

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

LA REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON
RESULTADOS DE LA AUTOGESTIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
PERSONAS ADULTAS.

Sustentantes:

Evelyn Moya Martínez B24612

Avixely Vargas Blanco B37247

Directora:

Dra. Ana Laura Solano López

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020



EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **13 de abril 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Evelyn Moya Martínez**, carné **B24612**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora
Vivian Vílchez Barboza, Lectora
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vilma Malespín Muñoz, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Evelyn Moya Martínez** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Evelyn Moya Martínez**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“La representación de la enfermedad y su relación con resultados de la autogestión de la hipertensión arterial en personas adultas”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
13 de abril 2020

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

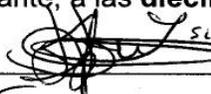
Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

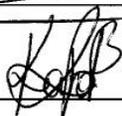
Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecinueve** horas.



Ana Laura Solano López, Directora

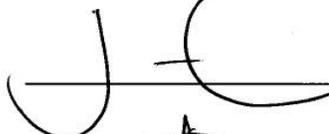


Vivian Vilchez Barboza, Lectora



Karol Blanco Rojas, Lectora

Vilma Malespín Muñoz, Quinto miembro



Jaime Caravaca Morera, Preside



Postulante





EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **13 de abril 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Avixely Vargas Blanco**, carné **B37247**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora
Vivian Vilchez Barboza, Lectora
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vilma Malespín Muñoz, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Avixely Vargas Blanco** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Avixely Vargas Blanco**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“La representación de la enfermedad y su relación con resultados de la autogestión de la hipertensión arterial en personas adultas”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

Dedicatoria

Dedico la tesis a mi **madre** Lilliana Martínez Díaz la cual fue mi bastión en todo este proceso, por todas las preocupaciones que le generaban que viviera lejos de casa, por sus sacrificios, las oraciones y palabras de aliento que me brindo a lo largo de mi vida estudiantil. A mi **padre** Mario Moya Sánchez, quién fue mi chofer, despertador, cocinero y guía siempre que lo necesite, demostrándome su amor incondicional.

A mis 2 **hermanos y hermana** los que me manifestaron constantemente su cariño y apoyo, por ser mis ejemplos a seguir desde niña y por brindarme a las 8 lucecitas de mi vida, a mis **sobrinas y sobrinos**, a ellas y ellos, el reconocimiento por comprender que a veces no podía cuidarlos porque debía estudiar. A mis **cuñadas y cuñado** por su aprecio, compañía, confianza y apoyo.

A mi **familia** en general, incluyendo a los que ya no están, por sus buenos deseos y consejos. A mis **amigas y amigos**, quienes rieron conmigo en los buenos momentos y fueron mi consuelo en los malos, demostrándome que la verdadera amistad existe con cada una de sus acciones.

A **Avi**, porque es una excelente amiga y la mejor compañera de tesis que pude tener, por la comprensión, risas e incluso dificultades compartidas en este proceso, en el cual formamos un gran equipo.

A la **Dra. Ana Laura Solano** por su orientación durante la realización de la presente investigación. A todas las **personas** con las que interactúe y de una u otra manera me marcaron y me ayudaron a crecer durante los diferentes módulos y en gerencia.

Por último, pero no menos importante, A **Dios** por las oportunidades ofrecidas, porque puso en mi camino situaciones que me ayudaron a renovarme como persona y profesional, transformándome en lo que soy ahora.

Evelyn Moya Martínez.

Dedicatoria

El producto de todo mi esfuerzo en esta aventura académica y de vida, se lo dedico en primer lugar a mi **Dios**, que me ha guiado siempre en cada momento de mi vida y todo lo que hago espero dé testimonio de mi fe.

A **mi padre y a mi madre** que no sólo me dieron la oportunidad de escoger mi camino y de luchar por mis sueños y metas, una de ellas mi carrera profesional, sino que, además, de manera incondicional me han brindado su amoroso apoyo en cada paso que he dado. A ambos les debo en gran parte la persona que soy hoy.

Al resto de mi **familia** más cercana, que siempre han estado presentes en cada etapa de mi vida con sus palabras afectuosas y de apoyo. A las **amigas y amigos** que esta carrera tan hermosa me dió la oportunidad de conocer y de compartir tantos momentos valiosos.

A **Eve**, que no sólo me brindó su amistad, sino que fue la mejor compañera de trabajo que podría haber tenido, por todo su esfuerzo y dedicación, por enfrentar conmigo todos los obstáculos que se nos presentaron y celebrar nuestros triunfos.

A la **Dra. Ana Laura Solano**, nuestra directora de TFG, de quien surge la idea y que constantemente nos guió en todo el proceso, por su tan valiosa e irremplazable ayuda. No sólo nos enseñó a desarrollar una investigación, sino que además nos transmitió su amor por la investigación como enfermeras.

A todas las **personas** con quienes tuve el placer desarrollar mis prácticas en tantos diferentes espacios, que me enseñaron más de lo que se imaginan sobre cómo ser enfermera y una mejor persona.

A las **personas que participaron** en esta investigación, quienes nos permitieron ingresar en la continua búsqueda de mejores y nuevas maneras de cuidar desde la enfermería.

Avixely Vargas Blanco

Reconocimientos

En primer lugar, agradecemos a **Dios** por los aprendizajes y logros que nos ha permitido construir a lo largo de nuestra carrera y por guiarnos en cada paso que hemos dado.

A nuestras **familias y amistades** por ser la mayor motivación y apoyo en los buenos y no tan buenos momentos de nuestra formación académica y como personas. Por darnos el impulso necesario para alcanzar nuestras metas.

A la **Dra. Ana Laura Solano** por la paciencia, dedicación y guía que nos brindó desde el inicio en el desarrollo de esta investigación y en nuestra formación como enfermeras.

A la **Universidad de Costa Rica** por la oportunidad de estudiar Enfermería con la calidad y las herramientas necesarias, que nos permitieron experimentar un aprendizaje no sólo académico sino también como miembros de la sociedad costarricense.

A todas y todos los **profesionales en enfermería** que, de una u otra forma, en los diferentes cursos, módulos e instituciones contribuyeron en nuestro proceso de aprendizaje para ser enfermeras.

A todas aquellas **personas** que durante los diferentes módulos nos permitieron conocerlos y construir aprendizajes mutuos.

A las **personas participantes** en esta investigación, que con toda su disposición y amabilidad nos aportaron sus vivencias y experiencias para poder llevarla a cabo.

Evelyn Moya Martínez y Avixely Vargas Blanco.

Índice General

Capítulo I: Introducción.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Pregunta de Investigación.....	8
1.2.2 Objetivo General	8
1.2.3 Objetivos Específicos	9
1.2.4 Hipótesis	9
1.2.5 Área y Línea de Investigación.....	9
Capítulo II: Marco Referencial	10
2. 1 Marco Teórico.....	10
2.1.1 Teoría Integrada del Cambio de Comportamiento de Salud de Ryan	10
2.1.2 Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin	12
2.1.3 El Modelo de Sentido Común de Autorregulación	16
2.1.4 Substrucción Teórica	19
2.2 Marco conceptual.....	22
2.2.1 Nivel de Presión Arterial.....	23
2.2.2 Hipertensión Arterial.....	23
2.2.3 Adherencia Terapéutica a los Medicamentos.....	26
2.3 Marco Empírico	26
2.3.1 Hipertensión Arterial.....	27
2.3.2 Autogestión en Hipertensión Arterial.....	31
2.3.3 Autogestión y Representación de la Enfermedad.....	35
2.3.4 Representación de la Enfermedad y Adherencia Terapéutica	37
2.3.5 Representación de la Enfermedad y Nivel de Presión Arterial	45
2.3.6 Adherencia Terapéutica y Nivel de Presión Arterial.....	46
2.3.7 Síntesis de Marco Empírico.....	50
Capítulo III: Marco Metodológico.....	53
3.1 Modalidad de Trabajo Final de Graduación.....	53

3.2 Enfoque de Investigación.....	53
3.3 Diseño de Investigación.....	53
3.4 Población Participante y/ o Muestra	53
3.5 Muestra.....	54
3.5.1 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo	54
3.5.2 Criterios de inclusión.....	56
3.5.3 Criterios de exclusión	56
3.6 Sistema de variables.....	58
3.7 Técnicas de recolección de datos e instrumentos.....	58
3.7.1 Cuestionario Auto Aplicado	79
3.7.1.1 Cuestionario de Datos Generales.....	79
3.7.1.2 Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad IPQ-B.	79
3.7.1.3 Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8)	81
3.7.2 Protocolo para la medición del Nivel de Presión Arterial	82
3.8 Procedimientos para la recolección y manejo de datos.....	84
3.9 Análisis de los datos.....	86
3.9.1 Descriptivo	86
3.9.2 Correlacional	87
3.10 Consideraciones Éticas.....	87
Capítulo IV: Resultados.....	92
4.1 Datos generales	92
4.2 Variables Principales.....	102
4.2.1 Representación de la enfermedad.....	103
4.2.2 Adherencia Terapéutica.....	113
4.2.3 Presión arterial.....	116
4.3 Correlaciones.....	120
4.4 Substrucción Teórica y sus Correlaciones	125
4.5 Otros Hallazgos	126
Capítulo V: Discusión.....	128
5.1 Datos generales	128

5.2 Representación de la Enfermedad.....	131
5.3 Adherencia Terapéutica	141
5.4 Nivel de Presión Arterial.....	157
5.5 Correlaciones.....	161
5.5.1 Representación de la Enfermedad y Adherencia Terapéutica.....	161
5.5.2 Representación de la Enfermedad y Presión Arterial.....	165
5.5.3 Adherencia terapéutica y presión arterial	167
5.6 Limitaciones.....	169
Capítulo VI: Conclusiones.....	170
6.1 Conclusiones	170
6.2 Recomendaciones.....	172
7. Referencias Bibliográficas.....	176
8. Anexos	196
8.1 Anexo 1: Cuestionario de Datos Generales.....	196
8.2 Anexo 2: Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad IPQ-B.....	199
8.3 Anexo 3: Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8)	200
8.4 Anexo 4: Protocolo de Medición de la Presión Arterial	201
8.5 Anexo 5: Consentimiento Informado.....	203
8.6 Anexo 6: Cuestionario de Pre-Selección.....	207
8.7 Anexo 7: Fármacos Empleados para Enfermedades Crónicas.....	206

