó en 40 mujeres las cuales con datos tomados informaron un nivel elevado de angustia y estas se dividieron en grupo de intervención y grupo control aleatoriamente. Se utilizó la prueba de medición de rango de Wilcoxon para antes y después de la intervención. El resultado obtenido en este experimento mostro una mejora en el bienestar emocional general de las pacientes, así como en emociones como la tristeza, nerviosismo y el afrontamiento (Ashing & George, 2020).

Además de las patologías mencionadas la psicoeducación también se ha aplicado en otras enfermedades tal cómo cáncer colon-rectal (Lyhne et al., 2020), trastorno de espectro autista (Panerai et al., 2020), insomnios crónicos (Quintiliani et al., 2017), convulsiones no epilépticas (Sarudiansky et al., 2020), traumas interpersonales (Mahoney et al., 2020), síndrome de Burnout (Rosas-Santiago, 2019), asma (Marsland et al., 2019), dolor multidimensional en mujer en estado de embarazo (Mohammadi & Parandin, 2019), Parkinson (Navarta-Sánchez et al., 2018), trastornos alimentarios (Fursland et al., 2018), diabetes tipo 2 (Flores Gaxiola et al., 2019), síndrome de fibromialgia (Conversano et al., 2019), cáncer ginecológico (Liang et al., 2018), entre otros.

3.1.2 Hipertensión Arterial (HTA)

3.1.2.1 Concepto de HTA

La presión arterial se define según el Instituto Nacional del Cáncer como “Fuerza que ejerce contra la pared arterial la sangre que circula por las arterias” esta incluye 2 mediciones; sistólica y diastólica, siendo la primera la fuerza que ejerce el corazón para bombear la sangre de los ventrículos, en este momento se encuentra la presión máxima; y la segunda medición es el momento en el cual los ventrículos se llenan de sangre , es decir, es el descanso entre dos latidos (Instituto Nacional del Cancer, n.d.). La organización MayoClinic comenta que “la presión arterial está determinada tanto por la cantidad de sangre que tu corazón bombea como por el grado de resistencia al flujo de la sangre en tus arterias” es decir, si las arterias están estrechas y el corazón bombea mucha sangre el nivel de presión arterial será mayor (MayoClinic, 2018).

La American Heart Association registra que la HTA es la elevada presión de la sangre en las arterias que llevan a complicaciones cardiovasculares. (American Heart Association, 2020) (Nevado et al., n.d.); en el libro de Hipertensión clínica el autor define la hipertensión como “aquel nivel de PA en el que los beneficios (menos los riesgos y los costos) de la acción superan los riesgos y los costos (menos los efectos beneficiosos) de la inacción”, (Kaplan & Victor, 2015) (Baéz Puentes et al., 2007).

La HTA se desarrolla con el tiempo y los síntomas suelen aparecer después de varios años de padecer la enfermedad y en la mayoría de personas son asintomáticas, pero aun sin estos la patología deteriora los vasos sanguíneos y el corazón. Los síntomas más comunes suele ser dolor de cabeza, dificultad para respirar y sangrado nasal, aunque estos no suelen ser indicativos para el diagnóstico (MayoClinic, 2018) (Bakris, 2019)

3.1.2.2 Clasificación de HTA

La hipertensión se clasifica según la American Heart Association como normal teniendo valores de menos de 120mmHg sistólico y menos de 80 mmHg diastólico, elevada con valores de 120-129 mmHg sistólico y menos de 80 mmHg diastólicos, presión arterial alta o también llamada nivel 1 con valores sistólicos de 129-139 mmHg y diastólicos 80-89 mmHg; nivel 2 con 140 mmHg en adelante sistólica y 90 mmHg en adelante diastólica; también existe el nivel 3 el cual supera el valor 180 en la sistólica y los 120 en la diastólica tal como se observa en la figura 4 (American Heart Association, 2020) (Nevado et al., n.d.).

Norman Kaplan en su libro de hipertensión clínica habla acerca de la nueva clasificación de la hipertensión que comienza con valores de prehipertensión que va en cifras iguales o inferiores a en cifras de 130mmHg sistólico /80mmHg diastólico e indica que este es el límite máximo de la normalidad de la presión arterial, hipertensión en valores 140 mmHg sistólico /90 mmHg diastólico, estadio 1 140-159 mmHg sistólico / 90-99 mmHg diastólico, estadio 2 160-179 mmHg sistólico / 100-109 mmHg diastólico, estadio 3 superiores a 180 mmHg sistólico /110 mmHg diastólico (Kaplan & Victor, 2015).

Otros FR, daño orgánico o enfermedad	Presión Arterial (mmHg)				
	Normal PAS 120-129 PAD 80-84	Normal-Alta PAS 130-139 PAD 85-89	HTA grado 1 PAS 140-159 PAD 90-99	HTA grado 2 PAS 160-179 PAD 100-109	HTA grado 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Sin otros FR	Riesgo promedio	Riesgo promedio	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto
1-2 FR	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional muy alto
3 ó más FR, DOS, SM o diabetes	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto
Enfermedad CV o renal establecida	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto

FR: Factores de Riesgo, PAS: Presión Arterial Sistólica, PAD: Presión Arterial diastólica, CV: Cardiovascular, HTA: Hipertensión Arterial, DOS: Daño Orgánico Subclínico, SM: Síndrome Metabólico.
El término "adicional" indica que el riesgo supera el riesgo promedio en todas las categorías. Riesgo bajo, moderado alto y muy alto se refieren al riesgo de presentar un episodio mortal o no mortal de enfermedad cardiovascular a los 10 años. La línea discontinua indica cómo la definición de hipertensión puede ser variable, según el nivel de riesgo cardiovascular total.

Fuente: informativo digital de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria.

Figura. 4. Clasificación de la HTA.

3.1.2.3 Factores de riesgo

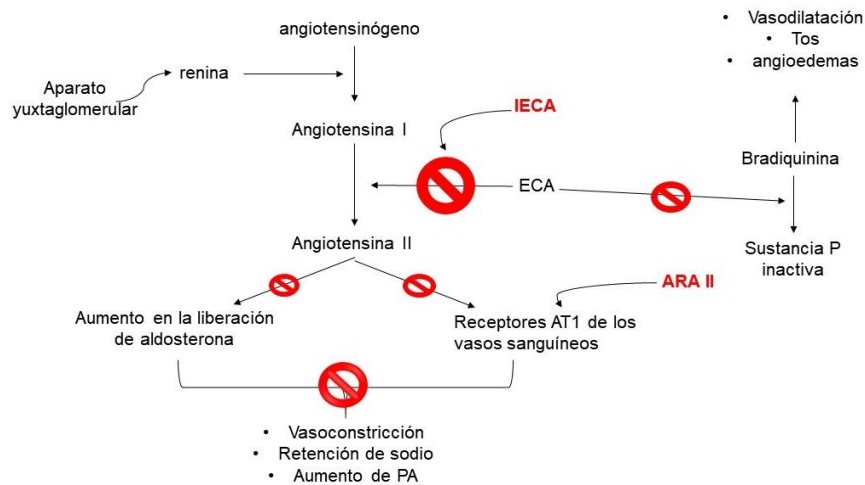
Existen diversas características que aumentan la probabilidad en el padecimiento de la HTA, dentro de las cuales se encuentra (Kaplan & Victor, 2015) (Organización Mundial de la Salud, 2019a) (Ministerio de salud y Protección social, 2017):

- ♥ Raza: El origen étnico en el cual existe mayores cifras de PAE y con tasa de mortalidad más alta debido a la HTA es el afroamericano.
- ♥ Sexo: La prevalencia de HTA tanto en mujeres como en hombres tienen valores similares por lo que se indica que el sexo tiene poca relevancia. Sin embargo, en Estados Unidos el índice de muerte aumenta en mujeres mayores de 65 años que en hombres.
- ♥ Edad: Las personas de edad avanzada o mayores de 65 años presentan mayor riesgo de padecer HTA.
- ♥ Dietas malsanas: las personas que tengan un consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas e insuficiencia en el consumo de frutas y verduras, tiene mayor riesgo de contraer la patología.

3.1.2.4 Tratamiento farmacológico para la HTA

La gama de los fármacos antihipertensivos en la actualidad es amplia, ya que se utilizan diversos grupos de fármacos con mecanismos de acción diferentes, estos tienen como meta disminuir o mantener la presión arterial en menos de 140mmHg sistólicos y 90mmHg diastólicos (Baéz Puentes et al., 2007). Dentro de los grupos de fármacos son: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II), Diuréticos, Betabloqueantes adrenérgicos, antagonista de canales de calcio y bloqueadores alfa (Ministerio de salud y Protección social, 2017), (E. Bragulat y M.T. Antonio, 2001), (Williams et al., 2018).

- * IECA: su mecanismo de acción es inhibir la enzima que convierte la angiotensina I a angiotensina II, su acción antihipertensiva se debe a que disminuye los niveles de angiotensina II que causa un aumento de la presión arterial cuando se une a su receptor AT1 causando vasoconstricción y retención de sodio, además, disminuye los niveles de aldosterona inducida por angiotensina II e impide la degradación de la bradiquinina (péptido causante de la vasodilatación) tal como se observa en la figura 5. Los IECA son fármacos bien tolerados en tratamientos de larga duración, sin embargo, existen reacciones adversas que se pueden dar a lo largo del tratamiento; tales como hipotensión, hiperpotasemia, falla renal, angioedemas y tos, estos están relacionados directamente por el mecanismo de acción de dichos fármacos (Díaz Maroto, 2000), (Espinoza, Jaime; Castillo, 1997).



Fuente: tomada y modificada del texto características farmacológicas de los ARA II, publicado 2006.

Figura. 5. Mecanismo de acción de los fármacos antihipertensivos IECA y ARA II

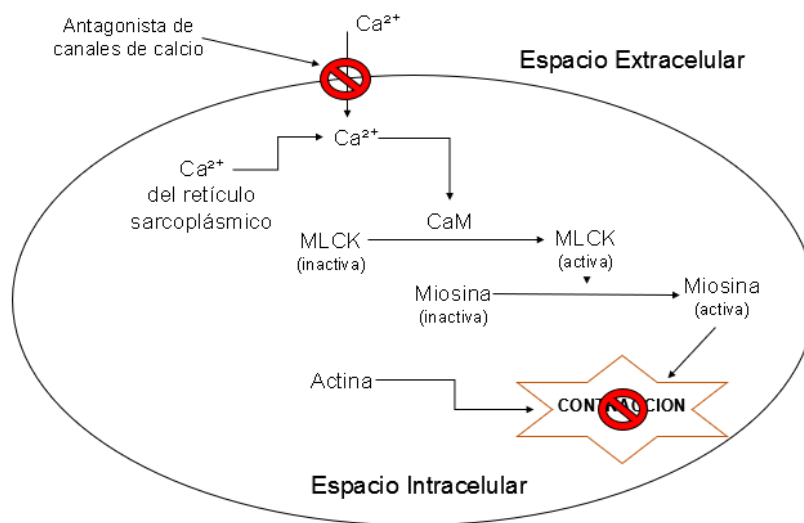
- * ARA II: estos fármacos al igual que los anteriores bloquean el SRAA mediante el antagonismo en los receptores AT1 de angiotensina II como

se observa en la figura 5, son medicamentos efectivos en el tratamiento de la HTA ya que estos han demostrado que al ser suministrado descienden la PA, aunque gradualmente, no causan tos ni angioedemas por tal razón está indicado para pacientes que no hayan presentado repuestas favorables con los IECA. Son fármacos selectivos y se pueden utilizar como monoterapia o terapia combinada (Vázquez Vigoa et al., 1998) (Tamargo et al., 2006).

- * Diuréticos: son medicamentos de primera elección en la patología de HTA; aunque estos tienen diversos efectos adversos, han demostrado su efectiva en el tratamiento de la HTA por su capacidad para reducir de manera significativa la morbimortalidad en pacientes cardiacos. Existe 6 tipos de diuréticos tiazídicos, ahorradores de potasio, diuréticos de ASA, antagonistas de aldosterona, diuréticos osmóticos e inhibidores de la anhidrasa carbónica. Cada uno actúa en un lugar diferente del riñón, pero, para la HTA son utilizado 3 de ellos, estos son: (Shabaka Fernández et al., 2019), (Inserra, n.d.), (Iturbe, 2016) (Baéz Puentes et al., 2007).
 - a. Diuréticos tiazídicos: también son llamados de techo bajo, estos actúan en el túbulo dictal y bloquean el cotransportador de Na^+ Cl^- , impidiendo así la reabsorción de sodio y cloro.
 - b. Diurético de ASA: también llamado de techo alto, son los más potentes y eficaces ya que este bloquea el cotransportador K^+ , Na^+ y 2Cl^- es decir impide la reabsorción de estos iones.
 - c. Diuréticos ahorradores de potasio: se da en el túbulo dictal, también llamados antagonistas de aldosteronas, su mecanismo de acción es bloquear la reabsorción de sodio y agua y disminuir la excreción de potasio. Estos fármacos son más débiles.
- * Betabloqueantes adrenérgicos: son fármacos utilizados para disminuir la PA, antiarrítmicos y antianginoso, su mecanismo de acción no es claro,

sin embargo, se conoce son antagonistas competitivos que inhibe la secreción de renina en el aparato yuxtaglomerular, incrementan de sensibilidad en los baroreceptores en el seno carotideo, aumentan la secreción de prostaglandina y la de otros péptidos vasodilatadores. Los betabloqueantes pueden ser selectivos o no a cada receptor; los fármacos no selectivos actúan en todos los receptores β (receptores β_1 (se encuentran en el corazón, riñón y adipocitos), receptores β_2 (bronquios, arterias, músculos, hepatocitos y páncreas)) (Iturbe, 2016)(Baéz Puentes et al., 2007).

- * Antagonistas de canales de calcio: también llamados calcio-antagonistas, son empleados principalmente en las cardiopatías isquémicas, pero también son utilizado para la HTA gracias a sus propiedades hipotensoras, su mecanismo de acción se basa en bloquear los canales de calcio dependiente del potencial de membrana y evitar la entrada de calcio a la célula para que no se dé la contracción como se observa en la figura 6, produciendo así dilatación coronaria y un efecto cronotrópico e inotrópico negativo. Dentro de los fármacos calcio-antagonistas se encuentran 3 grupos fenilquilaminas, dihidropiridinas y benzotiazepinas. El primer y último grupo se les denomina no dihidropirimidínicos y estos son antihipertensivos, antianginoso, y antiarrítmicos, bloquean los canales del calcio del corazón, mientras que el segundo, relaja el músculo liso, es utilizado como antihipertensivo y antianginoso y producen estreñimiento (Bendersky & Rodríguez, 2017) (Baéz Puentes et al., 2007).



Fuente: tomada y adaptado del texto antagonistas calcicos capitulo 119

Figura.6. Mecanismo de acción de los fármacos antihipertensivos calcioantagonistas.

- * Antagonista de los receptores alfa: no son tan utilizados, sin embargo, estos actúan bloqueando los receptores postsinápticos alfa 1, tienen ventajas con respecto a los demás fármacos porque este ayuda al descenso de la LDL y de los triglicéridos y al aumento del HDL, además de mejorar la resistencia insulínica y en la sintomatología producida por la hiperplasia protática benigna. La desventaja que estos presentan es el síndrome de primera dosis, es decir disminuye bruscamente la PA en algunos casos con síncope (Portalfarma, 2018).