Índice de Figuras

Figura 1	11
Figura 2	15
Figura 3	16
Figura 4	21
Figura 6	85
Figura 7	95
Figura 8	96
Figura 9	104
Figura 10	105
Figura 11	106
Figura 12	107
Figura 13	107
Figura 14	108
Figura 15	109
Figura 16	109
Figura 17	110
Figura 18	113
Figura 19	114
Figura 20	116
Figura 21	117
Figura 22	125

Índice de Tablas

Tabla 1	57
Tabla 2	92
Tabla 3	93
Tabla 4	94
Tabla 5	97
Tabla 6	98
Tabla 7	98
Tabla 8	99
Tabla 9	101
Tabla 10	103
Tabla 11	104
Tabla 12	111
Tabla 13	111
Tabla 14	112
Tabla 15	115
Tabla 16	118
Tabla 17	118
Tabla 18	119
Tabla 19	119
Tabla 20	123

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que afecta al 40% de la población mundial y constituye el principal factor de riesgo de mortalidad. Existen muchos elementos que influyen en un control adecuado de esta condición. Específicamente, la teoría de Autogestión Individual y Familiar sugiere que las creencias influyen en los resultados de la autogestión. La representación individual de las amenazas a la salud, desde el Modelo del Sentido Común de la Autorregulación, vista como creencia, podría estar asociada con la adherencia terapéutica y la presión arterial en personas con hipertensión arterial (HTA). A nivel nacional existe un vacío acerca de la relación entre estas variables. **Objetivo:** Determinar la relación entre la representación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y el nivel de la presión arterial, en personas adultas con hipertensión arterial. **Metodología:** Estudio correlacional de corte transversal con muestreo por conveniencia de 81 personas adultas con HTA y tratamiento farmacológico, que reciben atención en los EBAIS de una cooperativa de salud nacional. La representación de la enfermedad se midió con el Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B), la adherencia terapéutica con la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky-8 (MMAS-8), ambos auto-aplicados; y el nivel de presión arterial con el protocolo de la AHA por el método auscultatorio. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y correlaciones de Pearson. **Resultados:** Se evidenció una representación de la enfermedad poco amenazante ($M=33.05$) y una adherencia media a la medicación ($M=6.7$). El promedio de presión arterial fue 127/79 mmHg. La representación de la enfermedad estaba asociada con la adherencia terapéutica ($r=-.332$), y a su vez esta última con la presión diastólica ($r=-.398$). Acerca de las dimensiones de la representación de la enfermedad, preocupación ($r=-.255$) estaba relacionada con la presión arterial sistólica, mientras que la coherencia ($r=.242$) se relacionó con la presión arterial diastólica. Y coherencia ($r=-.254$), control personal ($r=-.267$) y control tratamiento ($r=-.317$) estaban relacionados con la adherencia terapéutica. Las principales causas de HTA percibidas fueron estrés, genética, no sabe y nutrición.

Los resultados sugieren que cuando las personas reportan una representación de la enfermedad (HTA) más amenazadora, tienden a presentar una menor adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, lo cual podría explicarse por particularidades culturales y la necesidad de validar el instrumento en el país. Asimismo, indican que conforme mayor es la adherencia a los medicamentos, menor es el nivel de presión arterial diastólica en los y las participantes del estudio. En síntesis, los conocimientos y creencias de las personas participantes con HTA parecen influir en una parte de su proceso de autogestión, generando en ellos resultados proximales y distales lo que se ve reflejado en una alta adherencia terapéutica y niveles de PAD más bajos, sugiriendo un mejor estado de salud en estas personas. Empero parece ser que la relación entre la representación de la enfermedad y los resultados en el estado de salud no está tan clara. **Conclusiones:** La representación de la enfermedad parece estar participando en parte del proceso de autogestión en personas con HTA, específicamente en el comportamiento de autogestión de adherencia a los medicamentos. Sin embargo, se deben de realizar más investigaciones referentes al tema que ayuden a comprender el proceso de autogestión con base en las representaciones de la enfermedad. Una mejor comprensión de las representaciones de las enfermedades tales como la HTA en la población habitante de Costa Rica tiene el potencial de dirigir futuras intervenciones desde un enfoque de autogestión en enfermería, no sólo para prevenir complicaciones en personas con enfermedades cardiovasculares, sino también para mejorar la calidad de vida de estas.

Descriptores: Automanejo; Autocontrol; Percepción; Adherencia terapéutica; Hipertensión; Enfermería Cardiovascular.

Abstract

Introduction: High blood pressure is a chronic disease that affects 40% of the world's population and is the main risk factor for mortality. There are many elements that influence proper control of this condition. Specifically, the Theory of Individual and Family Self-Management suggests that beliefs influence self-management outcomes. The individual representation of health threats, from the Common Sense Model of Self-Regulation, seen as a belief, could be associated with therapeutic adherence and blood pressure in people with high blood pressure (HBP). At the national level there is a gap about the relationships among these variables. **Objective:** To determine the relationships among illness representation, therapeutic adherence and blood pressure level, in adults with hypertension. **Methodology:** Correlational cross-sectional study with a convenience sampling of 81 adults with HBP undergoing pharmacological treatment in public outpatient clinics from a national health cooperative. The illness representation was measured by the Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B), therapeutic adherence by the Morisky-8 Medication Adherence Scale (MMAS-8), both self-administered; and blood pressure level following the AHA protocol for the auscultatory method. Data were analyzed with descriptive statistics and Pearson correlations. **Results:** A low threatening illness representation ($M=33.05$) and a medium medication adherence ($M=6.7$) were shown in the participants. Mean blood pressure was 127/79 mmHg. The illness representation was associated with therapeutic adherence ($r=-.332$), and in turn the latter with diastolic pressure ($r=-.398$). About the illness representation dimensions, concern ($r=-.255$) was related to systolic blood pressure, while coherence ($r=.242$) was related to diastolic blood pressure. And coherence ($r=-.254$), personal control ($r=-.267$) and treatment control ($r=-.317$) were related to therapeutic adherence. The main causes of HBP perceived were stress, genetics, unknown and unhealthy nutrition. Results suggest that when people report a more threatening illness representation, they tend to have less adherence to antihypertensive pharmacological treatment, which could be explained by cultural particularities and the need to

validate the instrument in the country. They also indicate that the higher the adherence to the medications, the lower the level of diastolic blood pressure in those who participate in the study. In short, participants' knowledge and beliefs seem to be influencing part of HBP self-management behaviors, generating in them proximal and distal outcomes which is reflected in high therapeutic adherence and lower diastolic blood pressure, suggesting better health in these people. However, still the relationship between illness representation and health outcomes is not so clear.

Conclusions: Illness representations appear to be participating in part of the hypertension self-management process, specifically the self-management behavior related to medication adherence. However, more research on the topic should be conducted to better understand the process of self-management based on illness representations. A better understanding of illness representations in Costa Ricans has the potential to direct future interventions from a nursing self-management approach, not just to prevent complications in people with cardiovascular disease, but also to improve their quality of life.

Descriptors: Self-management; Self-control; Perception; Therapeutic adherence; Hypertension; Cardiovascular Nursing.

Capítulo I: Introducción

1.1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que afecta al 40% de la población mundial y constituye el principal factor de riesgo de mortalidad a nivel internacional y de Costa Rica.¹ Siendo así que la HTA es uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares, las cuales son la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial.¹

En Costa Rica la HTA en el 2014 presentó una prevalencia de 31.2% y tuvo una tasa de incidencia de 297.61/100.000 habitantes y durante el 2012 la HTA tuvo una tasa de mortalidad de 1.7 por cada 10.000 habitantes siendo la tercera causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.² A su vez, las enfermedades del aparato circulatorio representaron alrededor del 8% del total de causas de consulta y dentro de estas la hipertensión arterial ocupó el primer lugar y el 2.2% del total de egresos anuales en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).²

La HTA puede presentar complicaciones como el infarto al miocardio, los accidentes cerebrovasculares, así como la enfermedad renal.³ El tratamiento de complicaciones abarca intervenciones costosas que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales. Asimismo, en Costa Rica se estima que el costo de la atención de las personas que presentan HTA es de alrededor de 50.000 millones de colones.⁴ Sin embargo, el costo de la HTA no sólo tiene un impacto económico, sino también social, ya que, contribuye en un 11% de las muertes prematuras a nivel nacional⁵ y además, tiene implicaciones en las esferas familiares, lo cual impacta la calidad de vida de estas personas.

El tratamiento de la HTA requiere de medidas farmacológicas y no farmacológicas, como la modificación de estilos de vida para prevenir estas costosas complicaciones. Por ende, su manejo depende de la autogestión, la cual se define, desde la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin, como un

fenómeno complejo y multidimensional que afecta a los individuos, diadas o familias en todas las etapas del desarrollo.⁶ En el cual interviene el contexto de la persona y los procesos, como por ejemplo, las creencias que generan resultados en la salud esperados como la adherencia a los medicamentos y el control de los indicadores del estado de la enfermedad.⁶

De esta forma, de acuerdo con lo que proponen estas autoras en su teoría las representaciones de la enfermedad (construcciones cognitivas y emocionales) que presentan las personas pueden tener el potencial de impactar en los resultados esperados de la autogestión de la HTA, como se podría ver reflejado en la adherencia terapéutica a los medicamentos y el nivel de presión arterial como uno de los indicadores del estado de su salud. Estas representaciones pueden influenciar el afrontamiento de la enfermedad y los resultados.

La autogestión en el país ha sido poco estudiada, más aún, desde el alcance de la revisión realizada para la presente investigación no se encontraron estudios sobre la representación de la enfermedad en personas con HTA en Costa Rica. Con respecto a este enfoque, desde el modelo del Sentido Común de la Autorregulación de Leventhal, se asume a la persona como un participante activo en el proceso de salud, con la capacidad para la solución de los problemas a los que se enfrenta.⁷ Reconoce que la representación de la enfermedad que construyen las personas incide en parte de los procesos de autogestión de la HTA.⁷

En Costa Rica, aún no se conoce cuál es la relación de estos conceptos en población con diagnóstico de hipertensión arterial. Por ende, resultó necesario investigar la representación de la enfermedad dentro de un marco de autogestión, en las personas que presentan HTA, con el propósito de contribuir al diseño e implementación de estrategias de prevención secundaria que sean más efectivas y de acorde a la situación del país y que permitan proporcionar a las personas un cuidado desde el proceso de enfermería que sea más efectivo y que contribuya a la mejora en la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades.

La investigación desarrollada pretendió determinar la relación entre la representación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y el nivel de la presión arterial, en personas adultas con HTA, desde la teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin, por medio de una investigación de enfoque cuantitativo con diseño correlacional, descriptivo y transversal. El estudio se llevó a cabo en la Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral (COOPESAIN), ubicada en el cantón de Tibás.

El comité asesor propuesto estuvo integrado por la Dra. Ana Laura Solano López (Directora), la Dra. Vivian Vílchez Barboza y la Lic. Karol Blanco Rojas (lectoras). La modalidad de trabajo final de graduación elaborado corresponde a Tesis, desde el área de investigación de estudio del cuidado de enfermería y la línea de investigación de la gestión del cuidado.

1.2 Planteamiento del problema

Este estudio se dirigió a indagar sobre el fenómeno de la autogestión en personas que presentaban hipertensión arterial, desde un enfoque de enfermería, por ello resultó fundamental profundizar en el por qué era y es necesario investigar sobre el mismo.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública no sólo en Costa Rica, sino también a nivel mundial. Esto se ve reflejado en datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indican que la HTA afecta a alrededor del 40% de la población mundial.^{1,8}

En Costa Rica la HTA presenta una prevalencia de 31.2%^{1,8}, la cual tiende a aumentar según grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 65 años y más (65.3%).⁸ Según el sexo, la prevalencia de la HTA diagnosticada en hombres fue de 28.2%, mientras que en mujeres fue de 34.2%.⁸ Además, durante el año 2015 la HTA tuvo una tasa de incidencia de 297.61/100.000 habitantes, sin diferenciación significativa por sexo.⁹ Aunado a esto, se observa que la incidencia es mayor en San

José presentando una tasa de 600.04/100.000 habitantes.⁹ Cabe recalcar que para fines del presente estudio se identificó una tasa de incidencia de HTA en Tibás de 213.48 / 100.000 habitantes.⁹

La HTA es uno de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, las cuales generan 17 millones de muertes por año en el mundo, causando por lo menos el 45% de estas muertes por cardiopatías.¹

A su vez, el panorama en Costa Rica no difiere mucho, ya que, se registró que en el 2012 la HTA tuvo una tasa de mortalidad de 1.7 por cada 10.000 habitantes, constituyendo así la tercera causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el país.² De hecho, las enfermedades del aparato circulatorio representaron alrededor del 8% del total de causas de consulta y dentro de éstas la hipertensión arterial ocupó el primer lugar y el 2.2% del total de egresos anuales en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el año 2014.²

Acorde con los datos registrados a nivel mundial, en el 2017 la OMS destaca que Costa Rica cuenta con una población de 4 808 000 personas.⁵ Subraya que el 83% de muertes son por enfermedades no transmisibles las cuales generan un total de 19.000 muertes, lo que constituye el 11% de muertes prematuras.⁵

Además, cabe señalar que las complicaciones producto de la HTA causan anualmente 9.4 millones de muertes alrededor del mundo y dentro de estas se encuentran los infartos agudos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia renal.¹ Por otro lado, el tratamiento de estas complicaciones abarca intervenciones costosas que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales.¹

Resalta también que en los países de ingresos bajos y medianos la hipertensión arterial no solo tiene mayor prevalencia, sino que también existe un mayor número de personas hipertensas sin diagnóstico, tratamiento ni control de la enfermedad.¹ Inclusive se prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada de producción en estos países asociada con las enfermedades no transmisibles, dentro de las que se cuenta la hipertensión arterial, será de US\$ 7.28

billones, que representa alrededor del 4% de producto interno bruto en esos países, de los cuales el 51% de pérdidas se les atribuiría a las enfermedades cardiovasculares.¹

Por lo que le recomiendan al país mejorar en la prohibición de la promoción, patrocinio y publicidad del tabaco, en las restricciones de marketing de las dietas poco saludables para los niños y en el aumento en el control de la presión arterial/hipertensión.⁵ Parte de esta mejora del manejo de la HTA podría radicar en la utilización de un abordaje del personal de salud, enfocado en que la persona logre mejorar su autogestión.⁵

Como se mencionó anteriormente la autogestión involucra procesos y resultados que influyen en el comportamiento de las personas y sus familias en el manejo de una enfermedad, tal como la HTA.⁶ De allí radica su importancia, puesto que estos procesos condicionan los resultados en el manejo de la enfermedad, y pueden tener un impacto no sólo en la evolución y/o control de la misma, sino también en la calidad de vida de las personas.

Un aspecto importante en la autogestión de la HTA es la adherencia terapéutica, tanto en estilo de vida como farmacológica, sin embargo, dado que no se cuenta con cifras que permitan denotar la adherencia a cambios en el estilo de vida, sólo se hace referencia a datos que muestran el nivel de adherencia terapéutica a los medicamentos. Tal es el caso que a nivel mundial se estima que el 40% de las personas que presentan HTA no son adherentes al tratamiento farmacológico¹⁰ y a nivel de Costa Rica se desconoce de manera oficial esta cifra.

La adherencia terapéutica a los medicamentos resulta de importancia ya que propicia la prevención de complicaciones en enfermedades tales como la HTA y mejora la evaluación de la efectividad del tratamiento prescrito, lo cual a su vez facilita la toma de decisiones adecuadas respecto al curso del tratamiento.¹¹

De esta forma, la no adherencia a los medicamentos no sólo complica este proceso, conllevando a la toma de decisiones poco efectivas, sino que también ocasiona la necesidad de emplear fármacos más potentes, que implican el riesgo de

mayores efectos adversos para la persona.¹¹ Estos efectos negativos podrían evitarse con una apropiada adherencia terapéutica.

Para que esta adherencia a los medicamentos se genere es necesario tener en cuenta las creencias y conocimientos de la persona con respecto a su enfermedad, lo cual puede ser definido como representación mental, ya que, estas forman parte de su proceso de construcción.

A medida que mejora la representación de la enfermedad que tiene la persona, los resultados de la autogestión de la HTA suelen verse modificados, dado que la persona tiene una perspectiva más clara de su realidad y por ende las estrategias de afrontamiento, así como sus acciones en torno al manejo de la enfermedad tienden a ser más efectivas.⁷

Para comprender mejor la relevancia de este enfoque propuesto por Leventhal para el estudio de la autogestión de la HTA, el modelo que describe está diseñado de tal forma que permite esclarecer la interacción entre las diferentes variables que componen las conductas en salud en respuesta a amenazas percibidas a la salud, como lo puede ser la HTA en sí misma y las posibles complicaciones que puede desencadenar en el futuro.⁷ Y considera a la persona un participante activo que tiene la capacidad de modificar estas conductas en salud para la búsqueda de resultados más positivos en torno a su condición de salud.⁷

Así desde el enfoque que propone Leventhal, la representación de la enfermedad que formula una persona dirige la forma en que percibe la amenaza y como resultado lo que planea y la manera en que actúa para enfrentarla.⁷ Todo esto coincide con la forma en que Ryan y Sawin proponen que se dan las conductas de autogestión y, por tanto, permite comprender en parte no sólo cómo las personas perciben su enfermedad, sino también por qué asumen los comportamientos que se observan en respuesta a esta.

La representación de la enfermedad sólo ha sido parcialmente abordada a nivel internacional por otros profesionales en salud, desde un enfoque biomédico, de trabajo social y de psicología, sin embargo, enfermería, aunque bien ha estudiado

ampliamente la autogestión de la HTA y otras enfermedades crónicas, no ha incursionado importantemente en la investigación de este fenómeno desde la representación de la enfermedad que plantea Leventhal.

Todo lo anterior destaca la importancia de abordar este fenómeno desde enfermería y desde un enfoque de representación de la enfermedad, en especial para la HTA y en Costa Rica, dado que a nivel nacional existe un gran vacío en la temática.

En definitiva, el desarrollo de esta investigación tiene el potencial de contribuir a mejorar la atención que se le brinda a las personas que presentan HTA, con un impacto positivo en el cuidado desde el proceso de enfermería, en la mejora de la calidad de vida de estas personas, así como de sus familias, con un abordaje más efectivo que les permita asumir mayor responsabilidad en su autogestión.

Aunado a esto, se podrían evitar complicaciones derivadas de la HTA, así como los años de vida perdidos que se generan como consecuencia de estas y por ende disminuir los costos económicos y sociales que resultan de su abordaje.

Siguiendo la línea anterior, dentro de los objetivos del desarrollo sostenible en el área de salud y bienestar se encuentra la meta de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles¹², como la HTA, mediante su prevención y tratamiento. Por lo cual, esta investigación puede contribuir a avanzar en la consecución de esta meta mundial, puesto que, si se logra que las personas tengan un mejor manejo de la HTA, se podría disminuir la mortalidad y por ende los años de vida perdidos a causa de la misma.

En relación con el área de investigación en enfermería, el estudio desarrollado resultó novedoso a nivel nacional y puede contribuir a solventar gran parte del vacío que se presenta en el estudio de este fenómeno de enfermería. Además, los resultados de la investigación elaborada podrían incidir en la toma de decisiones para el desarrollo e implementación de estrategias o proyectos nacionales dirigidos a la prevención secundaria de la HTA en el sector salud.

En cuanto al impacto que se podría esperar en el área de la docencia en enfermería, este trabajo contribuye como un ejemplo del uso de teorías de mediano rango en conjunto con teorías de otras disciplinas en el fortalecimiento del conocimiento de fenómenos enfermeros como la autogestión en personas con HTA.

Por otra parte, en lo referente a la factibilidad del estudio, se contó con la aprobación para el desarrollo de la investigación en la Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral (COOPESAIN), ubicada en el cantón de Tibás; así como con el apoyo y experiencia del comité asesor.

En cuanto a los recursos con los que se dispuso, estos fueron el conocimiento adquirido durante el módulo de Intervención de Enfermería con la Adulthood Sana, que permitió un acercamiento al uso de teorías y modelos en el cambio de comportamiento, además de que se dió la intervención con personas que presentaban HTA, así como, en el curso de Farmacología para Enfermería, que destacó la importancia de la adherencia terapéutica a los medicamentos en el manejo de las enfermedades crónicas.

Asimismo, el módulo de Intervención de Enfermería con la Adulthood en procesos mórbidos, con la adultez mayor y el curso de Gerencia en Enfermería que proporcionaron la oportunidad de intervención con personas adultas y adultas mayores con HTA y en procesos de cambio de comportamiento.

1.2.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre la representación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y el nivel de la presión arterial, en personas adultas con hipertensión arterial, desde la teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin?

1.2.2 Objetivo General

Determinar la relación entre la representación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y el nivel de la presión arterial, en personas adultas con hipertensión arterial, desde la teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin.