3.1.2.5 Tratamiento No-farmacológico para la HTA

El tratamiento no farmacológico es igual de importante a cómo lo es el tratamiento farmacológico, ya que, en el primero se cambian estilos de vida que aportan eficazmente a una mejora en la patología. La adopción de una dieta y estilo de vida se puede recomendar como monoterapia al inicio de la patología o como coadyuvante de la medicación antihipertensiva. Dentro del tratamiento

no farmacológico se encuentran perder peso (en caso de que haya sobrepeso), aumentar el consumo de frutas y verduras, disminuir el consumo de grasa, hacer ejercicio, reducir el consumo de sal, disminuir el consumo de alcohol, dejar el tabaquismo. Estos factores son ideales para fomentar hábitos de vida saludable, el no tener en cuenta los factores anteriores o tener un poco estilo de vida conllevan a la progresión de la enfermedad (Shimbo, 2016) (Zanuy, 2020).

- Pérdida de peso: esta se ha convertido en una de las medidas más importante para reducir la presión arterial, aplica para las personas que tienen sobrepeso que se calcula mediante índice de masa corporal (IMC) que se mide dividiendo el peso (kg) entre la estatura (metros) al cuadrado; si el resultado es mayor a 25, la persona se encuentra en sobrepeso. O midiendo el perímetro de la cintura (obesidad abdominal) el valor ideal es de 102cm en los hombres y 88cm en mujeres, si sobrepasa esos valores significa sobrepeso. El sobrepeso en la hipertensión arterial es un factor de riesgo para la aterosclerosis que es una alteración vascular que aumenta el grosor y la pérdida de elasticidad de las arterias, causando un endurecimiento y actuando como tapón en la arteria impidiendo el flujo de sangre (J. Gómez et al., 2010).
- Alimentación: se debe tener la orientación de un nutricionista y este a su vez dará recomendaciones con respecto a la alimentación como: Limitar el consumo de carnes y grasas, aumentar el consumo de omega 3 que se encuentra en el pescado, consumo de lácteos, la ingesta de fibras y la ingesta de calcio. Existe una dieta llamada Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) la cual consiste en aumentar el consumo de frutas, vegetales, lácteos con poca grasa, cereales, nueces, legumbres, consumir poco sodio, azúcar, carne y grasas saturadas (Ortega Anta et al., 2016).

Para el consumo de sal la OMS asegura que la reducción de la ingesta de sodio reduce significativamente la HTA, estudios comprueban que la HTA inducida por sodio, también puede potencializar con una disminución del potasio y el calcio, por eso se indica que la ingesta de potasio al día para el control de la HTA debe ser de 4700mg/ día y la de calcio debe ser de 800mg/día (Ortega Anta et al., 2016)(Organización Mundial de la Salud, 2019b).

- Actividad física: es importante para los pacientes hipertensos realizar ejercicio físico, este ha demostrado ser una herramienta coadyuvante de la terapia farmacológica y debe estar orientada por un médico. Dentro de las recomendaciones se estima caminar 45-60 minutos todos los días bajo (Moraga Rojas, 2008).
- Estrés y emociones: para los pacientes hipertensos el estrés puede desencadenar emociones negativas como ansiedad y depresión(Molerio Pérez & García Romagosa, 2004). Para el manejo de este se debe tener actitud positiva frente a las diversas situaciones que se presenten, además de practicar ejercicio, relajación y motivación, ingerir alimentos saludables, tener aceptabilidad por sí mismo y por su condición y tener pensamientos irracionales. Esto se puede realizar mediante meditación musical, motivaciones permanentes, control mental, entre otros (Caja costarricense de seguro social, 2002).

Es importante que las personas que padecen de esta patología evite el estrés ya que esta puede ocasionar una alza en la presión indeseable, además, se aconseja que estos pacientes eviten el consumo de alcohol, limitar el consumo de café y evitar el tabaco (Bellido & Rusak, n.d.) (Nevado et al., n.d.)(de la Sierra Iserte & Urbano-Márquez, 2000).

3.1.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

3.1.3.1 Generalidades

En el III foro diálogos Pfizer-pacientes se define la adherencia al tratamiento según la OMS como el cumplimiento del mismo, es decir, seguir las indicaciones medicas en su totalidad, esto incluye tomar la medicación con la dosis correcta, en el tiempo correcto y con persistencia (Pfizer, n.d.) (Organización Mundial de la Salud, 2004). Otra definición que se da a cerca de la adherencia o el cumplimiento terapéuticos es “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida” (Garcia-Perez et al., 2000).

La adherencia al tratamiento se ha convertido en un problema de salud pública, ya que la baja receptividad de los pacientes por el medicamento es causa de intra hospitalizaciones y recaídas; en los pacientes hipertensos se ha encontrado que solo el 27%, 43%, 51% cumplen con el régimen terapéutico prescrito en Gambia, China y los EEUU respectivamente. La baja adherencia que poseen los pacientes es la causa principal por la cual el medicamento no es efectivo y no se obtienen los resultados esperados (Organización Mundial de la Salud, 2003).

3.1.3.2 Clasificación de adherencia

Para la adherencia al tratamiento existen diversas clasificaciones (Ibarra et al., 2017).

- Falta de adherencia intencionada o no intencionada

Intencionada: No hay voluntad por parte del paciente en querer tomar la medicación.

No intencionada: Se puede deber a un olvido involuntario, complejidad de la medicación, falta de hábito para la medicación, etc.

- Adherencia primaria y secundaria

Adherencia primaria: Ocurre al prescribir un nuevo tratamiento y el paciente no llega a recogerlo a la farmacia.

Adherencia secundaria: Esta ocurre luego de retirar el tratamiento de la farmacia y consiste en no tomar la medicación correctamente.

- Adherencia o incumplimiento al tratamiento según el periodo de seguimiento.

Incumplimiento parcial: Solo hay adherencia al tratamiento en algunos momentos.

Incumplimiento esporádico: Se incumple el tratamiento ocasionalmente. Puede ser por olvido o no tomar la medicación adecuada.

Incumplimiento secuencial: Se suele dejar la medicación cuando hay mejoría en la patología y se retoma cuando hay recaída.

Cumplimiento de bata blanca: Hay adherencia al tratamiento solo cuando recibe visitas médicas, suele ser común en pacientes hipertensos.

Incumplimiento total: Existe falta de adherencia por tiempo indefinido; suele suceder en jóvenes con enfermedades crónicas.

3.1.3.3 Métodos de medición de la adherencia

La medición de la adherencia al tratamiento se puede realizar por dos métodos, directos e indirectos (Neus Pagès-Puigdemont, 2018).

- Métodos directos: Estos se obtienen en su mayoría con concentraciones de fármacos en muestras biológicas (sangre u orina). Este método se encuentra limitado para algunos fármacos como los antidepresivos, antipsicóticos y antirretrovirales. Dentro de este método también se incluye la terapia directamente observada que consiste en dar o administrar una medicación; puede ser realizada por profesional de la salud, familiar o incluso paciente de la misma patología (GiPSS, n.d.).
- Métodos indirectos: Se da mediante la evaluación de la información que proporciona el paciente o cuidador; también, se puede realizar mediante entrevistas clínicas en las cuales se encuentra la aplicación de un cuestionario validado, este ha sido el método más utilizado y eficaz, además, se puede aplicar el recuento de la medicación, el uso de dispositivos electrónicos y análisis de registro de dispensación.

Existen diversos cuestionarios para medir la adherencia al tratamiento y estos pueden variar dependiendo del investigador. Dentro de los principales cuestionarios están:

*Cuestionario ARMS-e: Ideal para medir la adherencia en pacientes pluripatológicos, consta de 12 preguntas que se pueden observar en anexo 3 y entre más baja es la puntuación mejor es la adherencia, a las preguntas se agrega puntuación de 1 a 4 de acuerdo a la escala de Likert.

*The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ): Se construyó con el fin de observar las creencias de los pacientes que pueden influir en la adherencia a la medicación. El test está compuesto por dos secciones, la

primerae evalúa las creencias sobre la medicación en general y consta de 8 ítems (BMQGeneral) y la segunda valora las opiniones del paciente sobre su tratamiento específico y consta de 10 ítems (BMQ-Específico) como se observa el anexo 4.

*Test de Morisky-Green: es uno de los cuestionarios mas conocidos y utilizados. Consta de 8 preguntas, 7 de ellas con respuestas si y no y una con la escala de Likert como se observa en el anexo 5. El test de Morisky-Green ha sido utilizado en una amplia gama de patologías y diversos países, tiene alta concordancia de los datos obtenidos con respecto a los de los instrumentos electrónicos.

3.2 EXPERIENCIAS EXITOSAS EN PSICOEDUCACIÓN

Para este estudio se realizó una revisión bibliográfica detallada en inglés y español en bases de datos, revistas y metabuscadores, teniéndose en cuenta los artículos que trataban acerca del tema a desarrollar, esto con el fin de analizar y conocer los diversos estudios realizados con psicoeducación y las estrategias utilizadas para este tipo de estudios, además, conocer la efectividad que tienen los programas psicoeducativos en una patología crónica como la hipertensión. En la búsqueda por las bases de datos se consultaron las siguientes ScienceDirect, Scopus, SciELO, Springer Link, SAGE journals, ClinicalKey, entre otras. Sin embargo, en la mayoría de ellas no se encontraron artículos relacionados al tema de interés. No obstante, dentro de la búsqueda se encontraron 16 artículos que evidencian la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en HTA, además, se encontraron diversos trabajos de grados relacionados con el tema que no se tuvieron en cuenta.

- Base de datos: Scientific Information Database

Effectiveness of a Hypertension Educational Program on Increasing Medication Compliance in Shiraz, 2004. Realizado en Irán. Este estudio tuvo como fin

examinar los efectos de la educación sobre el cumplimiento de la medicación en pacientes hipertensos, para este estudio se escogieron 150 pacientes con hipertensión y estos fueron enseñados en 2 etapas. La primera etapa consistió en una entrevista directa donde se educó a los pacientes enseñándoles a manejar los problemas al tomar la medicación; luego, se dividieron en 4 grupos aleatoriamente para conformar los grupos de intervención y un grupo control. Para continuar, en la segunda etapa se recibieron educación telefónica, consultas telefónicas, consultas y folletos educativos acerca de las creencias de salud para aumentar el cumplimiento de la medicación; el grupo 1 solo recibió educación por conversación telefónica, el segundo grupo recibieron consulta telefónica más folleto educativo, el grupo 3 solo recibió folleto educativo y el cuarto grupo o grupo control no recibió ninguna intervención. Las intervenciones fueron 1 vez por semana y con duración de 15 a 20 minutos Para medir el cumplimiento de se utilizó un pretest post-test en la escala de Morisky-Green. Luego de aplicado el programa, se observó que el cumplimiento de la medicación en los pacientes aumento de manera significativa en comparación con el inicio de la intervención (N & N, 2006).

- Base de datos: NCBI

The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial (Irán 2015); en este se llevó a cabo una intervención educativa con el fin de examinar los efectos que esta tenía en el comportamiento de autocuidado y la PA de pacientes mujeres con sobrepeso e hipertensas. Fue un estudio controlado aleatorio y con intervención educativa donde participaron 146 mujeres con condición hipertensa seleccionada al azar, se seleccionaron en 2 grupos el grupo control y el que recibiría la intervención. Las intervenciones tuvieron lugar en 6 secciones semanales y cada sección duro 2-2.5 horas, estas fueron dirigidas por psicólogos, deportistas y nutricionistas, durante el periodo de seguimiento, los

participantes recibieron mensajes de textos con temas relacionados cada 2 semanas. Los participantes del grupo control no recibieron ningún tipo de intervención, solo los cuidados de rutina. Para medir la autoeficacia y actividad física se utilizó el cuestionario (Starford-self management questionnaire in chronic disease patients que traducido sería cuestionario de autocontrol en paciente con enfermedades crónicas). Además, para la auto eficiencia y para la dieta, también se utilizó la escala de Likert el cual consta de 6 preguntas. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS y para evaluar la normalidad de las variables la prueba de Shapiro-Wilk. Como resultado en la hipertensión arterial se observó que hubo una disminución en esta, la presión sistólica disminuyó 7mmHg en el grupo de intervención mientras que en el grupo control disminuyó 3mmHg, los resultados más significativos se observaron 6 meses después de la intervención. Como conclusión se obtiene que utilizar métodos participativos de educación basado en principios de autocontrol de enfermedades crónicas entre las mujeres hipertensas pueden mejorar la autoestima, actividad física, nutrición saludable y reduce la presión arterial (Daniali et al., 2017).

- Base de datos: Scientific Information Database

The Effect of Education Based on BASNEF Model on Lifestyle in Patients with Hypertension, realizado en Irán en 2016. El objetivo principal del estudio se basó en investigar el efecto de la educación basada en el modelo BASNEF sobre el estilo de vida en pacientes hipertensos. Este se realizó mediante el ensayo aleatorio controlado, para esta investigación se tuvieron 80 participantes dividiéndolos en 2 grupos aleatorios 40 para control y el segundo que recibiría intervenciones. Para medir el estilo de vida se utilizó The life style questionnaire (LSQ) el cual ha sido validado mediante un análisis factorial; este comprende 70 ítems en 10 subescalas. En el cual se incluye salud física (8 ítems), deportes y estado físico (7 ítems), control de peso y nutrición (7 ítems), prevención de enfermedades I (7 ítems), salud mental (7 ítems), salud espiritual (6 ítems),

salud social (7 ítems), evitación de drogas, alcohol y opiáceos (6 ítems), prevención de accidentes (8 ítems) y salud ambiental (7 ítems). Todos los ítems se responden en una puntuación de escala Likert de cuatro puntos en el rango de 0 (= nunca) a 3 (= siempre). Cuanto mayor sea el puntaje, es mejor el estilo de vida. Para la intervención, el modelo a seguir fue el BASNEF por el cual se dividieron 7 subgrupos pequeños aproximadamente de 4 a 6 participantes. Las secciones se llevaron a cabo 2 veces a la semana por 3 semanas consecutivas con duración de 60 min c/u, el grupo control solo recibió el tratamiento de rutina. El análisis se realizó en el software SPSS. Estadísticamente en los resultados antes de la intervención de todos los participantes no tenían ninguna variabilidad, sin embargo, después de la intervención se observó que mejoró el estilo de vida de los pacientes con hipertensión además se concluyó que este tipo de intervenciones ayudan no solo creando conciencia y/o cambiando las creencias y actitudes de los pacientes, sino que también cambian las normas subjetivas a través de la participación de los familiares del paciente (Arani et al., 2017).

- Base de datos: ScienceDirect

The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial (Corea del Sur). El estudio se basó en examinar la efectividad de un programa integrado de educación y ejercicio de la salud y la vivienda comunitaria llamado Healthy Aging and Happy Envejecimiento (HAHA) en una comunidad hipertensa de adultos mayores. Los participantes fueron 40 y estos fueron asignados aleatoriamente al grupo control y grupo de intervención o experimental. El programa HAHA fue desarrollado por un equipo multidisciplinario, los componentes principales fueron educación, asesoramiento y ejercicio. El programa consistió en educación grupal (una vez por semana), educación individual (una vez cada 4 semanas) y ejercicio con band elástica (cada 2

semanas); la intervención duro 12 semanas. Para el resultado se aplicó un cuestionario de 16 ítems para el comportamiento de autocuidado, para la auto eficiencia en los ejercicios un cuestionario de 8 ítems, para la educación física se utilizó Physical Activity Questionnaire, así mismo, se utilizaron cuestionarios para medir la calidad de vida. Luego de las 12 semanas de intervención, el grupo de experimento mostro una reducción mayor en la PA sistólica, además, mostro aumento en la puntuación de auto eficiencia para el ejercicio y algunos de la calidad de vida relacionada con la salud y como conclusión se observó que el programa HABA muestra una mejora significativa en el control de la PA, en el autocuidado, actividad física y en el estilo de vida del paciente (Park et al., 2011).