1.2.3 Objetivos Específicos

1. Identificar la representación de la enfermedad que poseen las personas adultas con hipertensión arterial.
2. Identificar la adherencia terapéutica (a los medicamentos) que tienen las personas adultas con hipertensión arterial.
3. Identificar el nivel de la presión arterial, que presentan las personas adultas con hipertensión arterial.
4. Establecer la relación de la representación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y la presión arterial, en personas adultas con hipertensión arterial

1.2.4 Hipótesis

Existen relaciones entre la representación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y el nivel de presión arterial.

1.2.5 Área y Línea de Investigación

Finalmente, el área de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (UCR) que se siguió fue el estudio del cuidado de enfermería, el cual destaca que el cuidado es un proceso de interacción humana dinámico centrado en la persona por medio de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud propia y la de los demás, dentro de un marco social y cultural que caracteriza la particularidad de un colectivo humano. Además, la línea de investigación que se siguió fue la gestión del cuidado.

Capítulo II: Marco Referencial

2.1 Marco Teórico

En este trabajo de investigación se utilizó como base la teoría de enfermería de mediano rango de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin, la cual fue enriquecida con el aporte del Modelo del Sentido Común de la Autorregulación propuesto por Leventhal.

Para comprender la teoría de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin empleada en el desarrollo de la investigación elaborada, es necesario conocer la base con la que fue creada, siendo esta la Teoría Integrada del Cambio de Comportamiento de Salud de Ryan.

Al finalizar este apartado se presenta una substrucción teórica que permite visualizar la relación entre ambas teorías, así como con las variables de interés para la investigación desarrollada.

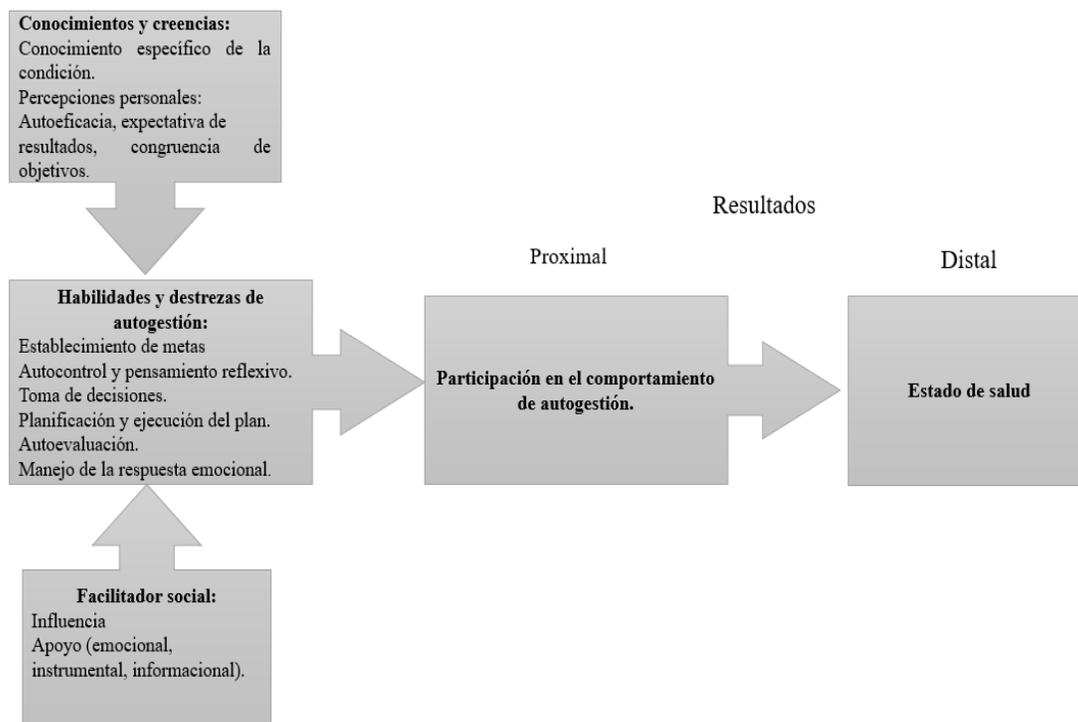
2.1.1 Teoría Integrada del Cambio de Comportamiento de Salud de Ryan

Es una teoría descriptiva de rango medio, que surge de una revisión sistemática de la literatura, se basa en el supuesto de que el cambio de comportamiento es un proceso dinámico e iterativo.¹³

Plantea que el cambio en el comportamiento de la salud puede mejorarse fomentando el conocimiento y las creencias, aumentando las habilidades y capacidades de autorregulación, así como mejorando la facilitación social.¹³ Lo que permite generar resultados proximales (a corto plazo) que influyen en los distales (a largo plazo), siendo los proximales la participación en conductas de autogestión y los distales un mejor estado de salud.¹³

Los constructos de la teoría están interrelacionados entre sí, produciendo resultados proximales y distales de cambio de comportamiento de salud.¹³

La representación gráfica de esta teoría se aprecia en la Figura 1.

Figura 1*Teoría Integrada del Cambio de Comportamiento de Salud*

Nota. Representación gráfica de la Teoría integrada del cambio de comportamiento de salud de Polly Ryan.¹³

Los constructos que plantea la autora son:

- **Conocimiento y creencias:** El conocimiento se define como información objetiva específica de la condición, y las creencias se definen como percepciones personales sobre la condición de salud específica o el comportamiento de salud.¹³ La mejora del conocimiento y las creencias da como resultado una mayor comprensión de una condición o comportamiento específico, un aumento de la autoeficacia específica del comportamiento, expectativa de resultado y congruencia de objetivos.¹³
- **Autorregulación:** Es un proceso que las personas utilizan al incorporar un cambio de comportamiento en sus rutinas y estilos de vida diarios.¹³ La

autorregulación requiere el establecimiento de metas, el autocontrol y el pensamiento reflexivo, la toma de decisiones, la planificación y la promulgación de planes, la autoevaluación y el manejo de las emociones que ocurren con el cambio.¹³

- **Facilitación social:** Incluye la influencia social especialmente cuando una persona con conocimientos en una posición de autoridad percibida interviene en su forma de pensar y en su motivación, lo que lleva a involucrarse en el comportamiento.¹³ El apoyo social también se considera un facilitador y puede provenir de diversas fuentes como lo son los familiares, los proveedores de atención médica, los medios de comunicación, los vecinos, compañeros de trabajo u otros.¹³

2.1.2 Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin

Por su parte, esta teoría plantea que la enfermera o enfermero puede ayudar a las personas y a su unidad familiar a adquirir los conocimientos, habilidades y la facilitación social con el fin de que alcancen la responsabilidad de la autogestión de sus enfermedades crónicas.⁶

Se enfoca tanto en la persona como en la familia debido a que lo considera desde la teoría de sistemas, que establece que un cambio en un componente de un sistema, es decir, un miembro de la familia conduce a cambios en el sistema (familia) y en todos sus miembros.⁶ Por tanto, ambos componentes le permiten al proveedor de salud una perspectiva integral.⁶

La teoría se basa en evidencia empírica que estipula que las intervenciones y programas de autogestión mejoran los resultados de las personas con enfermedades crónicas.⁶ Definiendo la autogestión como un fenómeno complejo y multidimensional que afecta a individuos, díadas o familias en todas las etapas del desarrollo.⁶

Además, recalcan que la autogestión y el autocuidado difieren en los procesos y resultados, sin embargo, son similares en que la persona se involucra en comportamientos específicos para lograr un resultado.⁶ Desde la perspectiva de las

autoras el contexto y los procesos de autogestión dan resultados proximales que se convierten en distales.⁶ A continuación, se describen cada uno de estos constructos teóricos:

Contexto. Se incluyen los factores de riesgo y de protección que son los que retan o protegen la participación de individuos y familias en autogestión.⁶ Dentro de este contexto se encuentra la condición específica, el ambiente físico y social, además de los factores individuales y familiares.⁶

Por condición específica se consideran las características fisiológicas, estructurales o funcionales de la afección, su tratamiento o la prevención de la afección que afectan la cantidad, el tipo y la naturaleza crítica de los comportamientos necesarios para manejar la afección en tiempos de estabilidad o transición (por ejemplo, complejidad de la afección o tratamiento, trayectoria, estabilidad fisiológica, o transiciones fisiológicas).⁶

En el ambiente físico y social se incluyen factores como el acceso a la atención médica, la transición con el proveedor o con el entorno de atención médica, el transporte, los vecindarios, las escuelas, el trabajo, la cultura y el capital social que mejoran o presentan barreras para la autogestión individual y familiar.⁶

Por último, dentro del contexto se encuentran los factores individuales y familiares, que consideran las características del individuo y la familia que realzan o disminuyen la autogestión; por ejemplo, el estado cognitivo individual, las perspectivas, el procesamiento de información, las etapas de desarrollo, las capacidades y la cohesión individual y familiar, alfabetización, ingenio.⁶

Procesos de autogestión. Es la interacción dinámica entre el conocimiento y creencias específicas de la condición, la adquisición y uso de habilidades especialmente de autorregulación, además de la facilitación y negociación social.⁶

Los conocimientos y creencias son considerados información objetiva y percepciones sobre una condición de salud o comportamiento de salud.⁶ Incluyen la autoeficacia, la expectativa de resultados y la congruencia con los objetivos.⁶

- Autoeficacia: Se refiere al grado de confianza que se tiene en su capacidad para participar con éxito en un comportamiento en situaciones normales y estresantes.⁶
- Expectativa de resultado: Es la creencia de que la participación en un comportamiento particular resultará en los resultados deseados.⁶
- Congruencia de objetivos: Es la capacidad de una persona para resolver la confusión y la ansiedad que surgen de las aparentes demandas contradictorias y asociadas con los objetivos de salud.⁶

Con respecto a la autorregulación es un proceso iterativo en el que las personas se involucran para lograr un cambio en los comportamientos de salud.⁶ Incluyendo una serie de habilidades y capacidades dentro de las que se hallan el establecimiento de metas, el autocontrol y el pensamiento reflexivo, la toma de decisiones, la planificación-acción, la autoevaluación y el manejo de respuestas.⁶

Otro proceso de autogestión, es la facilitación social, la cual ocurre dentro de las relaciones mejorando la capacidad de un individuo para cambiar, dentro de esta se incluyen la influencia y el apoyo social antes mencionados en la Teoría integrada del cambio de comportamiento de salud de Ryan, así también se agrega la colaboración negociada.⁶