- Base de datos: Springer Link

Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: a quasi-experimental study (Nigeria, 2019). Se efectuó un estudio cuasi-experimental para observar los efectos de una intervención educativa en salud para aumentar el conocimiento relacionado con la hipertensión, la práctica y el autocuidado en el cual se inscribieron 400 participantes, para la elección de estos se utilizó muestreo por conveniencia y esto fueron asignados a grupos de intervención y grupo control; antes de la intervención se realizaron análisis multivariados de masa corporal (IMC), niveles de PA, conocimiento de HTA, prácticas de autocuidado y otras variables. El modelo de la implementación para el programa de HTA fue motivación-habilidades de comportamiento (IMB) propuesto por Fisher y Fisher. Este modelo contribuye fundamentales para la conducta de la salud, motivación personal y social. En las intervenciones se tocaron ítems como significado de HTA, causas y factores de riesgos, signos y síntomas, medición e interpretación de HTA, prevención, prácticas de autocuidado, tratamiento y control. La intervención duro 12 semanas y cada sección tuvo

duración de aproximadamente 60 minutos. Para los resultados las mediciones fueron tomada de la siguiente manera: el conocimiento de la hipertensión usando una escala de 15 ítems con respuestas verdadero o falso, para la prevención y prácticas de autocuidado se realizó mediante la subescala de prevención de HTA el cual consta de 15 preguntas, para la actividad física se hicieron 3 preguntas sobre la PA de los participantes; la adherencia al tratamiento se evaluó mediante el test de Morisky-Green de 4 ítems en la escala de adherencia de medicación, así también se midió la calidad y los patrones de sueños, uso de sustancias, dieta saludable, monitoreo de la PA.

Los resultados obtenidos arrojaron con respecto a el conocimiento de la HTA que el conocimiento fue mayor después de la intervención y aumentó significativamente en el grupo que recibió la intervención. en cuanto a la prevención de HTA y prácticas de autocuidado después de la intervención se vieron mejoradas y esto se demostró en el aumento de la actividad física en el grupo de intervención, mientras que en el control no se vio ninguna diferencia. Lo que muestra que la intervención educativa tiene efectos positivos en el aumento del conocimiento y autocuidado en pacientes con HTA (Ozoemena et al., 2019).

- Base de datos: Europe PMC

Evaluation of two educative models in a primary care hypertension programme. En el artículo revisado se comparó la eficacia de 2 métodos educativos en pacientes con HTA. El grupo de participantes fue de 722 los cuales se eligieron aleatoriamente. Para iniciar el proceso se realizó una entrevista a cada uno de los pacientes que tenían 22 preguntas acerca de la PA. Luego el grupo fue dividido en 3, grupo control, grupo de intervención individual y grupo de intervención grupal. La grupal consistió en 2 secciones audiovisuales, la individual incluyo comentarios con las 22 preguntas iniciales y el grupo control

no se le realizó intervención. Los resultados observaron un aumento significativo en el nivel de control de la HTA en el grupo con intervención grupal ya que ellos tuvieron mayor aceptabilidad y la acción educativa fue seguida por un mayor conocimiento, aunque para el grupo con intervenciones individuales se observó un aumento favorable en el nivel de control de la HTA (Martínez-Amenós et al., 1990).

- Base de datos: ScienceDirect

Analysis of the efficacy of an internet-based self-administered intervention (“Living Better”) to promote healthy habits in a population with obesity and hypertension: An exploratory randomized controlled trial (España). En este estudio se evaluó la eficacia de una intervención autoadministrada basada en un programa de internet llamado vivir mejor dentro del cual se tuvo en cuenta personas con diabetes, obesidad e hipertensión la intervención utilizó estrategias cognitivo-conceptuales y psicoeducación con el fin de promover la vida saludable. El estudio fue exploratorio con 2 brazos un grupo control y un grupo de intervención, el número de pacientes que participó fue de 106. Los pacientes que participaron en el grupo de intervención recibieron un programa de intervención además del tratamiento habitual con el apoyo del sitio web creado y diseñado para los participantes. El grupo control solo recibió consultas habituales. Para el primer grupo hubo 4 momentos de evaluación (antes de la intervención, después de la intervención y 2 seguimientos a los 6 meses y 12 meses). El segundo grupo tuvo evaluaciones antes y después de terminado el estudio. La intervención basada en vivir mejor se planeó en 9 módulos que fueron presentados en página web los cuales tenían como fin proporcionar al paciente buenos hábitos alimenticios saludables y aumentar el nivel de actividad física. El programa siguió un enfoque cognitivo- conductual que se basaron en 3 pilares (técnicas de terapias conductual, promoción de hábitos alimenticios y actividad física. Las secciones contenían psicoeducación sobre

estilo de vida saludable y técnicas como lograrlo en el día a día. Las técnicas utilizadas en la intervención fueron autoobservación, auto instrucciones, recuperación conductual, control de estímulo, auto reforzamiento, técnicas de resolución de problemas y tarea. Además, la página web ofreció herramientas útiles, como descargar documentos en línea y videos. Se realizaron evaluaciones psicológicas mediante la plataforma Survey Monkey; las encuestas fueron diligenciadas a los 3,6 y 12 meses. Se revisó el índice de masa corporal, se realizó un cuestionario internacional de actividad física, al igual que para la calidad de vida, cuestionario de auto eficiencia general, cuestionario de comportamientos alimenticios holandeses, escala de depresión, ansiedad y estrés y regulación de comportamiento en el ejercicio.

Los resultados de este estudio vivir mejor resultaron significativo en la pérdida y reducción de peso, además se concluyó que los programas de esta línea pueden ayudar a mejora el estado clínico de los pacientes obesos o hipertensos, estos programas son capaz de mejorar hábitos en 12 meses (Mensorio et al., 2019).

- Base de datos: Scopus

Outcomes of psychoeducation and a text messaging adherence intervention among individuals with hypertension and bipolar disorder (Estados Unidos). En este artículo se evaluó la viabilidad, eficacia y aceptabilidad de una intervención psicoeducativa con adhesión de mensajes de textos, para así mejorar la adherencia a los tratamientos antihipertensivos, los participantes del estudio fueron 38 personas en las cuales el 74% eran afroamericanos y el 53% eran mujeres. la estrategia fue ejecutada durante 2 meses, en los cuales el primer mes recibieron mensajes de texto de carácter educativo-emocionales y de calificación de estado de ánimo diariamente.; en el segundo mes se implementó la estrategia de recordatorios de medicamentos. En los resultados obtenidos se

observó una mejora en la adherencia al tratamiento, la no adherencia disminuyó de 43% al 21% a las 12 semanas y la retención de los pacientes hacia el estudio fue de un 100%. Como conclusión se obtuvo que los participantes del estudio estaban muy comprometidos y que la disminución de la presión arterial se mantuvo hasta después de la intervención (Levin et al., 2019).

- Base de datos: ScienceDirect

Differential medication attitudes to antihypertensive and mood stabilizing agents in response to an automated text-messaging adherence enhancement intervention (Estados Unidos). Se realizó un estudio de cohorte prospectivo con duración de 3 meses donde se llevó a prueba una intervención por mensaje de texto automatizada también llamada *textos individualizados para el desarrollo de adherencia cardiovascular (ITAB-CV)*. El estudio se realizó en 38 pacientes con trastorno bipolar e HTA con una adherencia al tratamiento pobre. Al inicio del estudio se midió la adherencia con el cuestionario de rutina de tabletas (TRQ) que identifica la no adherencia durante 1 a 30 días antes, luego, los participantes recibieron psicoeducación sobre lo relacionado con las patologías presentadas, además, recibieron un teléfono móvil donde recibirían mensajes (se les brindó una capacitación de cómo usarlo y como responder los mensajes). Las etapas del estudio duraron un mes, en la primera los participantes recibieron mensajes de texto alternados con contenido psicoeducativo y emocional; en la segunda etapa los pacientes recibían mensajes donde se les recordaba su medicación. Para medir la actitud que tenían los pacientes se utilizó el cuestionario de percepción de enfermedad breve (IPQ breve), para medir la auto eficiencia en la adherencia se utilizó la escala de autoeficacia a medicamentos revisada (MASES-R), entre otros cuestionarios realizados para la creencia de medicamentos y para un autoinforme de hábitos (SRHI). Entre los resultados obtenidos se observó que hubo una diferencia significativa en las puntuaciones breves de IPQ al igual que

en la MASES-R en las 2 patologías, el SRHI mostró mejora muy significativa en la HTA indicando hábitos más fuertes. Una de las conclusiones vista por el autor fue que las intervenciones psicoeducativas ayudan a mejorar las actitudes frente a enfermedades, sin embargo, para afirmar esto se necesitan ensayos aleatorios controlados para establecer eficiencia (Levin et al., 2019).

- Base de datos: ScienceDirect

Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control (Estados Unidos). Este estudio fue realizado con el fin de evaluar un ensayo controlado aleatorio que involucre una intervención conductual personalizada realizada para mejorar el control de la presión arterial. El número de participantes en el estudio fue de 636 pacientes. El método de estudio TCYB es una prueba de intervención educativa/conceptual personalizada, se realizó una división aleatoria dando alguno de los pacientes recibía la atención habitual, intervenciones conceptuales personalizadas solo, monitoreo de la presión arterial en casa solo o intervención conceptual con monitoreo de PA en el hogar. Los individuos que se les realizó intervención conceptual sola o con monitoreo de PA fueron comparados con aquellos que no tuvieron este tipo de intervención. El estudio tuvo seguimiento durante 24 meses.

Las intervenciones fueron organizadas telefónicamente cada 8 semanas, para evaluar la adherencia al tratamiento se les pidió a los individuos la pregunta validada "¿Te has perdido alguna píldora la semana pasada?" La única pregunta tiene una sensibilidad > 50% de aquellos con baja adherencia y una especificidad del 87% (Bosworth et al., 2008).

- Base de datos: OXFORD ACADEMIC

A Telecommunications System for Monitoring and Counseling Patients With Hypertension Impact on Medication Adherence and Blood Pressure Control (Estados Unidos). Este estudio se realizó para evaluar el efecto de monitoreo telefónico automático de pacientes y asesoramiento sobre la adherencia del paciente a medicamentos antihipertensivos y en el control de la presión arterial. Para este estudio se tuvieron en cuenta 267 pacientes con presión arterial elevada (aproximadamente 160-90 mmHg) Se realizó un ensayo aleatorio controlado donde se separó un grupo de intervención y uno control. A pesar de que el estudio fue para controlar la PA en los pacientes, este tuvo una psicoeducación y un asesoramiento motivacional. El sistema utilizado fue el Sistema de Computadoras Enlazadas a Teléfono (TLC). Antes de los pacientes tener la intervención se debían tomar la PA con el esfigmomanómetro acoplado a una lectura digital. Y durante la conversación el paciente informaba su PA, comprensión de su antihipertensivo prescrito (medicamentos, dosis, horarios, etc.), su adherencia a la medicación y si tenía síntomas o efectos secundarios. Luego de la interrogación se le brindaba una educación y un asesoramiento motivacional para mejorar la adherencia a su tratamiento, las conversaciones duraban alrededor de 4 minutos. La información suministrada por los pacientes fue almacenada en una base de datos. Antes y después de los 6 meses de intervención todos los participantes recibieron una visita domiciliaria donde se tomó la PA de cada uno, para medir la adherencia al tratamiento se realizó una auditoria de recuento de píldoras, para el estado de salud se realizó el formulario corto 36 (SF36) y para evaluar actitudes de los participantes sobre la tecnología informática se utilizó el cuestionario desarrollado por Brown bridge. El estudio comparó los pacientes del grupo de intervención con las que no lo recibieron.

Como resultado del estudio se obtuvo que la adherencia del grupo de intervención mejoro con respecto al inicio de la intervención. La PA también disminuyo significativamente en el grupo que recibió la intervención TLC.

También la actitud de los pacientes se vio mejorada e indicaron su satisfacción con el programa mediante TLC (Friedman et al., 1996).

- Base de datos: JMIR publications

Psychobehavioral Profiles to Assist Tailoring of Interventions for Patients With Hypertension: Latent Profile Analysis (Canada). El objetivo general de este estudio fue observar los cambios en la conducta, autocuidado y fisiológicos luego de un programa psicoeducativo y asesoramiento de estilo de vida basado en la web. Este se basó en la adherencia al cambio de estilo de vida en pacientes hipertenso por lo que fue multicentro, longitudinal, doble ciego, y aleatorio controlado. El programa REACH fue diseñado para evaluar la eficacia de un protocolo de asesoramiento electrónico estandarizado que promovía las pautas recomendadas para ejercicio, dieta, prescripciones de medicamentos y vida libre de humo. El estudio incluyó 263 participantes quienes cumplieron los criterios de inclusión al estudio, estos fueron divididos aleatoriamente en grupo control y grupo de intervención. El asesoramiento de REACH y para el grupo control el programa se organizó por secciones, para los controles el contenido de las secciones era representativo y basado en la salud cardiaca al principio del estudio; para el grupo de intervención, su contenido incluía asesoramiento electrónico con componentes motivacionales y terapias cognitivo-conductual para promover el autocuidado. Las evaluaciones presenciales se dieron a los 4 y 12 meses de seguimiento. En este estudio se midió el trastorno psicológico mediante 4 medidas establecidas mediante el cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9) que evalúan los síntomas de la depresión. La actividad física se midió en 4 días registrado en podómetro triaxial (se recomienda a las pacientes con hipertensión ejercitarse de 4 a 7 días que incluye caminar). Para la medida motivacional se utilizó el algoritmo transteorico de prochaka incluido el ejercicio planificado, la ingesta de frutas, verduras y el uso de sal, este se

divide en varias etapas pre -contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Para las medidas fisiológicas se evaluaron en el hospital al inicio y al final de meses en el hospital (presión sistólica (SBP) y presión arterial diastólica (DBP), presión de pulso (PP), colesterol de lipoproteínas de baja densidad, e índice de riesgo de Framingham (FRI)). La PA se evaluó se midió de manera automatizada mediante el dispositivo BpTRU. Para el análisis de los datos se realizó una serie de perfil latente (LPA), los perfiles psico-conceptuales se indicaron mediante medidas de referencias PHQ-9.

En la diferencia de comportamiento se vio una diferencia significativa de al principio y al final de la intervención. De 1.87 a 8.36 en el consumo de frutas y verduras. En el ajuste adaptativo los análisis adaptativos ANCOVA hubo diferencias significativas en de cambio de SBP, PP, FRI desde la línea base hasta los 12 meses de seguimiento (5.8,4.27 y 5.39 respectivamente). Se mostraron disminución en las variables en comparación al grupo control.

Al principio de la intervención no se encontraron diferencias significativas en los grupos de intervención y control. Luego de los 12 meses el grupo de intervención indicó que el programa de asesoramiento electrónico efectivamente redujo SBP, PP y FRI. Y se observó que, para la mayoría de los pacientes hipertensos, el programa actual de asesoramiento electrónico es probable que sea eficaz para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (Tanaka & Nolan, 2018).

- Base de datos: Journal of Hypertension

Transmedia psychoeducational program to improve pharmacological adherence to antihypertensive treatment among elderly people. El objetivo de este trabajo fue desarrollar un programa psicoeducativo para mejorar la adherencia al

tratamiento farmacológico en pacientes mayores con HTA. El número de participantes fue de 100 pacientes diagnosticado con HTA crónica y estos fueron dividido en 3 grupos, el primer grupo se expuso o un programa de adherencia psicoeducativa tranmedia (que se despliega en de múltiples formas y medios y plataformas de comunicación), además recibieron un teléfono inteligente con una aplicación (App) móvil exclusivamente desarrollada para mejorar la adherencia al tratamiento. El grupo B se expuso a un programa de psicoeducación para adherencia al tratamiento, en el grupo c fue el grupo control. Como resultado se encontraron mejoras en el grupo A en la adherencia al tratamiento de un 52.4% a un 73.3% esta mejora duro hasta los 12 meses después de la intervención, para el grupo B Y C no se encontraron resultados significativos. Como conclusión se tiene que el empleo de un programa psicoeducativo de tranmedia junto con el programa tradicional para el sistema de salud causan una mejora significativa en la adherencia al tratamiento en pacientes con HTA (Sepulveda et al., 2019).