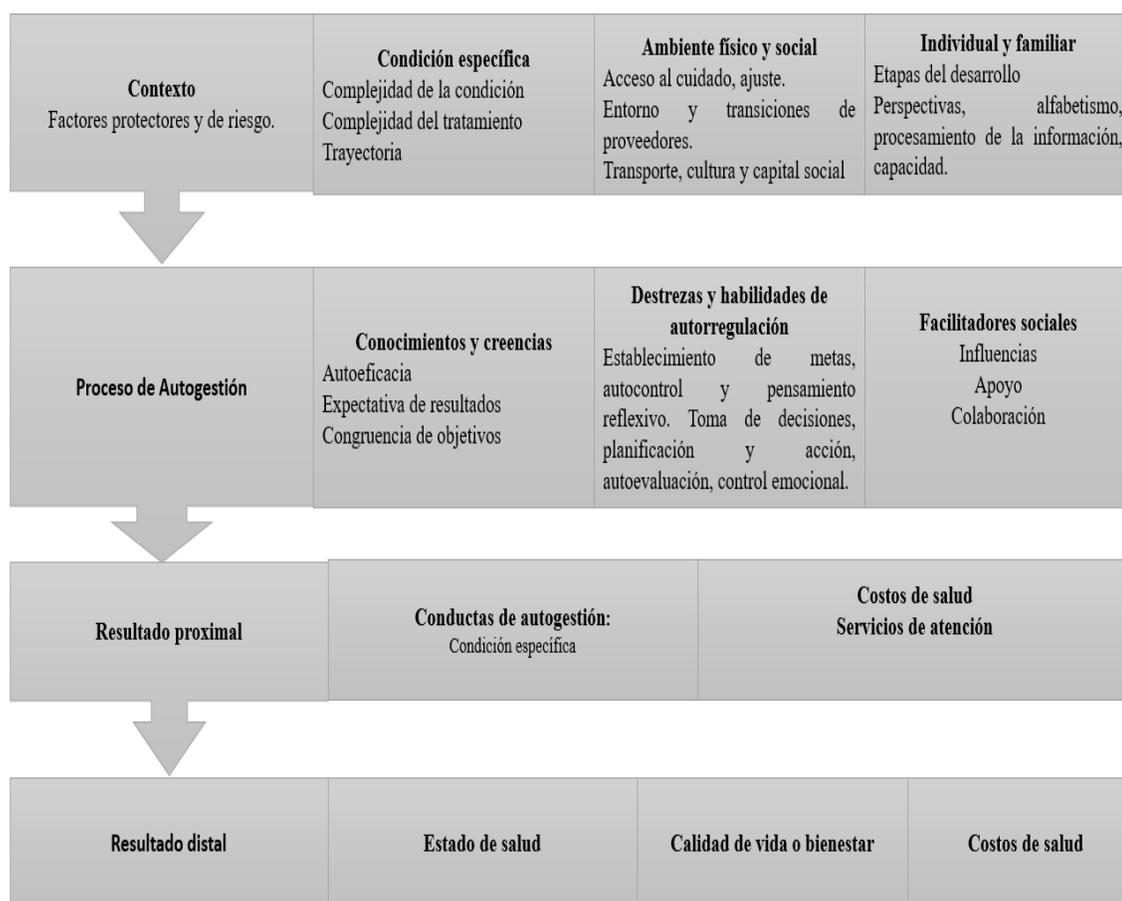
- Influencia social: Es un mensaje en el que las personas respetadas en puestos de autoridad percibida con conocimiento experto aconsejan y alientan de manera conjunta a los individuos y a las familias a participar en comportamientos de salud específicos.⁶
- El apoyo social: Consiste en el apoyo emocional, instrumental o informativo proporcionado a una persona o familia con el objetivo explícito de ayudar o facilitar su participación en conductas de salud.⁶
- La colaboración negociada: Ocurre cuando las perspectivas son respetadas e influyentes.⁶ Generando que la experiencia profesional, los estándares, el significado individual, los roles y las responsabilidades familiares mutuas, influyan en los objetivos y en los tratamientos recomendados.⁶

Dependiendo del contexto y de los procesos antes abordados, se va a producir un resultado proximal de comportamiento de autocontrol individual y familiar en el que se espera que la persona participe en los regímenes de tratamiento incluyendo las terapias farmacológicas recomendadas.⁶ Así mismo, en lo referente a los resultados distales, se espera un mejor estado de salud, una mejor calidad de vida/bienestar percibido y la menor afectación en los costos directos e indirectos de la enfermedad.⁶

La representación gráfica de esta teoría se muestra en la Figura 2.

Figura 2

Teoría de Autogestión Individual y Familiar



Nota. Representación gráfica de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin.⁶

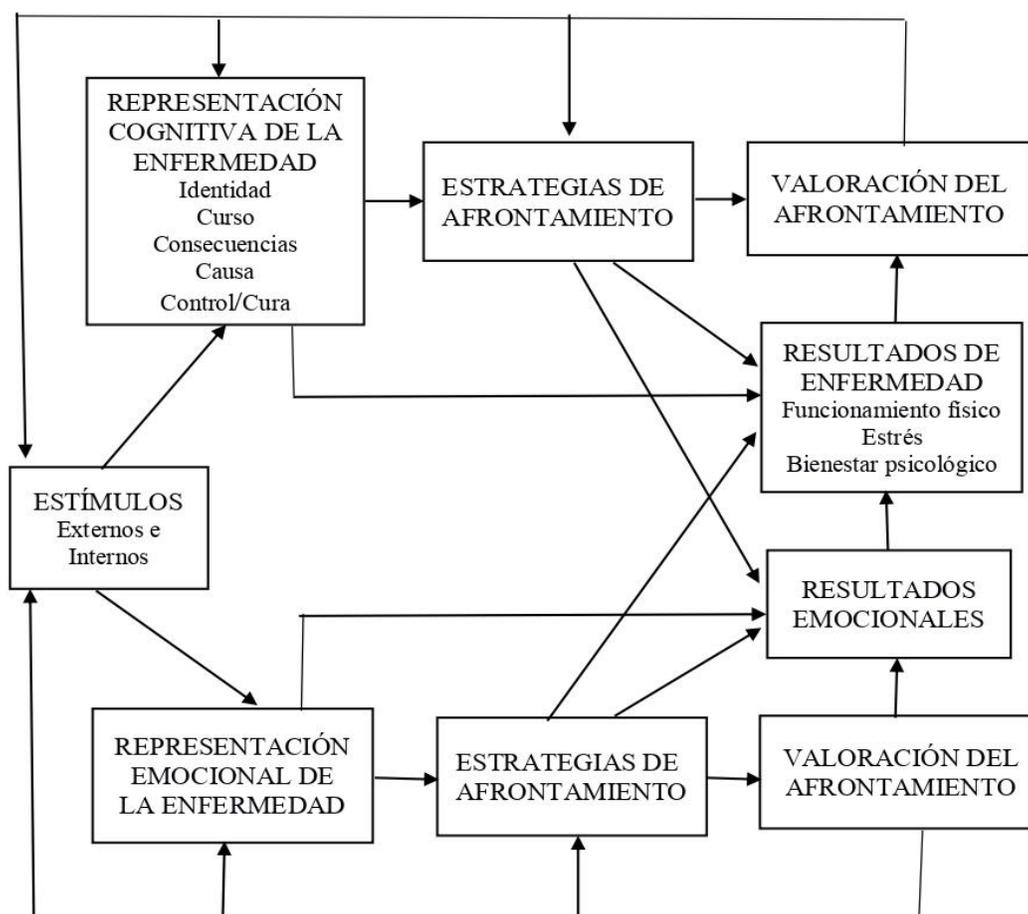
2.1.3 El Modelo de Sentido Común de Autorregulación (CSM: Common Sense Model of Self-Regulation)

Este modelo fue propuesto por Leventhal, Nerenz y Steel, inicialmente en la década de 1980, sin embargo, ha evolucionado a lo largo de los años gracias a la continua investigación en torno al modelo por parte de sus autores, así como de otros investigadores, la última actualización se presenta en el 2016.⁷

La representación gráfica de este modelo se observa en la Figura 3.

Figura 3

Modelo de Sentido Común de la Autorregulación



Nota. Representación gráfica del Modelo del Sentido Común de la Autorregulación de Leventhal.¹⁴

De manera general este modelo proporciona una descripción y comprensión del proceso involucrado en el inicio y mantenimiento de comportamientos dirigidos al manejo o control de las amenazas a la salud percibidas por la persona.^{7,15,16}

De esta forma, el modelo está diseñado para describir las interacciones dinámicas entre las diferentes variables que están involucradas en el control de comportamientos en salud en respuesta al manejo de las amenazas percibidas a la salud actual y futura.^{7,15,16} Así, resulta evidente que este modelo considera a la persona un participante activo en el manejo de su salud, con la capacidad para resolver los problemas a los que se enfrenta.^{7,15,16}

De acuerdo con los autores, de forma general, se presenta un estímulo, el cual activa una representación cognitiva y emocional, lo que a su vez dirige la forma en la que la persona ve la situación de amenaza y como resultado la forma en que planea y actúa frente a esta.^{7,15,16}

De manera más específica, estos estímulos activan prototipos o estructuras mentales, de sí mismo (estructura y función de cuando se encuentra enfermo o sano), de la enfermedad y del tratamiento.^{7,15,16} La primera es única y se debe a representaciones neurobiológicas del funcionamiento normal de su cuerpo, que se nutre de las experiencias previas, del día a día; en contraparte las dos últimas se deben a un acumulo de conocimiento y experiencias episódicas aprendidas, que son reforzadas con la comunicación, comparación social y observación.^{7,15,16} Y estos prototipos a su vez generan representaciones cognitivas y emocionales de las amenazas a la salud, del tratamiento y de los planes de acción.^{7,15,16}

Así, un plan de acción implica una respuesta específica, un lugar para el desarrollo de esta respuesta y una gama de expectativas respecto a los resultados esperados de esta respuesta.^{7,15,16} Implica entonces que la persona adopte estrategias de afrontamiento.^{7,15,16}

En otras palabras, este modelo explica el proceso por el cual las personas se dan cuenta de una amenaza a su salud, generan respuestas emocionales a la amenaza, formulan representaciones cognitivas de la amenaza, los posibles tratamientos y el

posible plan de acción para enfrentar la amenaza, en la cual, de manera constante se integra un proceso de retroalimentación sobre la eficacia del plan y los resultados obtenidos hasta el momento.^{7,15,16}

La desviación del “sí mismo” usual suele ser el estímulo más común que conduce a la activación de las representaciones.^{7,15,16} La representación de la enfermedad está definida como los modelos mentales sobre la enfermedad, activados en un momento específico o ante cierto estímulo que puede ser interno o externo.^{7,15,16} Esta representación como ya se mencionó es de tipo cognitiva y emocional.^{7,15,16}