- Base de datos: SciELO

Lifestyle intervention using the psychoeducational approach is associated with greater cardiometabolic benefits and retention of individuals with worse health status (Brazil). El trabajo tuvo como objetivo comparar los efectos de dos programas de intervención de estilo de vida para prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) - psicoeducación tradicional o interdisciplinaria-intervención basada en hábitos diarios y factores de riesgo cardio metabólico e investigar el papel del enfoque psicoeducativo para la retención de individuos en el programa.

El número de participantes fue de 183 individuos los cuales debían tener enfermedades pre diabéticas dentro de las cuales se incluía la HTA. Las intervenciones tuvieron duración de 18 meses, en los cuales los participantes

fueron distribuidos de manera aleatoria en uno de los 2 programas de modificaciones de hábitos alimenticios, actividad física y manejo de estrés. Los participantes fueron examinados al inicio a los 9 y 18 meses de intervención. El estudio incluía intervenciones tradicionales en las cuales un endocrinólogo de realizaba una visita domiciliaria cada 3 meses y le daba pautas para cambios de dieta y actividad física. Además, incluía un enfoque psicoeducativo incluido una cita co el nutricionista y 16 secciones grupales con un equipo multidisciplinario (endocrinólogo, psicólogo, nutricionista y físico educador). En el primer mes se dieron 4 secciones semanales, en el segundo 2 y luego 7 secciones mensuales hasta el noveno mes y 3 secciones trimestrales hasta el mes 18; estos participantes recibieron materiales de refuerzo. Los resultados fueron la mejora en el perfil de riesgo, incluida los niveles de presión (PA) y parámetros de glucosa y lípidos.

La actividad física fue evaluada mediante el cuestionario internacional de actividad física, los datos dietéticos fueron analizados utilizando un software del sistema de datos de nutrición para la investigación, el inventario de depresión de Beck se aplicó para observar síntomas de depresión (0 a 63 siendo mayor de 11 indicativo para depresión), la calidad de vida fue evaluada mediante el Estudio de resultados médicos de 36 ítems de encuesta de salud de formato corto, este formato incluye evaluaciones para Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Lo resultados arrojados demostraron que la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica se redujo significativamente durante el tiempo, y estas reducciones fueron consistentemente mayores en la intervención interdisciplinaria que en la tradicional intervención al considerar la interacción entretiempo e intervención, además, el Índice de masa corporal redujo al igual que la circunferencia en la cintura. También se observó disminución de glucosa plasmática en ayunas que la tradicional uno solo después de 9 meses de intervención. Con estos resultados observamos que a través de estos estudios

se puede ayudar a prevenir enfermedades como la diabetes tipo 2 y a disminuir los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos, ayudándoles además a reducir el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 (Cezaretto et al., 2017).

- Base de datos: SciELO

Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico (Chile). El estudio tuvo como objetivo diseñar una breve intervención psicológica para pacientes que padecían de HTA y así evaluar los efectos de esta sobre la PA. El número de participantes fue de 38 con características de ser adultos mayores, la selección de los participantes fue mediante el método no probabilístico de tipo accidental, y se escogió el grupo de experimento y de control aleatoriamente. Para la toma de la presión se utilizó un esfigmomanómetro manual análogo. Se trabajó con los pacientes la evaluación e identificación de cogniciones para que entendieran el impacto negativo de algunos pensamientos, emociones y conducta y se ayudó a sustituirlos por otras que no les hicieran daño. Para la psicoeducación se informó sobre la HTA y la influencia de las variables psicosociales de esta; y se enseñó a adquirir habilidades para controlar sus efectos. Para las conductas saludables se trabajó la promoción de esta para inducir un buen estilo de vida en los ancianos a través de hábitos saludables. Durante las secciones se realizaron 3 mediciones de P.A en distintas semanas antes y después de cada sección. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS con un diseño experimental completamente aleatorio y una prueba estadística de análisis multivariado de la varianza (MANOVA). Los resultados muestran diferencias en la PA sistólica del grupo experimental y la del grupo control alcanzando el grupo de intervención un nivel mediano, sin embargo, la PA diastólica alcanzo un nivel alto. Estos resultados concuerdan con estudios internacionales que avalan la eficacia de

este tipo de intervenciones psicológicas en pacientes con HTA (Moreno B et al., 2006).

- Base de datos: Revistas Científicas Javeriana

Adherencia al tratamiento de Hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial (Colombia). Se realizó con pacientes con hipertensión en un estudio transversal aplicando un pre- post intervención utilizando 44 participantes donde se explicaron desde educación sobre la hipertensión arterial, autoeficacia, percepción de control sobre la enfermedad - autocontrol-, nutrición saludable, actividad física, cumplimiento del tratamiento farmacológico, consumo de alcohol y cigarrillo y manejo del estrés en lo referente a identificación de eventos estresores; control fisiológico del estrés a través de respiración profunda; relajación muscular no-tensional y visualización; control cognitivo del estrés por medio de reestructuración cognitiva; desarrollo de habilidades de afrontamiento por medio del entrenamiento en solución de problemas y comunicación asertiva.

La adherencia al tratamiento se midió con la prueba de rangos signados de Wilcoxon. Después de la intervención se presentó una disminución en el PAS mientras que en el PAD no se presentaron cambios significativos, pero quedaron en valores controlados. En la mayoría de las intervenciones arrojaron mejora en la de consumo de alcohol y cigarrillo no hubo diferencia porque antes de la intervención ya los pacientes no eran consumidores (Holguín Palacios et al., 2006).

4. PROPUESTA DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES HIPERTENSOS

4.1 Aspectos comunes en las experiencias exitosas

Observando los resultados favorables y experiencias exitosas tratadas con anterioridad, se indagó sobre algunos aspectos similares que tuvieron entre sí, dentro de los cuales se encontró que la mayoría de los estudios realizados (13 de los de 16 estudios) fueron llevados a cabo mediante ensayos aleatorios controlados con grupos de intervenciones y grupos controles. La duración de los experimentos exitosos osciló entre las 6 semanas a 96 semanas de intervención.

Además, se observó que en cinco de los estudios realizaron las intervenciones telefónicas; tres de ellos utilizaron mensajes de textos como herramienta para fomentar el conocimiento y mejorar la adherencia al tratamiento, uno por medio de llamadas telefónicas (estas incluían educación y consultas telefónicas) y uno se basó en llamadas y mensajes de textos. Dos de estos estudios proporcionaron a los pacientes un teléfono celular para que recibieran cada una de las intervenciones. También en dos de los 16 estudios realizados se utilizaron páginas web y aplicaciones telefónicas para llevar a cabo las intervenciones.

Tres de los estudios realizados utilizaron equipos multidisciplinarios para las intervenciones, estos incluían endocrinólogos, psicólogos, farmacéuticos, nutricionista y físico educador. Para medir el nivel de adherencia al tratamiento, dos de las investigaciones utilizaron el test de Morisky, las demás utilizaron otro tipo de cuestionarios. Además, dentro de las 16 investigaciones, seis de ellas trataron sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, siete trataron sobre tratamientos no farmacológicos como actividad física, hábitos alimenticios, manejo de estrés, entre otros; y tres tratan tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos.

4.2 Aspectos comunes **entre** la hipertensión en Colombia.

Basándose en información proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia los pacientes que padecen HTA son en su mayoría mayores de 40 años de edad y tienen cifras de presión arterial de cifras mayor o iguales a 140/90 mmHg, de sexo masculino; la mayoría de las personas que la padecen tienen origen étnico de raza negra y antecedentes familiares. En estudios realizados en Colombia los pacientes con HTA sufren de otras patologías como obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus. Además, incluían obesidad, tabaquismo activo y bajos niveles de actividad física. La mayoría de los pacientes utilizan terapia combinadas de antihipertensivos (excepto IECA y ARA II). Dentro de ellos los más utilizados son: diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona), bloqueantes de canales de calcio (amlodipino, verapamilo), betabloqueantes (metoprolol, propanolol, atenolol), IECA (Captopril, enalapril, lisinopril), ARA II (Losartan, Valsarta, Candesartan) (Ministerio de salud y Proteccion social, n.d.) (Ministerio de salud y Proteccion social, 2017) (Garviria A., Ruiz F., Julio N., 2013a).

Según estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia el 50% de pacientes hipertensos han cursado primaria como nivel de escolaridad y el 34% secundaria. El 56% como estado civil, viven en unión libre y el 39% son de estrato 3, mientras que el 33% de estrato dos y el 27% de estrato 1. El 56.3% a veces padecen de estrés, mientras que el 31.5% casi siempre. El 54.3% suele sentirse triste algunas veces (Burbano Rivera, 2017). También, en un estudio sobre pacientes hipertensos se obtuvieron resultados en los cuales registra que el 48% de las personas que padecen HTA en algún momento prefieren olvidar tomar los medicamentos antihipertensivos prescritos, otros (21.6%) creen que los médicos utilizan muchos medicamentos para controlar la HTA. El 68% de los pacientes consideran que los médicos deberían tener más tiempo para ellos y así recetarían menos medicamentos. Además, existen pensamientos de que

los medicamentos antihipertensivos generan adicción y la tercera parte de los pacientes creen que deben descansar de los medicamentos durante un tiempo (Buendía, 2012).

Asimismo, se encontró que dentro de los pacientes hipertensos el 42% están en riesgo de no desarrollar un comportamiento de adherencia al tratamiento, seguido por el porcentaje de posibles adherentes en 32% y finalizando con los que no responden a comportamiento de adherencias en 19% (Herrera Guerra, 2012). En otro estudio realizado en la Universidad de Manizales, se observó que según el cuestionario de Morisky-Green el 55% de las personas hipertensas estudiadas no era adherentes (Rubio, 2012). También, una investigación realizada con pacientes de la EPS COOMEVA, arrojó que el 98% de las personas hipertensas del estudio estaba sin riesgo de no adherencia (Contreras, 2010).

4.3 Modelo Psicoeducativo Propuesto

Teniendo en cuenta los modelos de psicoeducación exitosos estudiados, las etapas de la psicoeducación, la población colombiana, los aspectos sociodemográficos en las personas que padecen de HTA y considerando el efecto que ha causado la pandemia por COVID-19 en los pacientes hipertensos con respecto a la adherencia al tratamiento, se diseñó un Modelo psicoeducativo integral con el fin de fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito para pacientes que padecen de HTA (Bhattacharjee et al., 2011) (Kandeger et al., 2018).

4.3.1 Etapas del modelo psicoeducativo propuesto

Para el modelo psicoeducativo propuesto se tuvieron en cuenta diversas etapas tales como:

Definir la Población: Es importante tener claro el lugar donde se desea realizar las intervenciones, como opciones están: buscar en la comunidad o en una liga pacientes hipertensos; también se puede realizar en una institución habilitada, para esto, se debe solicitar permiso mediante una carta formal a un hospital, clínica, IPS y/o entidad que trabaje con la población objeto de estudio; esta carta se debe realizar con el formato que se encuentra el en anexo 9; luego, se escogen pacientes hipertensos que tengan edad mayor de 18 años y que deseen participar en las intervenciones. Posteriormente, se realiza la caracterización de la población objeto de estudio con el fin de conocer las necesidades de los pacientes de acuerdo a las características sociodemográficas de ellos (este paso se obvia si la institución cuenta con la información necesaria), si las intervenciones se realizan en la comunidad se deben realizar una recopilación de datos del paciente y plasmarlos en una plantilla de Excel como lo describe el anexo 10 y como lo realizó Marcela Arrivillaga en su estudio **¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial?** Publicado en el años 2006 (Arrivillaga et al., 2010).

Alianza de la Terapia: También llamado primer contacto. Consiste en fomentar una relación estrecha entre psicoeducador- paciente creando un clima de confianza, evitando revictimizar o incomodar al paciente y procurando que sea él quien tome la iniciativa en el diálogo, para lo cual, se evitarán las preguntas cerradas y se propiciarán las preguntas abiertas. En esta fase se incentiva a los pacientes a participar del programa comunicándole los beneficios que ofrece en su calidad de vida. También, se da a conocer el objetivo del programa psicoeducativo, la duración y que se realizará en cada una de las secciones a recibir. Se realiza la firma del consentimiento informado por parte de los participantes el cual se contempla en el anexo 10 y está basado en la resolución 8430 de 1993 (Ministerio de salud y Protección social, 1993); los que acepten ser partes de la intervención se les aplicarán los test pre-intervención que comprende:

- Medición de la presión arterial: Se mide con el instrumento esfigmomanómetro el cual debe estar perfectamente calibrado; si la presión presenta valores mayor 120 sistólica y 80 diastólica está elevada (American Heart Association, 2020) (Garviria A., Ruiz F., Julio N., 2013b) (Gómez-León Mandujano et al., 2016).
- Conocimiento de la patología: Para este se debe utilizar el *cuestionario de conocimiento de hipertensión* (CSH), el cual ha sido validado en un estudio realizado en España en 2013 (Estrada Reventos et al., 2013), y cuenta con 4 acerca del paciente y 22 preguntas acerca de la patología que se pueden apreciar en el anexo 6; las respuestas son de si, no y no lo sé; estas se califican como buena o mala, Para realizar la evaluación de los resultados, se toma en cuenta los siguientes resultados: Bajo conocimiento (0-8 respuestas correctas), Regular conocimiento (9-15 respuestas correctas), Buen conocimiento (16-22 respuestas correctas) (Ojeda Zegarra, 2019).
- Adherencia al tratamiento farmacoterapéutico: *El test de Morisky* (MMAS-8) es utilizado para analizar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, este ha sido validado en pacientes crónicos renales y utilizados en estudios realizado para pacientes hipertensos en la ciudad de Bogotá (Chaves Torres et al., 2016). En la escala se desarrollan siete preguntas con respuesta Sí o No asociados a los hábitos del paciente y una pregunta tipo Likert como se observa en el anexo 5. En el test se consideran adherentes los que den una respuesta negativa (NO) a las siete preguntas del cuestionario y como no adherentes a los que den una respuesta afirmativa (SÍ) a una o más preguntas del cuestionario (Mercedes et al., 2015).
- Estilo de vida: Incluye actividad física y hábitos alimenticios, el cuestionario utilizado es *Cuestionario de estilo de vida PEPS-I* el cual ha sido validado en población española. Se puede observar en el anexo 7 y

consta de 48 preguntas tipo Likert donde el 1=nunca, 2=casi nunca, 3=frecuentemente y 4=siempre. Para hallar el rango de la variable estilo de vida se considerara 130 puntos; menor a este puntaje se define como estilo de vida no saludable y mayor a 130 puntos estilo de vida saludable, (Pender, 1996) (Leyton , Marta; Lobato , Susana; Batista , Marco; Aspano , M^a Isabel; Jiménez, 2018) (Vera Lenes, 2017).

- Afrontamiento de estrés: *El cuestionario de afrontamiento de estrés (CAE)* ha sido validado por la asociación española de psicología clínica y psicopatología. Consta de 42 preguntas que pretenden evaluar 7 estilos básicos de afrontamiento tal como se observa en el anexo 8 (Bonifacio & Chorot, 2003). Estas tienen puntuaciones del 0 al 4 donde 0=nunca, 1=pocas veces, 2=a veces, 3= frecuentemente y 4= casi siempre; para la interpretación se suman los valores marcados según la siguiente subescala (Amorocho et al., 2014).

Focalizado en solución de problema (FSP):	1	8	15	22	29	36
Auto focalización negativa (AFN):	2	9	16	23	30	37
Reevaluación positiva (REP):	3	10	17	24	31	38
Expresión emocional abierta (EEA):	4	11	18	25	32	39
Evitación (EVT):	5	12	19	26	33	40
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6	13	20	27	34	41
Religión (RLG):	7	14	21	28	35	42

Fuente: tomado y adaptado del artículo "cuestionario de afrontamiento de estrés CAE: desarrollo y validación preliminar" de la revista psicopatología y psicología clínica.

Los resultados arrojados por los test se analizan y se da un perfil del paciente frente a la patología, esto ayudara a una mejor intervención; los detalles que comprenden esta etapa de alianza terapéutica se encuentran en el anexo 12.

Proporcionar información: De acuerdo con el análisis de los resultados de los test de pre- intervención realizado en la etapa de Alianza Terapéutica, se brinda información necesaria acerca de la enfermedad con el fin de ayudar a mejorar la calidad de vida de los participantes y a su adherencia al tratamiento, en ella

se incluirán: Información sobre la patología, adherencia al tratamiento, estilo de vida saludable y manejo de las emociones y el estrés.

- ♥ Información sobre la patología: Esta etapa comprende desde definición de la patología hasta tratamiento no farmacológico, esto incluye, clasificación o estadios (niveles de presión arterial), factores de riesgo (modificables, no modificables y biológicos), causas, consecuencias, tratamiento farmacológico (fármacos más utilizados para el tratamiento con su mecanismos de acción), tratamiento no farmacológico (actividad física, hábitos alimenticios, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas) y consecuencias si no se tiene en cuenta el tratamiento o las recomendaciones médicas, la actividad se detalla en el anexo 13. En este punto se tendrá en cuenta el nivel de escolaridad de los pacientes para realizar las intervenciones de una manera adecuada y entendible. El paciente debe tener una mente abierta y dispuesta a aprender conceptos desconocidos (Bescós Castells et al., 1997) (Moya et al., 2018) (López Acedo et al., 2006).
- ♥ Adherencia al tratamiento: Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de cada paciente en el test de Morisky para observar la adherencia al tratamiento. Sí el paciente es adherente se felicita y se incentiva a seguir el tratamiento a cabalidad tal y como lo está realizando. En caso de que el paciente muestre poca adherencia o no adherencia, tal como se observa en el anexo 14 se debe motivar y animar a seguir las directrices brindadas por el médico con respecto a su tratamiento, teniendo en cuenta los 5 correctos de la administración del medicamento (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vida de administración correcta y horario correcto), para esto es importante que el profesional tenga una buena relación con el paciente, ya que, mediante diálogos y preguntas, el profesional puede ayudar a que el paciente reconozca su patología y se aclarar ideas erróneas que se tenga sobre el tratamiento ya que (estas

ideas pueden impedir que el paciente sea adherente) (Peralta & Pruneda, 2008). Además, se debe dar a conocer al paciente los efectos positivos que causa la ingesta adecuada de los medicamentos prescrito en su patología, con el fin de que este reconozca la importancia de ser adherente. También, se deben dar tips que ayuden en el aferramiento del tratamiento para mejorar los niveles de presión arterial, ayudar al recordatorio de la hora del medicamento(Lynch, 2019) (Taranilla Mantilla, 2016).

- ♥ Estilo de vida saludable: Considerando los resultados obtenidos en el test de estilo de vida saludable llamado *Cuestionario de estilo de vida PEPS-I* realizado en la primera etapa de las intervenciones, y los aspectos sociodemográficos de la población. Se deben desarrollar hábitos alimenticios saludables que aporten a la disminución de los niveles de presión arterial teniendo en cuenta que los niveles normales oscilan entre 120 mmHg sistólica y 80 mmHg diastólica según la OMS y el ministerio de salud (World Health Organization, 2015)(Garviria A., Ruiz F., Julio N., 2013). Además, se debe incluir la disminución en el consumo de alcohol sí está por encima de aconsejado, ya que, lo recomendable es limitar el consumo a 30g /día(Nevado et al., n.d.), sí algún paciente consume sustancias psicoactivas o es un fumador activo se recomienda abandonar el tabaquismo, debido a que, éste aumenta los niveles de presión arterial y la frecuencia cardiaca reversiblemente, pero, se acumula el daño vascular (Organización Panamericana de la Salud, 2013). También, se recomienda disminuir el consumo de sal para pacientes que consuman más o igual a 6g al día (más o menos una cucharadita de café) teniendo en cuenta que los alimentos ya tienen suficiente sal para las necesidades del organismo y que el exceso de este favorece a un alza en la presión arterial (Nevado et al., n.d.) (Taranilla Mantilla, 2016); también, la OMS recomienda que un adultos necesita una ingesta diaria de potasio que

provenza de la comida de 3.5g, los cuales pueden obtenerse al consumir 4 a 5 porciones diarias de frutas y verduras, pescados, frutos secos y lácteos entre otros (Taranilla Mantilla, 2016). Con respecto al café, no es necesario abandonarlo, pero si limitar el consumo de este a máximo 3 taza diarias, puesto que, este produce una ligera alza de la presión (Nevado et al., n.d.). Además, para los pacientes con un IMC mayor de 25 llevar a cabo **actividad física** que con intensidad moderada de 30 minutos y con recomendaciones médicas, porque, la recomendación es mantenerlo entre (20 a 25). Para todos los pacientes se debe realizar recomendaciones como tener unas dietas ricas en frutas, verduras y lácteos desnatados como lo indica el anexo 15 (Saieh A, 2005) (Nevado et al., n.d.) (Moya et al., 2018).

- ♥ Manejo de emociones y estrés: Observando los resultados obtenidos en el *test de afrontamiento del estrés CAE* de cada paciente de intervención en el cual se medían los afrontamientos básicos de estrés como focalización en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión) (Bonifacio & Chorot, 2003). Como se observa en el anexo 16, los pacientes que estén afrontando adecuadamente el estrés se deben felicitar e invitar a que sigan con una actitud adecuada frente la patología. Pero, los pacientes cuyos resultados no sea favorables con respecto al afrontamiento en el estrés y emociones se les debe ayudar a comprender el concepto del estrés y las consecuencias que produce en el manejo de la HTA, debido a que cuando existe un inadecuado afrontamiento de éste puede producir alzas en los niveles de presión, esto se debe al aumento de hormonas, entre ella la adrenalinas y el cortisol que aumentan la frecuencia cardiaca, elevan los niveles de presión arterial y aumenta el suministro de energía, además de aumentar los niveles de glucosa en sangre(**mayo clinic**, 2019). También, conocer la relación que

existe entre el estrés, las emociones y los pensamientos, porque, el estrés genera pensamientos y los pensamientos emociones, es decir al tener pensamientos negativos, genera emociones negativas, tal y como ansiedad, soledad, tristeza, entre otros etc. (Ministerio de sanidad, 2020). Por tanto, se le debe ayudar al paciente a crear un ambiente de relajación y actitud positiva para controlar el estrés como dormir, meditar, yoga, o actividades que despejen las preocupaciones. además de establecer contacto con personas que proporcionen apoyo emocional (Mayo Clinic, 2020) (mayo clinic, 2019).

Brindar un ambiente que permita al paciente vincularse en la comunidad:

La reinserción social de los pacientes se ha convertido en un aspecto fundamental, ya que, las personas que padecen patologías crónicas se les estigmatiza y discrimina (Nirka Chang Paredes, Victoria de la Caridad Ribot Reyes, 2018). Para las actividades rehabilitadoras se encuentran terapia cognitivo conductual las cuales relacionan pensamiento, sentimientos y acciones relacionadas con la el paciente. Además, psicoterapia psicodinámica, entrenamiento de habilidades sociales y abordaje psicoanalítico (Gutiérrez Chávez & Morales Piña, 2019). Por tanto, para que los pacientes con hipertensión arterial se vinculen y tenga contacto con la sociedad se realiza una actividad de entrenamiento de habilidades donde se realiza un evento donde el paciente intervenido tenga contacto con la comunidad impartiendo la información adquirida y compartiendo el conocimiento y los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas, ayudando a la calidad de vida de las demás personas y aportando conocimiento a la prevención de la HTA y a al manejo adecuado de esta. En el evento el paciente se convertirá en emisor de la información y dará su experiencia en el proceso de intervenciones recibidas tal como se observa en el anexo 17.

Evaluación: Luego de las intervenciones llevadas a cabo, se debe realizar las mediciones correspondientes con post. -test intervención, cabe resaltar que los cuestionarios aplicados deben ser los mismos utilizados al inicio de la intervención, con estos se pretende evaluar **la** el impacto que tiene el programa psicoeducativo en el conocimiento de la patología por parte del paciente, el estilo de vida del paciente, la adherencia al tratamiento y en el manejo de estrés; para eso se debe observar y analizar los resultados obtenidos en los test antes y después de las intervenciones resaltando los logros que se tuvieron y la importancia del mantenimiento de lo logrado. Además, con esos resultados se puede fomentar y promover la continuidad de los programas psicoeducativos como herramienta para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas (Arrivillaga et al., 2010).

5. CONCLUSIÓN

Después de revisar en diversas bases de datos y en más de 155 artículos científicos, se encontró información sobre la HTA, psicoeducación, experiencias de psicoeducación en diversas patologías incluyendo hipertensión y modelo integral de psicoeducación. En las experiencias de psicoeducación para hipertensos, se observó que tienen algunos aspectos comunes los cuales comprenden ensayos aleatorios controlados, implementación de la intervención vía telefónica o internet y utilización de equipos multidisciplinarios. Con base en estas experiencias y los aspectos comunes de la población colombiana, se propone un modelo psicoeducativo para pacientes hipertensos que está basado en modelo integral el cual es fácil de implementar y está diseñado para mejorar la calidad de vida. El modelo consta de diversas etapas que permiten llevar a cabo la totalidad del programa psicoeducativo y además aportan a los pacientes un manejo adecuado de la HTA y ayudan en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; dentro de las etapas psicoeducativas se encuentra la definición de la población, alianza terapéutica, proporción de información, esta etapa (abarca los temas relacionados con la patología, tratamiento farmacológico y no farmacológico donde se encuentra el manejo de estrés, adherencia al tratamiento, entre otros) y creación de un ambiente que permita al paciente integrarse a la comunidad. Este tipo de intervenciones educativas se hacen esenciales en enfermedades crónicas ya la tasa adherencia al tratamiento en este tipo de patologías es baja, lo que conlleva a intrahospitalizaciones, recaídas del paciente, etc. Para evaluar la efectividad del método con respecto a adherencia al tratamiento se realizan test al inicio y al final de las intervenciones, en los cuales se puede evidenciar el cambio de conducta que tuvo el paciente al transcurrir el tiempo de intervención. A los profesionales Químicos Farmacéuticos se les abre oportunidad de estudio para

implementar el programa psicoeducativo propuesto y para investigar la efectividad de estos en otro tipo de patologías.

6. RECOMENDACIONES

- Utilizar la información descrita como punto de partida para realizar otros modelos para programas psicoeducativos en diversas patologías.
- Aplicar el modelo propuesto en una población hipertensa.
- Divulgar información entre la comunidad científica como estrategia para mejorar la calidad de vida de pacientes con patologías crónicas.

7. BIBLIOGRAFIA

- Abadi, S. (2005). [Psychoeducation and schizophrenia: failure of education]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 16(60), 85—88. <http://europepmc.org/abstract/MED/15912214>
- Abedini, M., Olfati, F., Oveisi, S., Bahrami, N., Astrologo, L., & Chan, Y. H. (2020). Examining the effect of a brief psychoeducation intervention based on self-regulation model on sexual satisfaction for women with breast cancer: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 47(October 2019), 101673. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101673>
- Albarrán Angélica, y M. M. (2007). *Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray*. IX(2), 124—118. <http://www.redalyc.org/pdf/142/14290206.pdf>
- American Heart Association. (2020). *¿ Qué es la presión arterial*. https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/4/c/5/whatishighbloodpressure_span-ucm_316246.pdf
- Amorocho, P. M., Fernanda, A., & Rodr, U. (2014). *Evaluación de ansiedad y estrategias de afrontamiento de estrés en socorristas de la Defensa Civil . Assessment of anxiety and stress coping strategies in the Civil Defense*. 8, 101—126.
- Aragonés, E., Cardoner, N., Colom, F., & López, G. (2015). *Guía de buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión*. December, 1—97.

- Arani, M. D., Taghadosi, M., & Gilasi, H. R. (2017). The effect of education based on BASNEF model on lifestyle in patients with hypertension. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(11). <https://doi.org/10.5812/ircmj.40731>
- Arrivillaga, M., Cáceres de Rodríguez, D., Correa, D., Holguín, L., & Varela, M. (2010). ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial?*. *MedUNAB*, 9(1).
- Ashing, K. T., & George, M. (2020). Exploring the efficacy of a paraprofessional delivered telephonic psychoeducational intervention on emotional well-being in African American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1163–1171. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04899-7>
- Asociación Colombiana de Psiquiatría, Correa, B., Victoria, M., Hernández, B., & Hernando, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, 463–475. <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635403.pdf>
- Baéz Puentes, L. P., Blanco Guarín, M. I., Bohórquez Rodríguez, R., Botero López, R., D'Achiardi Rey, R., Garrido, F., Gómez Ortiz, A., Luengas Luengas, C., Manzur Jattin, F., Márquez Salom, G., Muñoz Velasquez, A., Otero Vega, L. M., Roa B., N., Palacio Eastman, A. C., Peña Tobar, M. D. P., Ramírez Vallejo, E., De Pau Saaibi Solano, J. F. F., Sánchez Lizarazo, D. F., Silva Gandur, C., ... Cuenca Mantilla, G. del. (2007). Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Colombiana de Cardiología; Vol. 13 Supl. 1 (2007)*.
- Bellido, C. A., & Rusak, E. J. (n.d.). Capítulo 109 ESTRÉS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Efectos de la tensión emocional sobre la hipertensión arterial. *Cardiología, Estrés e Hipertensión Arterial*, 514–518.

- Bendersky, M., & Rodríguez, P. (2017). *Antagonistas Cálcidos En El Tratamiento De La Hipertensión Arterial Y Enfermedades Asociadas*. 8–16.
<http://www.saha.org.ar/pdf/formacion/calcioantagonistas.pdf>
- Bescós Castells, E., Crespo Boscá, A., Arias García, C., & Chaparro Sánchez, M. Á. (1997). Hipertensión arterial. *Investigación Clínica*, 1–2.
[http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y Emergencias/htaurg.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual_de_urgencias_y_Emergencias/htaurg.pdf)
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 33–39.
- Bonifacio, S., & Chorot, P. (2003). CUESTIONARIO DE APRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE): DESARROLLO Y VALIDACIÓN PRELIMINAR. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, volumen 8(Número 1), 39–54.
[https://www.aeppc.net/arc/03.2003\(1\).Sandin-Chorot.pdf](https://www.aeppc.net/arc/03.2003(1).Sandin-Chorot.pdf)
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Neary, A., Orr, M., Grubber, J., Svetkey, L., Adams, M., & Oddone, E. Z. (2008). Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 338–347.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.014>
- Buendía, J. A. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Biomedica*, 32(4), 578–584.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.421>
- Bulacio, A., Manuel, J., Carmen, C. L. V. M., Esteban, L. M., & Psicoeducaci, Ó. N. (2006). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. 2, 6186.
<https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>

- Burbano Rivera, D. V. (2017). *Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso*. 122.
<http://bdigital.unal.edu.co/60924/7/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf>
- Caja costarricense de seguro social. (2002). Guías Para La Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. *Caja Costarricense de Seguro Social*.
<http://www.binasss.sa.cr/hipertension.pdf>
http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/costa_rica_2002_guias_para_la_deteccion,_diagnostico_y_tratamiento_de_la_hta_en_el_primer_nivel_de_atencion.pdf
- Centro para el control y prevención de enfermedades. (2020). Sobrellevar el estrés. *Centros Para El Control y La Prevención de Enfermedades*, 5.
<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
- Cezaretto, A., de Barros, C. R., de Almeida-Pititto, B., Siqueira-Catania, A., Monfort-Pires, M., Folchetti, L. G. D., & Ferreira, S. R. G. (2017). Lifestyle intervention using the psychoeducational approach is associated with greater cardiometabolic benefits and retention of individuals with worse health status. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 61(1), 36–44. <https://doi.org/10.1590/2359-3997000000185>
- Chaves Torres, N. M., Echeverri Sarmiento, J. E., Ballesteros, D. A., Quijano Rodríguez, J., & Camacho, D. (2016). Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Med*, 24(2), 23–32.
<https://doi.org/10.18359/rmed.2627>
- Contreras, A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión. *Salud Uninorte*, 26(2), 201–211.