Adicionalmente, los prototipos y representaciones cognitivas pueden tener atributos en cinco áreas distintas que interactúan:

1. Identidad: hace referencia a una etiqueta o nombre que la persona emplea para describir la enfermedad, así como los síntomas y condiciones que cree forman parte de la misma.^{7,15,16}
2. Línea de tiempo o curso: percepciones y medidas de inicio, duración y disminución, es decir, cuánto tiempo cree la persona que la enfermedad inició, va a durar y va a declinar.^{7,15,16}
3. Consecuencias: Se refiere a las interrupciones físicas, sociales y cognitivas experimentadas o anticipadas que la persona cree son producto de la enfermedad, en otras palabras, los efectos.^{7,15,16}
4. Causas: Hace referencia a las ideas que tiene la persona sobre el posible origen de la amenaza o enfermedad.^{7,15,16}
5. Control: se refiere a las creencias que tiene la persona del control que posee sobre la amenaza o enfermedad.^{7,15,16}

Cabe agregar que los estímulos para los prototipos o representaciones se perciben y procesan de manera esquemática, es decir, se sienten, se ven, se etiquetan y se conceptualizan.^{7,15,16} Así como se describió, las representaciones se procesan en tres etapas: 1) se activan las representaciones de la enfermedad en la persona, 2) se

plantea una estrategia de afrontamiento, se diseña un plan de acción y se ejecuta, finalmente 3) se produce una continua retroalimentación del proceso.^{7,15,16}

Actualmente se ha adicionado otra dimensión que no forma parte del modelo propuesto, ya que sus autores no la consideran como una de las áreas de la representación de la enfermedad, sin embargo, reconocen su importancia en la cohesión de la representación cognitiva y emocional; por ello los autores del IPQ-B la agregan para su medición, desde la conceptualización del modelo.^{7,15,16}

Esta dimensión es la Coherencia, que se define como la congruencia entre los marcadores percibidos de la enfermedad y las acciones de tratamiento.^{7,15,16}

2.1.4 Substrucción Teórica

Con el fin de unificar estructural y funcionalmente los elementos de las dos teorías empleadas en la presente investigación, se llevó a cabo una substrucción teórica, la cual es un proceso de pensamiento dinámico, que permite a los investigadores identificar los elementos clave de un estudio, determinar las relaciones entre estos elementos y graficar los resultados del proceso en una figura.¹⁷ También este proceso facilita la exposición de las conexiones entre la teoría, el diseño y los elementos operacionales, así como la jerarquización de los mismos.¹⁷

El proceso para llevar a cabo una substrucción teórica se compone de dos elementos un sistema teórico y un sistema operacional.¹⁸ El primero está conformado por 4 pasos esenciales.

1. Identificar y aislar los conceptos o constructos principales del estudio. Los constructos se definen como nociones altamente abstractas que sólo pueden ser definidas parcialmente.¹⁸ Por su parte, los conceptos derivan de los constructos y expresan imágenes mentales del fenómeno estudiado.¹⁹ Además, se pueden identificar variables, que se consideran subconceptos o dimensiones de un contexto particular, derivados de conceptos más globales que permiten explicar mejor las relaciones establecidas en el fenómeno en estudio.¹⁹

2. Especificar las relaciones entre los conceptos y constructos de acuerdo con lo que establecen las bases teóricas de la investigación.¹⁸
3. Ordenar los conceptos y constructos, así como las relaciones de manera jerárquica, de acuerdo a su nivel de abstracción, es decir, a su capacidad de ser parcialmente aislado de manera conceptual.¹⁸
4. Representar pictográficamente las relaciones entre las variables estudiadas.¹⁸

En cuanto al sistema operacional, este relaciona los indicadores empíricos y sus puntuaciones, es decir, la forma de medir los constructos teóricos.²⁰ Estos indicadores comprenden los instrumentos utilizados para la medición de las variables del estudio, es decir, representan la definición operacional de las variables conceptuales.¹⁹

De esta forma, el modelo que se plantea para el desarrollo de la presente investigación comprende el uso de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar propuesta por Ryan y Sawin en el 2009, así como, del Modelo de Sentido Común de la Autorregulación desarrollado por Leventhal y sus colaboradores en el año 1980, actualizada en el 2016. En la Figura 4 se muestra la substrucción teórica desarrollada.

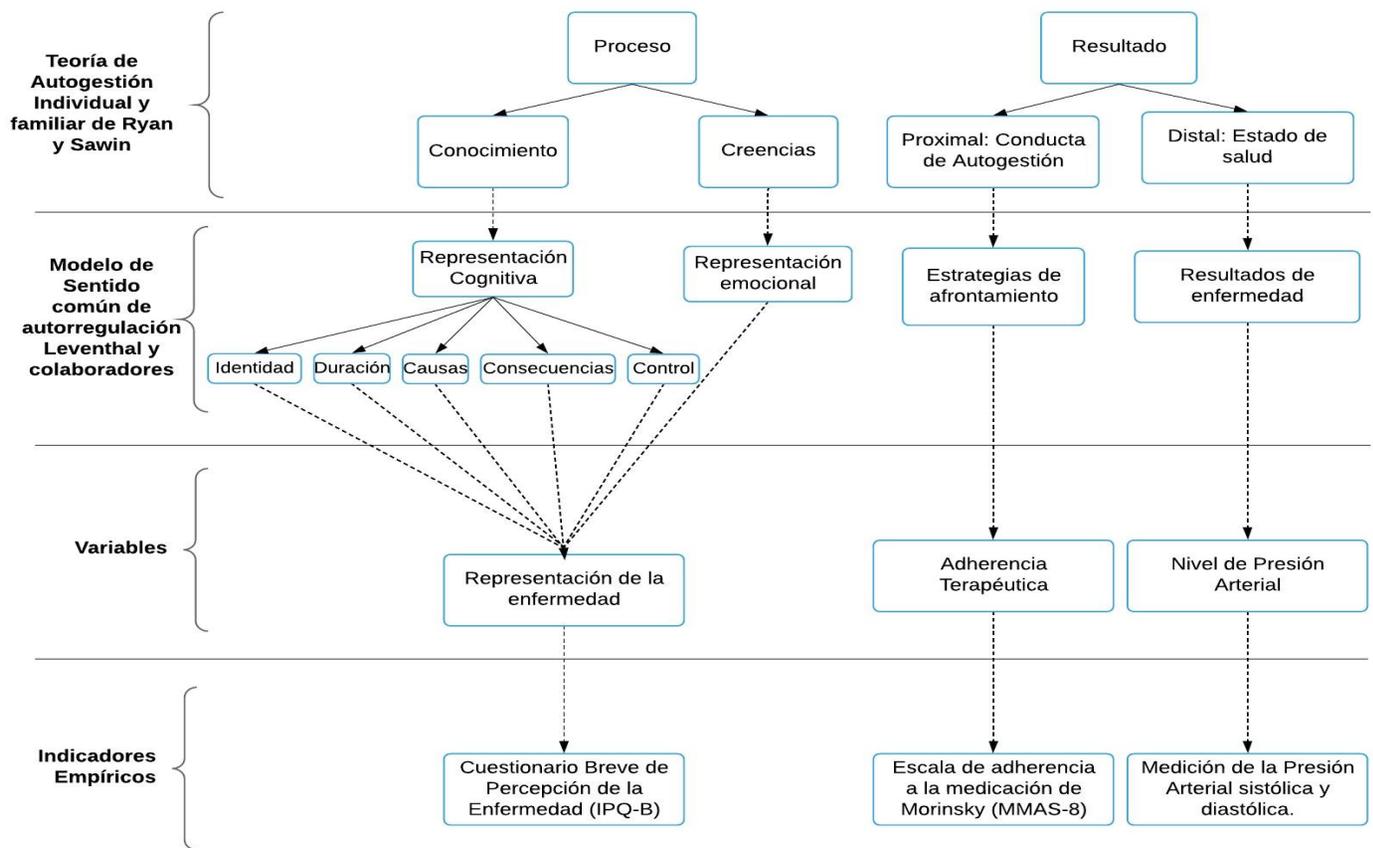
De acuerdo con la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar, la autogestión en personas que presentan HTA está influenciada por un proceso de interacción dinámica entre el conocimiento y las creencias que tiene la persona acerca de su enfermedad, que en relación con el Modelo de Sentido Común de Autorregulación este conocimiento se entiende como la representación cognitiva y las creencias se entienden como la representación emocional.

De esta manera, la representación cognitiva comprende 5 áreas diferentes, las cuales son identidad, duración, causas, consecuencias, y control. Para efectos de la investigación que se llevó a cabo, la representación emocional y cognitiva con sus diferentes áreas se entendieron en conjunto como la representación de la enfermedad.

La variable de representación de la enfermedad se midió con el Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B), el cual elaboraron Broadbent, Petrie, Main y Weinman en el año 2006, a partir del modelo de Leventhal.²¹

Figura 4

Substrucción Teórica



Nota. Representación Gráfica de Substrucción Teórica (Elaboración propia, 2018).

Este comprende las cinco áreas de la representación cognitiva, así como la representación emocional, pero además, añade la coherencia como un elemento con importante impacto sobre la representación de la enfermedad.²¹

A su vez, como describen en su teoría Ryan y Sawin, a partir del proceso de autogestión de la persona descrito anteriormente se derivan resultados proximales de conducta de autogestión, que en este caso corresponden a las estrategias de afrontamiento del modelo de Leventhal; y resultados distales del estado de salud que desde el modelo de Leventhal corresponden a los resultados de la enfermedad.

Siguiendo esa línea, para fines de esta investigación la estrategia de afrontamiento se vió reflejada en la adherencia terapéutica a los medicamentos, la cual se midió por medio de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8). Esta escala permite medir los comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos.²²

La adherencia se determina de acuerdo a la puntuación que obtenga la persona, clasificando como con alta adherencia a las personas con 8 puntos, con adherencia media a quienes obtienen entre 6 y menos de 8 pts y como baja adherencia cuando obtienen menos de 6 pts.²²

Por su parte, el resultado de la enfermedad estudiado es la variable de nivel de presión arterial, la cual se determinó por medio de la medición de la presión arterial sistólica y diastólica, esto a través de una medición indirecta de acuerdo al protocolo establecido en la metodología.

2.2 Marco conceptual

Para fines de la investigación desarrollada resultó necesario definir algunos conceptos de importancia. Entre estos se encuentran el nivel de presión arterial, la hipertensión arterial, su clasificación, causas, consecuencias y tratamiento, así como el concepto de adherencia terapéutica.