<http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/2325%5Cnhttp://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=637260&indexSearch=ID>

- Conversano, C., Poli, A., Ciacchini, R., Hitchcott, P., Bazzichi, L., & Gemignani, A. (2019). A psychoeducational intervention is a treatment for fibromyalgia syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37(1), S98–S104.
- Cuevas-Cancino, J. J., & Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207–218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Daniali, S. S., Eslami, A. A., Maracy, M. R., Shahabi, J., & Mostafavi-Darani, F. (2017). The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. *ARYA Atherosclerosis*, 13(1), 20–28.
- de la Sierra Iserte, A., & Urbano-Márquez, Á. (2000). Consumo de alcohol e hipertensión arterial. *Servicio de Medicina Interna. IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer). Hospital Clínic. Universidad de Barcelona Introducció*, 17(2). [https://doi.org/10.1016/s1889-1837\(00\)71011-7](https://doi.org/10.1016/s1889-1837(00)71011-7)
- de Simone, G. (2020). Position Statement of the ESC Council on Hypertension on ACE-Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers. *European Society of Cardiology*, 2020. [https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-\(CHT\)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang](https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang)
- Díaz Maroto, S. (2000). Inhibidores de la enzima angiotensina convertasa (IECA). Farmacología e indicaciones terapéuticas. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 19(3), 80–88.

- Duman, Z. C. (2017). Psychoeducation in mental illnesses. *ResearchGate*, December. <https://www.researchgate.net/publication/321671044>
- E. Bragulat y M.T. Antonio. (2001). Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial: fármacos antihipertensivos. *Unidad de Hipertensión Arterial. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.*, 37(5).
- Espinoza, Jaime; Castillo, R. (1997). Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina. *Revista Peruana de Cardiología*, 23(3), 104–106. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v23_n3/enzima_convert.htm#
- Estrada Reventos, D., Ho Wong, T. M., Agudo Ugena, J. P., Arias Barroso, P., Capillas Pérez, R., Gibert Llorach, E., Isnard Blanchar, M. M., Solé Villa, M. J., Salvadó Torregrosa, A., & Salamero Baró, M. (2013). Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertension y Riesgo Vascular*, 30(4), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2013.05.003>
- Flores Gaxiola, M., Paredes Herrera, J. M., & Aguirre Álvarez, A. (2019). Research project on the effect of a psychoeducational intervention for the management of uncertainty in people with type 2 diabetes who consume alcohol. *Nure Investigation*, 16(100).
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental*, 24(4), 36–40.
- Friedman, R. H., Kazis, L. E., Jette, A., Smith, M. B., Stollerman, J., Torgerson, J., & Carey, K. (1996). A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension impact on medication adherence and blood pressure control. *American Journal of Hypertension*, 9(4 I), 285–292.

[https://doi.org/10.1016/0895-7061\(95\)00353-3](https://doi.org/10.1016/0895-7061(95)00353-3)

Fursland, A., Erceg-Hurn, D. M., Byrne, S. M., & McEvoy, P. M. (2018). A single session assessment and psychoeducational intervention for eating disorders: Impact on treatment waitlists and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1373–1377. <https://doi.org/10.1002/eat.22983>

Garviria A., Ruiz F., Julio N., B. G. (2013a). Guía de práctica clínica “Hipertensión arterial primaria (HTA).” In *Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS* (Vol. 18, Issue 18).

Garviria A., Ruiz F., Julio N., B. G. (2013b). Guía de práctica clínica “Hipertensión arterial primaria (HTA).” *Centro Nacional de Investigación En Evidencia y Tecnologías En Salud CINETS*, 18(18), 38–40.

GiPSS. (n.d.). Tratamiento Directamente Observado. *El Fondo Mundial*, 1–174. <https://gipss.cat/web/els-nostres-serveis/altres-serveis/tractament-directament-observat-ambulatori-tdo-a/?lang=es>

Gómez-León Mandujano, A., Morales López, S., & Álvarez Díaz, C. de J. (2016). Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 59(3), 49–55.

Gómez, J. F., Camacho, P. A., López-López, J., & López-Jaramillo, P. (2019). Control and treatment of arterial hypertension; Program 20-20. *Revista Colombiana de Cardiología*, 26(2), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.06.008>

Gómez, J., Terrero, E., Novás, J., & Arrocha, M. (2010). Exceso de peso corporal e hipertensión arterial en adolescentes de secundaria básica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26.

González-Fraile, E., Bastida-Loinaz, M. T., Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón,

- A. I., & Iruin-Sanz, Á. (2018). Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA) = Effectiveness of a psychoeducational intervention in reducing burden in informal caregivers of schizophr. *Psychosocial Intervention*, 27(3), 113–121. <https://doi.org/10.5093/pi2018a20>
- Guitierrez Chavez, S. M., & Morales Piña, M. G. (2019). Efectividad de la rehabilitación psicosocial en el funcionamiento y reinserción social en pacientes con trastornos mentales graves. In *Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener* (Vol. 6, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.surfcoat.2019.125084>
- Herrera Guerra, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances En Enfermería*, 30(2), 67–75. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37352/39713>
- Holguín Palacios, L. E., Correa Sánchez, D. E., Arrivillaga Quintero, M., Cáceres de Rodríguez, D. E., & Varela Arévalo, M. T. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol*, 5(3), 535–547.
- Ibarra, O., Ramón, B., & Verdugo, M. (2017). *Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento*. www.euromedice.net
- Inserra, F. (n.d.). DIURÉTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ¿QUE LUGAR OCUPAN HOY? *Cardiología*. <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.111.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Coronavirus (COVID - 2019) en Colombia*. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronaviruss.aspx>
- Iturbe, L. A. (2016). *Farmacia Comunitaria*. 30, 31–37. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932416474630>

- Joas, E., Bäckman, K., Karanti, A., Sparding, T., Colom, F., Pålsson, E., & Landén, M. (2020). Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization—a within-individual analysis using registry data. *Psychological Medicine*, *50*(6), 1043–1049. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001053>
- Kandeger, A., Guler, H. A., Egilmez, U., & Guler, O. (2018). Major depressive disorder comorbid severe hydrocephalus caused by Arnold – Chiari malformation Does exposure to a seclusion and restraint event during clerkship influence medical student ' s attitudes toward psychiatry ? *Indian Journal of Psychiatry*, *59*(4), 2017–2018. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry>
- Kaplan, N., & Victor, R. (2015). *Hipertensión Clínica* (W. K. © 2015 W. Kluwer (ed.); 11a edición). <https://docer.com.ar/doc/8c5xee>
- Lally, R. M., Kupzyk, K. A., Bellavia, G., Hydeman, J., Gallo, S., Helgeson, V. S., Erwin, D., Mills, A. C., & Brown, J. K. (2020). CaringGuidance™ after breast cancer diagnosis eHealth psychoeducational intervention to reduce early post-diagnosis distress. *Supportive Care in Cancer*, *28*(5), 2163–2174. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05028-0>
- Levin, J. B., Sajatovic, M., Rahman, M., Aebi, M. E., Tatsuoka, C., Depp, C., Cushman, C., Johnston, E., Cassidy, K. A., Blixen, C., Eskew, L., Klein, P. J., Fuentes-Casiano, E., & Moore, D. J. (2019). Outcomes of psychoeducation and a text messaging adherence intervention among individuals with hypertension and bipolar disorder. *Psychiatric Services*, *70*(7), 608–612. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800482>
- Leyton , Marta ; Lobato , Susana ; Batista , Marco ; Aspano , M^a Isabel ; Jiménez, R. (2018). Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una población española | Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. *Revista Iberoamericana de Psicología Del Ejercicio y El Deporte*, *13*(1886–8576), 23–31.

- Liang, M., Erich, B., Bailey, C., Jo, M.-Y., Walsh, C., & Asher, A. (2018). Emerging From the Haze: A Pilot Study Evaluating Feasibility of a Psychoeducational Intervention to Improve Cancer-Related Cognitive Impairment in Gynecologic Cancer Survivors. *Journal of Palliative Care*, 34, 082585971879679. <https://doi.org/10.1177/0825859718796794>
- López Acedo, A., Flores Morgado, M. T., & Cambero Flores, M. I. (2006). Hipertensión arterial. In J. de E. C. de S. y Consumo, 4 06800 Mérida D. Gral. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias C/ Adriano, & ISBN: (Eds.), *Revista medica de Chile* (84th-95872nd-7th ed.). [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertension Arterial.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertension%20Arterial.pdf)
- López Amaro, V. O., & Hernández Daza, M. (2011). Efectividad de la psicoducción en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. Estudio piloto. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 94–100.
- Lyhne, J. D., Smith, A. "ben, Frostholm, L., Fink, P., & Jensen, L. H. (2020). Study protocol: A randomized controlled trial comparing the efficacy of therapist guided internet-delivered cognitive therapy (TG-iConquerFear) with augmented treatment as usual in reducing fear of cancer recurrence in Danish colorectal cancer survivors. *BMC Cancer*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-06731-6>
- Lynch, rShalini S. (2019). MANUAL MSD Adherencia al tratamiento farmacológico Adherencia terapéutica en los niños. *MANUAL MSD Versión Para Público General*. <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/fármacos/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-fármacos/adherencia-al-tratamiento-fa...>
- Mahoney, A., Karatzias, T., Halliday, K., & Dougal, N. (2020). How important are Phase 1 interventions for complex interpersonal trauma? A pilot randomized

control trial of a group psychoeducational intervention. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, September 2019, 1–14. <https://doi.org/10.1002/cpp.2447>

Marsland, A. L., Gentile, D., Hinze-Crout, A., von Stauffenberg, C., Rosen, R. K., Tavares, A., Votruba-Drzal, E., Cohen, S., McQuaid, E. L., & Ewing, L. J. (2019). A randomized pilot trial of a school-based psychoeducational intervention for children with asthma. *Clinical and Experimental Allergy*, 49(5), 591–602. <https://doi.org/10.1111/cea.13337>

Martínez-Amenós, A., Fernández Ferré, M. L., Mota Vidal, C., & Alsina Rocasalbas, J. (1990). Evaluation of two educative models in a primary care hypertension programme. *Journal of Human Hypertension*, 4(4), 362–364. <http://europepmc.org/abstract/MED/2258874>

mayo clinic. (2019). *Control del estrés*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/basics/stress-basics/hlv-20049495>

Mayo Clinic. (2020). El estrés y la presión arterial alta: ¿cuál es la conexión? - Mayo Clinic. 2017, 1–4. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/stress-and-high-blood-pressure/art-20044190>

McFarlane, W., Downing, D., Lapin, M., Jacobson, L., Perry, K., & Amenton, C. (2003). *Family Psychoeducation Workbook*. http://nebhands.nebraska.edu/files/FamPsy_Workbook.pdf

Mensorio, M. S., Cebolla-Martí, A., Rodilla, E., Palomar, G., Lisón, J. F., Botella, C., Fernández-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., & Baños, R. M. (2019). Analysis of the efficacy of an internet-based self-administered intervention (“Living Better”) to promote healthy habits in a population with obesity and hypertension: An exploratory randomized controlled trial. *International Journal of Medical Informatics*, 124(October 2017), 13–23.

<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.12.007>

Mercedes, G., Loaiza, G., Mercedes, G., & Loaiza, G. (2015). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial esencial y su relación con la calidad de vida en un grupo de pacientes de dos hospitales de la ciudad de Bogotá* Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hiperte.

Ministerio de salud y Protección social. (n.d.). Guía De Atención De La Hipertensión Arterial. *Ministerio De Salud*, 1–26. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/27Atencion de la hipertension arterial.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/27Atencion%20de%20la%20hipertension%20arterial.PDF)

Ministerio de salud y Protección social. (1993). *Ministerio de salud, resolución 8430 de 1993*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de salud y Protección social. (2017). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA) Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia Guía No 18 – Segunda edición* (Issue 18). http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/GPC_HTA_Profesionales2aEd.pdf%0Agpc.mimsalud.gov.co

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Día Mundial de la Hipertensión Arterial Colombia – mayo 17 de 2017. *Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*, 1–11. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>

Ministerio de sanidad., & Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.

(2020). Información científico técnica versión 17 Abril 2020. *17 de Abril*, 1–54.
<https://www.aemps.gob.es/>

Ministerio de sanidad, G. de E. (2020). Bienestar emocional. *Vivat Academia*, 0(140), 130. <https://doi.org/10.15178/va.2017.140.130-131>

Mohammadi, M. M., & Parandin, S. (2019). Effect of the combination of Benson's relaxation technique and brief psychoeducational intervention on multidimensional pain and negative psychological symptoms of pregnant women: A randomized controlled trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 91. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_286_18

Molerio Pérez, O., & García Romagosa, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial . In *Revista Cubana de Medicina* (Vol. 43, p. 0). scielocu .

Montiel-Castillo, V. E., & Guerra-Morales, V. M. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama TT - Psychoeducation theoretical approaches. An analysis about its application in women with breast cancer. *Psicogente*, 19(36), 324–335. <https://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>

Moraga Rojas, C. (2008). Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. *Rev. Costarric. Cardiol*, 10(1–2), 19–23.

Moreno B, M., Contreras R, D., Martínez S, N., Araya G, P., Livacic-Rojas, P., & Vera-Villarroel, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Medica de Chile*, 134(4), 433–440. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872006000400005>

Moya, L., Moreno, J., Lombo, M., Guerrero, C., Aristizábal, D., Vera, A., Melgarejo, E.,

- Conta, J., Gómez, C., Valenzuela, D., Ángel, M., Achury, H., Duque, R., Triana, Á., Gelves, J., Pinzón, A., Caicedo, A., Cuéllar, C., Sandoval, J., ... Porrás-Ramírez, A. (2018). Expert consensus on the clinical management of arterial hypertension in Colombia Colombian Society of Cardiology and Cardiovascular Surgery. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 4–26. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.09.002>
- N, H., & N, R. G. (2006). Effectiveness of a Hypertension Educational Program on Increasing Medication compliance in Shraz, 2004. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases*, 7(2). <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=45732>
- Navarta-Sánchez, M. V., Ursua, M. E., Riverol Fernández, M., Ambrosio, L., Medina, M., Díaz De Cerio, S., Álvarez, M. J., Senosiain, J. M., Gorraiz, A., Caparrós, N., Anaut, S., Martín-Lanas, R., Recio, M., & Portillo, M. C. (2018). Implementation of a multidisciplinary psychoeducational intervention for Parkinson's disease patients and carers in the community: Study protocol. *BMC Family Practice*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0730-9>
- Neus Pagès-Puigdemont, M. I. V.-M. (2018). Methods to assess medication adherence. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163–172. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
- Nevado, A., Bajo, J., M, B., A, D.-B., MI, E., Martín E, M. R., L, V., Á, B., M, D., I, F., JM, I., A, M., JM, P., SanchisT., & Ureña., C. (n.d.). Hipertensión Arterial (Hta). Estilos De Vida Y. *SemFYC*, 1, 8. <https://www.semfy.com/content/uploads/2016/07/HTA-Estilos-de-vida-y-tratamiento-no-farmacologico.pdf>
- Niurka Chang Paredes, Victoria de la Caridad Ribot Reyes, V. P. F. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera De Ciencias Medicas*, 1729-519X. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-705.pdf>

- Ocio, S., Huergo, C., Gómez, M., Hernandez, M., Walid Muquebil, O., González, Lopez, A., López, J., & Lago, L. (2017). EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN ESQUIZOFRENIA. *Dk*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ojeda Zegarra, O. F. (2019). Nivel de Conocimiento de la Hipertensión Arterial y la Adherencia al Tratamiento en Pacientes Hipertensos Tratados en la Microred de Salud Norte de la Ciudad de Tacna 2019. *Universidad Privada de Tacna*. <http://localhost:8080/xmlui/handle/UPT/1005>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2018). Las 10 principales causas de defunción. *Centro de Prensa OMS*, 1, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.opthta.2014.01.027>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Hipertensión*. 1–4. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Entre los factores de riesgo,el sobrepeso o la obesidad.>
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Reducir la ingesta de sodio para reducir la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares en adultos*. https://www.who.int/elena/titles/sodium_cvd_adults/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Hipertensión*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *El consumo de tabaco y la hipertensión aumentan riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular. 2008, 2011–2013*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *ENT y COVID-19 COVID-19 Resultados para la Región de las Américas*. <https://www.paho.org/es/ent-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020b). *HIPERTENSIÓN Y DE COVID-19*.

www.paho.org/coronavirus

- Ortega Anta, R. M., Jiménez Ortega, A. I., Perea Sánchez, J. M., Cuadrado Soto, E., & López-Sobaler, A. M. (2016). Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. *Nutricion Hospitalaria*, 33, 53–58. <https://doi.org/10.20960/nh.347>
- Ozoemena, E. L., Iweama, C. N., Agbaje, O. S., Umoke, P. C. I., Ene, O. C., Ofili, P. C., Agu, B. N., Orisa, C. U., Agu, M., & Anthony, E. (2019). Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: A quasi-experimental study. *Archives of Public Health*, 77(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0349-x>
- Panerai, S., Suraniti, G. S., Catania, V., Zingale, M., Ferri, R., Raggi, A., Trubia, G., & Elia, M. (2020). Early results from a combined low-intensive psychoeducational intervention for preschoolers with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*, 42(9), 1275–1283. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1522553>
- Park, Y. H., Song, M., Cho, B. long, Lim, J. young, Song, W., & Kim, S. ho. (2011). The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.002>
- Pender. (1996). *Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida*. 42–44. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/hernandez_d_md/apendiceA.pdf
- Peralta, M. L., & Pruneda, P. C. (2008). Adherencia a tratamiento. *Revista Central de Dermatología Pascua*, 17(3), 84–88. <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

- Poole, R., Smith, D., & Simpson, S. (2015). Patients' perspectives of the feasibility, acceptability and impact of a group-based psychoeducation programme for bipolar disorder: A qualitative analysis. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0556-0>
- Portalfarma. (2018). Alfa-adren, Bloqueantes. *Portalfarma*, 4. https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/IntroduccionesFarmacologicas/C02CA_Bloqueantes_alfa_adrenergicos_.pdf
- Quintiliani, M. I., Imperatori, C., Testani, E., Losurdo, A., Tamburello, S., Della Marca, G., & Farina, B. (2017). Usefulness of psychoeducational intervention in chronic insomnia: an actigraphic study. *Journal of Mental Health*, *29*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417563>
- Reinares, M., Pacchiarotti, I., Solé, B., García-Estela, A., Rosa, A., Bonnín, C. M., De Dios, C., Torres, I., Varo, C., Montejo, L., Valls, È., Mur-Mila, E., Hidalgo-Mazzei, D., Jiménez, E., Torrent, C., Goikolea, J. M., Martínez-Arán, A., Pérez-Sola, V., Vieta, E., & Colom, F. (2020). A prospective longitudinal study searching for predictors of response to group psychoeducation in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *274*(October 2019), 1113–1121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.047>
- Rosas-Santiago, F. J. (2019). Cognitive behavioral and psychoeducational intervention to modify coping styles and burnout syndrome in civil servants: An experimental study. *Ansiedad y Estrés*, *25*(2), 91–96. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.09.001>
- Rubio, C. E. (2012). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ASSBASALUD ESE, MANIZALES (COLOMBIA) 2011 Treatment adherence of hypertensive patients' being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. *Revista de La Facultad de*

Medicina, 60(3), 5–29.

Saieh A, C. (2005). Hipertensión Arterial. Tratamiento no farmacológico: estilos de vida saludables. *Unidad de Nefrourología. Departamento de Pediatría, Clínica Las Condes. Resumen*, 16(2), 77–81. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864005320368>

Sarudiansky, M., Pablo Korman, G., Lanzillotti, A. I., Areco Pico, M. M., Tenreyro, C., Paolasini, G. V., Wolfzun, C., Kochen, S., D'Alessio, L., & Myers, L. (2020). Report on a psychoeducational intervention for psychogenic non-epileptic seizures in Argentina. *Seizure*, April, 0–1. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.04.008>

Sepulveda, J., Pinto, R., Roberto, I., Chamblas, I., Victoriano, M., Casanova, M., Guevara, P., Aguilera, R., Cid, P., Moreno, T., Venegas, F., & Müller, H. (2019). TRANSMEDIA PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM TO IMPROVE PHARMACOLOGICAL ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT AMONG ELDERLY PEOPLE. *Journal of Hypertension*, 37. https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2019/07001/TRANSMEDIA_PSYCHOEDUCATIONAL_PROGRAM_TO_IMPROVE.659.aspx

Shabaka Fernández, A., Gema Juárez, M. F., & Corona Case, C. (2019). Diuréticos 2019 Nefrología al día. *Nefrología Al Día*. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-diureticos-217>

Shimbo, D. (2016). Dietary and lifestyle factors in hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 30(10), 571–572. <https://doi.org/10.1038/jhh.2016.57>

Soto-Pérez, F., & Franco-Martín, M. (2014). PsicoED: Una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia. *Psicoperspectivas*, 13(3), 118–129. <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-416>

- Srivastava, P. (2017). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 123–130. https://www.researchgate.net/publication/318461551_Psychoeducation_an_Effective_Tool_as_Treatment_Modality_in_Mental_Health
- Tamargo, J., Caballero, R., Gómez, R., Núñez, L., Vaquero, M., & Delpón, E. (2006). Características farmacológicas de los ARA-II. ¿Son todos iguales? *Revista Espanola de Cardiologia Suplementos*, 6(C). <https://doi.org/10.1157/13092029>
- Tanaka, R., & Nolan, R. P. (2018). Psychobehavioral profiles to assist tailoring of interventions for patients with hypertension: Latent profile analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.8757>
- Taranilla Mantilla, M. (2016). *Tratamiento no farmacológico de la artrosis*. 90(4), 1–6. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/25273>
- Vázquez Vigoa, A., Cruz Álvarez, N., González Del Valle, Z., & Vázquez Cruz, A. (1998). Antagonistas de los receptores de angiotensina II. *Revista Cubana de Medicina*, 37(2), 83–92.
- Vera Lenes, J. M. (2017). “Estilos de vida de Internos de Enfermería de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, Comas-Carabayllo Independencia 2017.” *Universidad César Vallejo*.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., De Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Zamorano, J. L. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. In *European Heart Journal* (Vol. 39, Issue 33). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- World Health Organization. (2015). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión.

Organización Mundial de Salud. [https://doi.org/10.1016/s0212-5382\(06\)71125-6](https://doi.org/10.1016/s0212-5382(06)71125-6)

Zanuy, M. Á. V. (2020). *Nutrición e hipertensión arterial.* 30(1), 18–25.

Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 441–448. <https://doi.org/10.1177/070674370805300709>

8. ANEXOS

Anexo 1.

Tabla 1. Fármacos para el tratamiento de la HTA #1

IECA	ARA II	ANT. CANALES CALCIO			Antagonistas de receptores alfa
		Fenilalquiminas	Benzotiazepinas	Dihidropiridinas	
Benazepril	Losartan	Verapamilo	Diltiacem	Amlodipino	Doxazocina
Captopril	Candesartan			Nifedipino	Prazocina
Enalapril	Valsarta			Nimodipino	terazocina
Espirapril	telmisartán				
Cilazapril	fidesartan				
Fosinopril	Eprosartán				
Lisinopril	Irbesartán				
Quimapril					
peridopril					

Fuente: Tomado y modificado del texto tratamiento farmacológico de hipertensión arterial: fármacos antihipertensivos publicado en 2001

Anexo 2.

Tabla 2. Fármacos para el tratamiento de la HTA #2

DIURÉTICOS			BETABLOQUEANTES		
Tiazídicos	De Asa	Ahorrradores de potasio	No selectivo	Selectivo	No selectivos + alfa adrenérgicos
Hidroclorotiazida	Furosemida	espironolactona	Propanolol	Atenolol	Carvediol
metozolona	Bumetanida	Amilorida	Nadolol	Bisiprolol	Labetolol
Clorotiazida	Torseמידا	triamterene	Pindolol	Metoprolol	nevibolol
indapamina	ácido etacrínico	eplerenona	timolol	acebutolol	
Clortalidona	Piretanida		Oxprenolol	Celiprolol	
Bendroflumetiazida			Carteolol		
Hidroflumetiazida					

Xipamida					
----------	--	--	--	--	--

Fuente: Tomado y modificado del texto tratamiento farmacológico de hipertensión arterial: fármacos antihipertensivos publicado en 2001

Anexo 3. Cuestionario ARMS-e

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca, algunas veces, casi siempre o siempre.

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?

Fuente: Tomada del texto Methods to assess medication adherence publicado en 2018

Anexo 4. The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)

BMQ-GENERAL
Abuso
<p>Los médicos utilizan demasiados medicamentos. Los médicos confían demasiado en los medicamentos. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos.</p>
Daño
<p>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando. La mayoría de los medicamentos crean adicción. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos. Los medicamentos hacen más mal que bien. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos).</p>
BMQ-ESPECÍFICO
Necesidad
<p>Actualmente mi salud depende de [medicación]. Mi vida sería imposible sin [medicación]. Sin [medicación] estaría muy enfermo/a. En el futuro mi salud dependerá de [medicación]. [medicación] impide que mi [enfermedad] empeore.</p>
Preocupación
<p>Me preocupa tener que tomar [medicación]. A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de [medicación]. [medicación] es/son un misterio para mí. [medicación] trastorna/n mi vida. A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de [medicación].</p>

Fuente: Tomada del texto Methods to assess medication adherence publicado en 2018

Anexo 5. Test de Morisky-Green

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre...		

Fuente: Tomada del texto Methods to assess medication adherence publicado en 2018 . pagina

Anexo 6. Cuestionario de conocimiento de hipertensión (CSH)

1. Hipertensión				
1.1.	¿Cuántos años hace que Ud. es hipertenso/a?	0-5	6-10	Más de 10
1.2.	¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa?	140/90	160/95	130/85
1.3.	¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Sí	No	No lo sé
1.4.	Habitualmente, ¿quién le hace la visita de seguimiento de la hipertensión?	El personal *médico	El personal de enfermería	Ambos
1.5.	¿Le han explicado qué es la hipertensión?	Sí	No	No recuerdo
2. Riesgos de la hipertensión				
2.1.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos?	Sí	No	No lo sé
2.2.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón?	Sí	No	No lo sé
2.3.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis?	Sí	No	No lo sé
2.4.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro?	Sí	No	No lo sé
2.5.	¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones?	Sí	No	No lo sé
3. Factores de riesgo asociado a la hipertensión				
3.1.	Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
3.2.	Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé

3.3.	Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
3.4.	Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
f. Dieta				
4.1.	¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?	Sí	No	No lo sé
4.2.	Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Sí	No	No lo sé
4.3.	¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Sí	No	No lo sé
g. Medicación				
5.1.	¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Sí	No	No lo sé
5.2.	¿Toma medicación para la hipertensión?	Sí	No	No lo sé
5.3.	¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?	Sí	No	No lo sé
5.4.	¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Sí	No	No lo sé
h. Modificaciones de estilos de vida				
6.1.	¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial?	Sí	No	No lo sé
6.2.	¿Cree que caminar cada día ½ -1 h, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Sí	No	No lo sé
6.3.	¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?	Sí	No	No lo sé
i. Percepción de la enfermedad				
7.1.	¿Piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarte?	Sí	No	No lo sé
7.2.	¿Piensa que el médico/a, enfermera/o y farmacéutico/a pueden ayudarte?	Sí	No	No lo sé
j. Situación laboral actual				
8.1.	No ha cursado ningún tipo de estudio			
8.2.	Estudios primarios incompletos (5.º de EGB, Ingreso o similar, las 4 reglas)			
8.3.	Estudios primarios completos (8.º de EGB, graduado escolar, bachillerato elemental, FP1, 2.º ESO)			
8.4.	Estudios secundarios (BUR, COU, bachillerato plan nuevo, FP11, ciclos formativos)			
8.5.	Estudios universitarios de grado medio (diplomados)			
8.6.	Estudios universitarios de grado superior (licenciados, doctorados)			
k. Marcar con una x la/ las respuesta/ as correcta/ as				
9.1.	Trabaja			
9.2.	Parado/a			
9.3.	Incapacidad o invalidez permanente			
9.4.	Jubilado/a			
9.5.	Ama de casa			
9.6.	Estudiante			

Fuente: Tomada del texto Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión 2013

Anexo 7. Cuestionario de estilo de vida PEPS-I

	1 = Nunca	2 = A veces	3 = Frecuentemente	4 = Rutinariamente	
1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
3	Te quieres a ti misma (o)	1	2	3	4
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	1	2	3	4
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	1	2	3	4
7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento(a)	1	2	3	4
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre como cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estas de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4
25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4
31	Pasas tiempo con amigos cercanos	1	2	3	4
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4
37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	1	2	3	4
39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4
43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)	1	2	3	4
48	Creces que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4

Fuente: Tomada del texto apéndice A Cuestionario de estilo de vida PEPS-I

Anexo 8. Cuestionario de afrontamiento de estrés CAE

	0	1	2	3	4
	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?					
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Fuente: Tomada del texto cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar publicado en 2003.

**Anexo 9. Modelo de carta para la institución donde se realice en estudio
Cartagena de Indias, 2020**

Señores

Liga contra el infarto e hipertensión

Nombre del presidente

Cartagena, Bolívar.

Cordial Saludo.

Nos place presentarle a el (los) estudiante (s) investigador (es) de la Universidad de Cartagena del programa de Química Farmacéutica: Nombre del investigador; código estudiantil y documento de identidad tipo C.C. quien se encuentra interesado en desarrollar su trabajo de grado en la Liga contra el infarto e hipertensión.

El trabajo a desarrollar en su Institución es **“APLICAR UN MODELO DE PSICOEDUCACIÓN PROPUESTO PARA PACIENTES HIPERTENSOS BASADO EN EXPERIENCIAS EXITOSAS”** el cual está dentro de la línea de investigación de “Promoción del Uso Racional de Medicamentos en Comunidades” donde se realizan actividades que promuevan la adherencia al tratamiento y estará dirigido por el profesor Santiago Rafael Lora Leones, el proyecto tiene como objetivo promocionar a nivel comunitario psicoeducación farmacológica y no farmacológica y su impacto en la adherencia al tratamiento farmacológico. La intervención tendrá un periodo de duración de 5 meses aproximadamente.