2.2.1 Nivel de Presión Arterial

Así, en primer lugar, la presión arterial corresponde a la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes internas de las arterias y se representa como la presión sistólica sobre la presión diastólica, medida en milímetros de mercurio (mmHg).²³⁻²⁵ La presión sistólica representa el nivel máximo, justo después de la contracción ventricular, mientras que la presión diastólica es el nivel mínimo, justo en el momento del llenado ventricular.²³⁻²⁵ La presión arterial normal en una persona adulta es inferior a 120/80mmHg.^{23,24,26}

Por otra parte, la presión arterial de una persona se puede determinar de forma directa, mediante la inserción de un catéter arterial, o de forma indirecta mediante la auscultación y un esfigmomanómetro.^{23-25,27}

2.2.2 Hipertensión Arterial

Ahora bien, como parte de un proceso patológico, esta presión arterial puede verse incrementada por encima de los niveles establecidos por consenso como normales para las personas adultas, como se anotó anteriormente, esta patología se conoce como hipertensión arterial, cuando se han realizado al menos dos mediciones diferentes y de acuerdo al valor de estas se determina que la persona se encuentra en un estadio 1 de HTA (130-139/80-89 mmHg), o un estadio 2 de HTA (igual o mayor de 140/90 mmHg).²⁶⁻²⁹

De esta forma, la hipertensión arterial se clasifica de la siguiente forma:

-Hipertensión arterial primaria o esencial: comprende el 90-95% de los casos de hipertensión arterial, no tiene una causa específica identificable ya que se cree que ocurre a causa de la interacción entre factores genéticos y ambientales.²⁷⁻²⁹ Los factores endógenos que la desencadenan son mutaciones de genes aislados que se heredan, la hiperactividad del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina-aldosterona, la variación en el desarrollo cardiovascular y renal, y el aumento en las concentraciones intracelulares de sodio y calcio.²⁷⁻²⁹

Mientras que los factores ambientales que predisponen a la persona para el desarrollo de la hipertensión arterial son la obesidad, consumo excesivo de sal (cloruro de sodio), alcohol, tabaquismo, uso de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), bajo consumo de potasio, dislipidemia, diabetes y el sedentarismo.²⁷⁻²⁹

-Hipertensión secundaria: comprende el 5-10% restante de los casos de hipertensión arterial y ocurre como consecuencia de otro proceso patológico, es decir, tiene una causa identificable específica, como síndromes genéticos, enfermedades renales, síndrome de Cushing, otros desórdenes endocrinos, coartación de la aorta, hipercalcemia, uso de estrógenos y el uso de ciertos fármacos.^{27,29}

-Hipertensión resistente: cuando no se logra controlar el nivel de presión arterial, a pesar del uso de 3 o más fármacos para este fin.³⁰

Consecuencias. Las principales consecuencias de la HTA son: el desarrollo de enfermedades coronarias e insuficiencia cardíaca, el riesgo de accidente cerebrovascular (ICTUS), así como que puede iniciar y ayudar en la progresión de la enfermedad renal aguda o crónica.³ Además, su aparición puede anteceder e incluso predecir el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.³ Por lo que si se realiza un buen manejo de la hipertensión arterial estas afecciones en la salud se reducirían.³

Tratamiento. El tratamiento de la hipertensión incluye el tratamiento no farmacológico, dentro del que se hallan las modificaciones en el estilo de vida, que permiten reducir las cifras de presión arterial y maximizan la efectividad de los medicamentos. Además, su abordaje suele incluir el tratamiento farmacológico, en el cual va a estar enfocada la presente investigación. Por tanto, se menciona la farmacoterapia de la hipertensión arterial.

El tratamiento antihipertensivo farmacológico está compuesto por diversos grupos de medicamentos, dentro de los que se encuentran^{31,32}:

1. Diuréticos tiazídicos: clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida, metolazona.
2. Diuréticos de asa: Bumetanida, ácido etacrínico, furosemida, torsemida.

3. Diuréticos ahorradores de potasio y antagonistas de la aldosterona: Amilorida, eplerenona, espironolactona, triamtereno.
4. Beta bloqueadores: Acebutolol, atenolol, betaxolol, bisoprolol, carvedilol, labetalol, metoprolol, nadolol, nebivolol, pindolol, propranolol, sotalol.
5. Inhibidores de la ECA: Benazepril, captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril,trandolapril.
6. Bloqueadores del receptor de angiotensina: Candesartán, eprosartán, irbesartán, olmesartán, losartán, telmisartán, valsartán.
7. Inhibidor de la renina: Aliskiren.
8. Bloqueadores de canales de calcio: Dihidropiridina: amlodipina, felodipina, isradipina, nicardipina, nimodipina, nifedipina. Nondihidropiridina: Diltiazem, verapamil.
9. Bloqueadores alfa: Doxazosina, terazosina.
10. Agonistas alfa centrales: Clonidina, metildopa.
11. Vasodilatadores: Hidralazina, minoxidil.

Determinar el tipo de antihipertensivo a utilizar va a depender de los niveles de la presión arterial, las comorbilidades y los factores de riesgo que tenga la persona, tales como el nivel de riesgo cardiovascular, la etnia, la edad entre otros.³¹

El tratamiento de primera línea en la JNC-8 para la población general, incluye los diuréticos tipo tiazida, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), mientras que las tiazidas y los bloqueadores de los canales de calcio son recomendados como primera línea de terapia para la hipertensión en las personas de afro-descendientes.³¹

En Costa Rica los principales grupos de antihipertensivos utilizados por la Caja Costarricense de Seguro social son los diuréticos, β -bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio, IECA, ARA II, los bloqueadores α -adrenérgicos y también son usados la metildopa y los vasodilatadores como la hidralazina.³³

2.2.3 Adherencia Terapéutica a los Medicamentos

La adherencia terapéutica es un comportamiento que está fuertemente conectado a los resultados de salud. Se refiere al éxito de una persona al seguir las recomendaciones del personal de salud, para la prevención y el tratamiento de enfermedades.³⁴ Por su parte, la no adherencia terapéutica se describe como la incapacidad de una persona de seguir estas recomendaciones.³⁴

Con respecto a la adherencia terapéutica a los medicamentos, específicamente, esta se refiere a la toma de la medicación prescrita por el médico tratante, en el tiempo, la dosis y frecuencia establecida, la cual persiste durante el tiempo para el que se prescribió.³⁵

La falta de apego al tratamiento conlleva varios riesgos, entre los que se encuentran recaídas, aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesaria del número de dosis, el cambio de medicamentos con la introducción de otros más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos adversos más agudos.¹¹

2.3 Marco Empírico

En este apartado se hace referencia a una revisión sobre la literatura disponible más actualizada en idioma inglés y español sobre la temática de investigación. Los contenidos se estructuran desde el ámbito mundial, regional (América Latina) y local (Costa Rica), indagando en torno a la hipertensión arterial, la autogestión, la autogestión desde la representación de la enfermedad, la relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica, entre representación de la enfermedad y nivel de presión arterial y entre adherencia terapéutica y el nivel de presión arterial. Este apartado finaliza con una síntesis de los hallazgos más relevantes de la revisión llevada a cabo.

2.3.1 Hipertensión Arterial

Para empezar, resulta necesario contextualizar la situación de la hipertensión arterial tanto en el ámbito internacional como local.

En cuanto al panorama internacional en el 2013, la OMS generó el informe sobre la hipertensión arterial (HTA) en el mundo, señalando que esta patología es uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares, las cuales generan 17 millones de muertes por año.¹ Siendo la HTA la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías.¹

Además, destacan sus principales complicaciones las cuales causan anualmente 9.4 millones de muertes, dentro de las que se encuentran los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, entre otros.¹ Asimismo, el tratamiento de estas complicaciones abarca intervenciones costosas como la cirugía de revascularización miocárdica, la endarterectomía carotídea o la diálisis, que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales.¹

Acorde con lo anterior se menciona que en los países de ingresos bajos y medianos la hipertensión arterial no solo tiene mayor prevalencia, sino que también existe un mayor número de personas con HTA sin diagnóstico, tratamiento ni control de la enfermedad.¹

Se prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada de producción asociada con las enfermedades no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos será de US\$ 7.28 billones, que representa alrededor del 4% de producto interno bruto en esos países, de los cuales el 51% de pérdidas se les atribuiría a las enfermedades cardiovasculares.¹ Por lo tanto, se cree que se deben intensificar los esfuerzos de salud pública para prevenir y controlar estas afecciones.¹

Como aporte a esta investigación el informe brinda una perspectiva mundial del efecto de las enfermedades no transmisibles, dentro de las que se encuentra la hipertensión arterial. Evidenciando así las afectaciones económicas y sociales que se producen y la necesidad de una intervención adecuada de los profesionales en salud.

En cuanto a la hipertensión arterial a nivel de América Latina, se encuentra un estudio mixto descriptivo comparativo, de corte transversal, desde medicina, elaborado en el año 2015 en Argentina por Ofman, Pereyra, Cófreces y Stefani, con el objetivo de identificar, de acuerdo al género, la estructura de las representaciones sociales de la hipertensión arterial que presentaban las personas participantes.³⁶

La muestra fue de 200 personas adultas con diagnóstico médico de hipertensión, bajo tratamiento farmacológico.³⁶ Para la recolección de los datos emplearon el Cuestionario Sociodemográfico y Clínico, la Asociación de palabras de Abric, así como el Cuestionario sobre Creencias de la Hipertensión Arterial.³⁶

Los resultados del estudio revelaron que existe gran influencia de los estereotipos de género en las representaciones sociales de la enfermedad, encontrándose que las mujeres hacen mayor énfasis en factores emocionales y los hombres mayor énfasis en los factores biomédicos.³⁶ Por ello, este estudio proporciona la idea de que existen diferencias en los aspectos considerados como importantes en el manejo de la hipertensión arterial, de acuerdo al género, partiendo de un constructo socio-cultural.