Agradecemos toda la colaboración y apoyo que esté a su alcance con el logro de este objetivo. Cualquier inquietud se puede comunicar con nosotros en el teléfono 6699771.

Atentamente



María Del R. Osorio, Q.F, M.Sc

Santiago R. Lora, Q.F, Psic.,M.Sc

Directora Programa Química Farmacéutica

Docente tutor

Anexo 10. Propuesta para llevar a cabo la caracterización de la población

	Actividad N°: 1	Fecha:	
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.			
Propósito	Conocer las necesidades de los pacientes a intervenir de acuerdo a las características sociodemográficas de ellas.		
Objetivo	Determinar los factores sociodemográficos de la población a intervenir		
Procedimiento	<p>Las intervenciones se pueden realizar en una institución o en la comunidad.</p> <p>Para la realización de las intervenciones en una institución se debe conocer si cuenta con una base de datos de las características sociodemográficas del paciente. Se realizará una Revisión de las características de la población objeto en base de datos suministrada por la institución habilitada que proporcionará a los pacientes.</p> <p>Por otro lado, si, las intervenciones se realizarán en la comunidad, se debe recopilar las características demográficas de la población a la cual se le hará las intervenciones y se llevará a cabo en una plantilla Excel teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos a procesar.</p>		
Duración de la actividad	La revisión o creación de la caracterización de la población tiene un tiempo de 2 -3semanas (dependiendo del tamaño de la población)		
Observaciones	Realizar la plantilla en Excel mediante por código.		

Evaluación de la actividad	Ninguna.
-----------------------------------	----------

Anexo 11. Consentimiento informado



Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Título: MODELO DE PSICOEDUCACION PARA PACIENTES HIPERTENSOS

Objetivo: promover la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (estilo de vida saludable) mediante la estrategia de psicoeducación en pacientes con hipertensión arterial.

Este documento de consentimiento informado puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al profesional a cargo de la intervención o cualquier persona del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no comprenda claramente. Usted puede llevarse a casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia antes de tomar esta decisión.

NOTA: Antes de que usted decida participar en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

Usted ha sido invitado a participar de forma voluntaria en una serie de intervenciones que tienen como objetivo principal mejorar su calidad de vida como paciente mediante la promoción de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (estilo de vida saludable). El estudio tiene una duración de aproximadamente 5 meses dentro de los cuales se realizarán una serie de actividades que ayudarán a conocer la patología, como tratarla, tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de charlar a cerca del estrés y cómo influye en la enfermedad. Dentro de estos espacios de intervención se tomarán fotografías, se realizarán cuestionarios y algunas otras actividades que se utilizarán como evidencia del trabajo realizado.

Cabe aclarar que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada a su privacidad, en ningún caso se colocarán nombres propios ni características personales que

permitan su identificación. Además, en caso que lo desee tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio (*Resolución 8430 de 1993*).

Esperando contar con su apoyo me despido a usted con un cordial saludo.

AUTORIZACIÓN



Yo _____ identificado con C.C. No. _____ de _____ He sido informado sobre las intervenciones que se realizaran en el estudio y también en el derecho que me asiste de rechazar la realización actividad o de retirarme del estudio cuando lo crea necesario, sin ninguna repercusión legal. Por tanto, AUTORIZO el consentimiento para participar voluntariamente en el estudio *MODELO DE PSICOEDUCACION PARA PACIENTES HIPERTENSOS* que el (los) investigador(es) de la universidad de Cartagena realizarán. Además, me puedo retirar del estudio cuando desee, sin que me afecte y sin mayores explicaciones

Firma del paciente

Director de la unidad

Investigador



Anexo 12. Propuesta para llevar a cabo la alianza terapéutica.

 Actividad N°: 2 Fecha: _____ 	
AMBIENTE DE CONFIANZA, OBJETIVO E IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN Y LAS ETAPAS A DESARROLLAR.	
Propósito	Informar al Grupo de objeto de estudio cada una de las etapas que va a tratar y duración del proceso al cual será sometido. Además, brindar información acerca del medio por el cual recibirán las intervenciones y la ventaja que el proceso brinda a ellos.
Objetivo	Crear un ambiente de confianza entre el psicoeducador y el paciente, dar a conocer a los pacientes las intervenciones que se va a realizar.

<p>Procedimiento</p>	<p>Se realizará un contacto telefónico o presencial con cada una de las personas del grupo objeto de estudio, se creará una ambiente confianza comenzando con la presentación del psicoeducador y de qué entidad proviene, luego, se conocerá al paciente (nombre, edad, donde vive) realizaran preguntas abiertas como: ¿qué sabe usted acerca de la hipertensión?, ¿Qué piensas tú acerca de la hipertensión? ¿Cada cuánto se toma la presión? Etc.</p> <p>Luego, mediante un esquema bien estructurado se le presenta cada una de las intervenciones que se van a realiza junto con el tiempo de duración. También, se establece el día y el horario conveniente para realizar los procedimientos (el día y horario debe ser un acuerdo entre el psicoeducador y el paciente).</p> <p>En este punto, se realizan los test de pre-intervención que incluyen toma de presión arterial, test de conocimiento de la patología (<i>cuestionario de conocimiento de hipertensión (CSH)</i>), adherencia al tratamiento (<i>test Morisky (MMAS-8)</i>), test de estilo de vida saludable (<i>Cuestionario de estilo de vida PEPS-I</i>) y manejo de estrés (<i>test de afrontamiento del estrés CAE</i>); los test serán aplicados uno por semana, terminando con el test de manejo de estrés.</p> <p>Los resultados arrojados por cada test serán tabulados en Excel y analizados con el fin de perfilar al paciente y facilitar las intervenciones.</p>
-----------------------------	---

Duración de la actividad	La duración de esta actividad paciente- educador es de 5 días los cuales será dividido 1 cada semana, con duración de 40 a 50 minutos aproximadamente.
Observaciones	Sí la intervención se realiza de forma presencial lo ideal es dar un refrigerio a las personas que asistan.
Evaluación de la actividad	La actividad se evalúa realizando preguntas a los participantes que ayuden a recordar cada uno de los ítems tratados en la reunión.



Anexo 13. Propuesta para llevar a cabo las generalidades de la patología.

	Actividad N°: 3	Fecha:	
ABARCANDO LA HIPERTENSIÓN.			
Propósito	Que los pacientes conozcan patología que están presentando, esto implica que es la hipertensión, causa, clasificación, factores de riesgo, síntomas, tratamiento farmacológico y no farmacológico, etc.		
Objetivo	Brindar a los pacientes el conocimiento acerca de su patología.		
Procedimiento	Se tendrá en cuenta los resultados y el análisis de cada uno de los test realizados en la etapa de pre-intervención y con base en ellos se realizará un contacto telefónico o presencial con cada una de las personas del grupo objeto de estudio y mediante presentaciones digitales (diapositiva), videos e intervenciones orales del investigador donde se le explique al paciente todo lo relacionado con la Hipertensión.		

	<p>Se realiza en 3 sesiones. La primera se aborda concepto de la hipertensión, causas, factores de riesgo, clasificación y estadios (con los niveles de presión arterial correspondientes). Se realizará mediante ayudas didácticas como videos que hablen acerca del tema.</p> <p>En la segunda se abarca el tema de tratamiento farmacológico, donde se habla los fármacos antihipertensivos más utilizados e importantes, es decir los representantes de cada uno de los grupos de fármacos, ejemplo: de los ARA II se habla de Losartan, Valsarta, de los IECA se habla del Captopril; realizar así para todos los grupos de fármacos antihipertensivo, además, tratar de explicar su mecanismo de acción de una manera sencilla y entendible.</p> <p>En la tercera se lleva a cabo el tema de tratamiento no farmacológico, en el cual se habla de cómo afecta el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el manejo de la HTA, también, las consecuencias del alto consumo de sal y grasa. Además, efectos del sedentarismo y los malos hábitos alimenticios.</p>
<p>Duración de la actividad</p>	<p>La duración de esta intervención es 6 día de (6 semanas/ 1 día cada semana) con intervalo de 50 a 70 minutos aproximadamente. Cada sesión tendrá una duración de 2 días.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>Se abre un espacio en donde los participantes puedan expresar sus preguntas o inquietudes y puedan ser resueltas. Sí las intervenciones se realizan de forma</p>



	presencial lo ideal es dar un refrigerio a las personas que asistan.
Evaluación de la actividad	La actividad se evalúa realizando preguntas a los participantes que ayuden a recordar cada uno de los ítems tratados en las reuniones.

Anexo 14. Propuesta para llevar a cabo la información de adherencia al tratamiento

 Actividad N°: 4 Fecha: 	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
Propósito	Que los pacientes se adhieran al tratamiento farmacológico.
Objetivo	Ayudar a los pacientes a tener una mejor adherencia al tratamiento farmacológico prescrito por el médico.
Procedimiento	<p>Se analizan los resultados obtenidos en los test de Morisky MMAS 8 y dependiendo de los resultados, a las personas que tengan una adherencia al tratamiento optima, se le debe felicitar y aconsejar que no deje el tratamiento y que siga como lo está realizando.</p> <p>Si el paciente no tuvo una adherencia óptima se realizará un contacto telefónico o presencial y mediante un diálogo espontaneo el investigador le realiza preguntas al paciente como ¿Cuántas veces has abandonado tu medicamento? ¿Por qué se te olvida tomarlo? Etc. Luego, se le mostrarán ayudas visuales e intervenciones orales del investigador darán razones por las cuales es importante la adherencia, siempre aportando a ventajas</p>

	que tiene consumir los medicamentos tal y como lo prescribió el médico. Además, se aclararán ideas erróneas acerca de los medicamentos antihipertensivos y se darán ítems y tips para una mejor adherencia al tratamiento. También, se enviarán mensajes de textos diarios donde les recuerde la toma del medicamento.
Duración de la actividad	La duración de esta actividad es 2 día de (2 semanas/ 1 día cada semana) con intervalo de 50 a 70 minutos aproximadamente
Observaciones	Se abrirá un espacio en donde los participantes puedan expresar sus preguntas o inquietudes y puedan ser resueltas. Además, Sí la intervención se realiza de forma presencial lo ideal es dar un refrigerio a las personas que asistan.
Evaluación de la actividad	La actividad se evaluará realizando un mini cuestionario acerca de lo tratado en las 2 sesiones anteriores y se preguntará a los participantes que ayuden a recordar cada uno de los ítems tratados en la reunión.



Anexo 15. Propuesta para llevar a cabo la información de estilo de vida saludable

	Actividad N°: 5	Fecha:	
	ESTILO DE VIDA SALUDABLE		
Propósito	Que los pacientes mejoren su estilo de vida, incluyendo alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo.		
Objetivo	Ayudar a los pacientes a mejorar su estilo de vida.		

<p>Procedimiento</p>	<p>Se analizan los resultados obtenidos en los test de intervención <i>Cuestionario de estilo de vida PEPS-I</i> y dependiendo de los resultados, a las personas que tengan un estilo de vida óptimo, se le debe felicitar y aconsejar que no deje el tratamiento y que siga como lo está realizando.</p> <p>Si los resultados no son óptimos, se realiza contacto telefónico o presencial y mediante ayudas visuales, intervenciones orales y practicas con el investigador, se dan ítems, tips, consejos para un mejor estilo de vida. En estas se darán a conocer los valores recomendados de cada uno de los habitos a tratar como consumo de sal, consumo de grasa, consumo, de potasio, consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de café y ejercicio fisico. Tambien se brindaran pautas para tener una dieta saludable, teniendo en cuenta el estrato social; es decir, se armaran teoricamente posibles platos sean absequibles y que ayuden a tener buenos habitos alimenticios. Tambien, se debe tocar la importancia de comer a las horas correctas y los beneficios que puede tener este habito.</p> <p>Ademas, se realizará una rutina de ejercicio dependiendo las recomendaciones del médico de cada paciente. Esto con el fin de disminuir el sedentarismo y aportar a una vida activa, ya que ayudara en los niveles de presión.</p>
-----------------------------	--



Duración de la actividad	La duración de esta actividad es 3 día de (3 semanas/ 1 día cada semana) con intervalo de 50 a 70 minutos aproximadamente
Observaciones	Se abre un espacio en donde los participantes puedan expresar sus preguntas o inquietudes y puedan ser resueltas. También, se ayuda al paciente con los ejercicios físico. Además, Sí la intervención se realiza de forma presencial lo ideal es dar un refrigerio a las personas que asistan.
Evaluación de la actividad	La actividad se evalúa realizando preguntas de lo aprendido.

Anexo 16. Propuesta para llevar a cabo el manejo del estrés

 Actividad N°: 6 Fecha: 	
MANEJO DE EMOCIONES Y ESTRÉS	
Propósito	Que los pacientes mejoren el manejo del estrés y emociones
Objetivo	Promover el manejo de estrés y emociones.
Procedimiento	<p>Antes de realizar las intervenciones, se debe tener en cuenta los resultados obtenidos del cuestionario CAE, Los pacientes que estén afrontando adecuadamente el estrés se deben felicitar e invitar a que sigan con una actitud adecuada frente la patología.</p> <p>Los pacientes que no cuente con un manejo adecuado de estrés, mediante dialogo y presentaciones de PowerPoint se deben dar a conocer el concepto de estrés, las causas y las consecuencias que este tiene en</p>

	<p>la HTA; dando a conocer la importancia de un buen manejo de estrés. Además, se da a conocer la relación que existe entre el estrés, las emociones y los pensamientos; sabiendo que una depende de la otra.</p> <p>Luego de realizar la parte teórica, se llevará a un tiempo de relajación y meditación con clases de yoga o ejercicios que puedan ayudar a la meditación y tranquilidad del paciente. También, se le darán consejos como que debe dormir bien, rodearse de personas que motiven e inspiren paz y no dejar de realizar ejercicios de meditación.</p>
Duración de la actividad	La duración de esta actividad es 2 día de (2 semanas/ 1 día cada semana) con intervalo de 50 a 70 minutos aproximadamente
Observaciones	Se abrirá un espacio en donde los participantes puedan expresar sus preguntas o inquietudes y puedan ser resueltas. Además, Sí la intervención se realiza de forma presencial lo ideal es dar un refrigerio a las personas que asistan.
Evaluación de la actividad	La actividad se evaluará con los ejercicios de mediación que se realicen en la sección.

Anexo 16. Propuesta para llevar a cabo el acercamiento a la comunidad

 Actividad N°: 7 Fecha: 	
ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD	
Propósito	Que los pacientes distribuyan la información que se les dio y ayudar a que otro tenga mejor calidad de vida.
Objetivo	Promover estilo de vida en pacientes hipertensos que no están en el estudio y a prevenir la hipertensión en personas no enfermas.
Procedimiento	Se realiza un evento masivo en donde se hable acerca de acerca de la hipertensión (que es, causas, consecuencias, factores de riesgo y prevención), esto mediante exposiciones o folletos por parte de los pacientes intervenidos. En este los participantes de las intervenciones emitirán sus experiencias acerca de esta y ayudarán a mejorar el estilo de vida de otras personas y a prevenir la HTA en otras personas.
Duración de la actividad	La duración de esta actividad es 1día de (1semanas/ 1 día cada semana) con intervalo de 90 a 120 minutos aproximadamente
Observaciones	Brindar un refrigerio a las personas que participen.
Evaluación de la actividad	La actividad se evaluará mediante la exposición de los pacientes que recibieron la intervención.