En concordancia con los datos que se registran a nivel mundial, se encuentra que en el 2017 la OMS publicó el monitor de progreso de las enfermedades no transmisibles, en el cual se destaca que en Costa Rica el 83% de muertes se debe a enfermedades no transmisibles, representando un total de 19.000 muertes anuales.⁵

Las cuales constituyen el 11% de muertes prematuras.⁵ Es así que concluyen que al país le falta mejorar en la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, en las restricciones de marketing de las dietas poco saludables para los niños y en el control de la hipertensión arterial.⁵

Aunado a lo anterior, el Ministerio de Salud de Costa Rica realizó en el año 2014 un análisis de situación de salud, dando como resultado que la hipertensión arterial se considera como una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) y es un factor de riesgo para desarrollar otras ECNT.² Plantean que en el 2012 la HTA tuvo

una tasa de mortalidad de 1.7 por cada 10.000 habitantes, siendo la tercera causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.²

A su vez, las enfermedades del aparato circulatorio representaron alrededor del 8% del total de causas de consulta, dentro de estas la hipertensión arterial ocupó el primer lugar y el 2.2% del total de egresos anuales en la CCSS.²

Continuando en el ámbito nacional, en el 2014 la CCSS elaboró un estudio de vigilancia de los factores de riesgo cardiovasculares, cuyo objetivo era determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular conductuales y biológicos en la población adulta, con el propósito de orientar estrategias de intervención en salud pública para la prevención y control de la enfermedad cardiovascular.⁸ La investigación fue de tipo cuantitativo y para la recolección de datos utilizaron una encuesta.⁸

Concluyendo que la HTA diagnosticada presentaba una prevalencia de 31.2%, y la no diagnosticada de 5.0%.⁸ Cabe señalar que la prevalencia de la hipertensión arterial diagnosticada en el sexo masculino fue de 28.2% y en el femenino de 34.2%.⁸ Además, se observó que la prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada aumentó según grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 65 años y más (65.3%).⁸ En relación al tratamiento médico se evidenció que estuvo indicado en el 76.0% de las personas con hipertensión diagnosticada.⁸

Por su parte, en el 2015 el Ministerio de Salud creó un Boletín Estadístico de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Costa Rica, en el cual se indica que en el país la HTA tiene una tasa de incidencia de 297.61/100.000 habitantes, siendo esta similar entre hombres y mujeres, la cual aumenta conforme a la edad después de los 10 años, alcanzando su mayor pico entre los 65 y 69 años al ser de 886.81 por 100.000 habitantes.⁹ Aunado a esto, muestran que la incidencia es mayor en San José presentando una tasa de 600.04/100.000 habitantes.⁹ Cabe recalcar que para fines del presente estudio se identificó una tasa de incidencia de HTA en Tibás de 213.48 / 100.000 habitantes.⁹

Este boletín permitió identificar las cifras de incidencia de la hipertensión arterial a nivel nacional, brindando una aproximación sobre la temática a estudiar, considerando que parece no haber grandes diferencias entre la incidencia según el sexo, empero esta aumenta según la edad y varía de acuerdo al área geográfica del país, existiendo una mayor incidencia en la gran área metropolitana.⁹

El aporte de este estudio para la investigación elaborada radicó en que evidencia que la hipertensión arterial posee una alta prevalencia en la población costarricense. Siendo similar su prevalencia entre el sexo femenino y masculino, y aumentando según la edad.

En cuanto a investigación y datos sobre hipertensión arterial en el país, se encontró que Zumbado-Sánchez y Zumbado-Ulate, en el año 2011, elaboraron un estudio con el objetivo de detectar el comportamiento de la hipertensión arterial en las personas mayores de 15 años que asistieron durante el año 2009 a un consultorio privado en Santa Bárbara de Heredia.³⁷ Para ello emplearon un diseño descriptivo de corte transversal con 1099 personas que presentaban HTA.³⁷

Como resultado de este estudio se obtuvo que conforme aumentaba la edad aumentaba el número de personas que presentaban hipertensión arterial en el país, el 21% presentaba hipertensión arterial diagnosticada anteriormente; el 51% eran hombres y el 58,2% de las personas hipertensas presentaban control adecuado de su nivel de presión arterial.³⁷ Los autores agregan que los datos encontrados se asemejan a los registrados en España en referencia a la edad, el sexo y la prevalencia de la hipertensión arterial.³⁷

Este estudio proporcionó información importante para la investigación desarrollada, en cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial a nivel de Costa Rica y aunado a esto sugiere que no se presentan diferencias por sexo, pero si por edad, en lo cual proporciona una idea de las diferencias en prevalencia por grupo etario. Así también, denota que el enfoque de las investigaciones sobre hipertensión arterial en el país se ha desarrollado, en su mayoría, desde un enfoque biomédico.

De ahí que los diferentes informes e investigaciones que se describieron anteriormente denotan que la HTA es el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, en el ámbito internacional y nacional, la cual presenta una alta prevalencia e incidencia. Dan idea de una diferenciación de acuerdo a aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Además, del impacto económico y social que genera en los diferentes países.

2.3.2 Autogestión en Hipertensión Arterial

Ahora bien, también se indagó sobre los conocimientos existentes disponibles acerca de la autogestión en personas con HTA. Dado que el fenómeno de enfermería que se investigó fue la autogestión resultó pertinente realizar una contextualización de lo investigado recientemente sobre esta temática en específico y sobre las relaciones encontradas con las variables en estudio. Esto desde un enfoque internacional, regional y local.

A nivel internacional la autogestión ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas. En cuanto a la investigación en torno al fenómeno de la autogestión, en el 2011 Pérez desarrolló un artículo cuyo propósito fue proporcionar una revisión integradora de los factores que podían influir en el autocontrol de la hipertensión entre las personas hispanas.³⁸ Este estudio se basó en la búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre 1985 y el 2010.³⁸

Encontrando que el acceso a la atención, la conciencia de la enfermedad, la implementación del tratamiento y la adherencia, los patrones dietéticos, los niveles de aculturación y las barreras de comunicación afectan la autogestión de la hipertensión arterial, por tanto, concluyó que los estudios actuales tenían información limitada sobre los facilitadores para la autogestión.³⁸ Además, que resulta necesario implementar estudios de intervención que evalúen la efectividad de los programas dirigidos a mejorar el manejo de la presión arterial entre las personas hispanas con HTA.³⁸

Por consiguiente, lo mencionado en este estudio parece confirmar que la conciencia de la enfermedad y el abordaje que se le dé a la persona tiene el potencial de afectar la autogestión que esta adquiera para afrontar la enfermedad, específicamente la hipertensión arterial, es por ello que brinda un valioso aporte para el estudio elaborado.

De igual manera, Zabler, Tsai, Fendrich, Cho, Taani y Schiffman en el 2018 realizaron un estudio piloto de ensayo clínico aleatorizado de dos grupos, con una muestra total de 59 participantes, realizándoseles medidas repetidas durante seis meses.³⁹ Cuyo objetivo era probar el efecto de una intervención innovadora de gestión de casos de enfermería ecológica sobre el estrés percibido, la autoeficacia, los comportamientos de autogestión y el estado de salud de personas adultas afroamericanas de bajos ingresos y con enfermedades crónicas.³⁹

Para lo que utilizaron la teoría de Ryan y Sawin sobre la autogestión individual y familiar, siendo su resultado proximal los comportamientos de autogestión en personas con HTA y los resultados distales el estado de salud de la hipertensión arterial, incluyendo la disminución de la presión arterial, el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura.³⁹

Concluyendo que la intervención fue efectiva, especialmente para las conductas de autogestión en personas con HTA y para los resultados distales de disminución de la presión arterial y circunferencia de cintura.³⁹ No obstante, planteó que las investigaciones adicionales requieren un mayor enfoque en las conductas de autogestión, muestras más grandes, examen de resultados distales a lo largo del tiempo y un examen más detallado de otros aspectos de las variables de "Proceso" en la teoría de la autogestión individual y familiar.³⁹

Dado que el anterior estudio emplea la teoría de autogestión individual y familiar, utilizada en esta investigación, permitió observar sus resultados proximales y distales referentes a los efectos de una intervención de hipertensión arterial basados en la educación de la persona, evidenciando la necesidad de más estudios acerca de la autogestión de la misma que permitan un efectivo abordaje.

Por su parte Shahaj, Denny, Schwappach, Pearce, Epiphaniou, Parke, Taylor y Pinnock elaboraron una revisión sistemática en el año 2018, con el objetivo de explorar cómo las personas con hipertensión arterial le daban sentido a su condición, para contribuir a la efectividad del soporte en la autogestión en presencia de hipertensión arterial y para identificar los componentes efectivos de este soporte.⁴⁰

Dentro de los resultados que obtuvieron se encontró que 98 estudios presentaban una metodología cualitativa y 446 cuantitativa, además, sugirieron que el soporte en la autogestión de la hipertensión arterial reduce el nivel de presión arterial sistólica y diastólica.⁴⁰ A su vez, cambiaba las percepciones del significado de los síntomas, lo que permitía que la persona con HTA tuviera mayor confianza en su capacidad de autogestión.⁴⁰

De esta manera, la anterior revisión aportó información sobre la metodología mayormente empleada en la investigación de este fenómeno; también sugirió que es posible estudiar la autogestión de la hipertensión arterial, así como, encontrar relaciones significativas con los niveles de presión arterial.

Siguiendo la línea del estudio anterior, en relación a la construcción de modelos que permiten un avance en las intervenciones enfermeras en el campo de la autogestión, en el año 2014 Grey, Schulman, Knafl y Reynolds elaboraron un artículo cuyo propósito fue actualizar el modelo que previamente habían publicado con un nuevo trabajo empírico, sintético y teórico.⁴¹ Para ello, realizaron una síntesis de estudios previos para actualizar su marco de referencia.⁴¹

A partir de lo cual, concluyeron que su modelo servía como marco de referencia para estudios que buscaban un avance en la investigación sobre la autogestión individual y familiar.⁴¹ Aunado a esto, este nuevo marco permitiría servir de guía en el diseño de estudios que buscaban clarificar con mayor detalle cómo funcionan las intervenciones en la autogestión y bajo qué condiciones lo hacen.⁴¹

Como aporte para esta investigación se destaca que este estudio permitió la identificación de barreras, facilitadores y procesos involucrados en los resultados

esperados en la autogestión individual y familiar, así como las relaciones que existen entre estos.

Por otro lado, en el 2013, Gemmae, Cohn, Solomon, Cortés, Mueller, Kressin, Borzecki, Katz y Bokhour, realizaron una investigación con la cual pretendían comprender las barreras para el autocontrol en personas con hipertensión arterial y comorbilidades.⁴² Para lo cual realizaron entrevistas semi-estructuradas con 48 personas con HTA no controlada y que tuvieran al menos una comorbilidad.⁴²

Logrando identificar cuatro factores que interfirieron con el autocontrol de la hipertensión dentro de los que destacaban la interdependencia con sus comorbilidades, la prioridad baja en comparación con otras condiciones, los conflictos entre las prácticas de autogestión en presencia de hipertensión arterial y las de comorbilidades.⁴² Por último, el manejo de múltiples medicamentos llevó a la confusión y preocupación de las personas acerca de tomar los medicamentos según lo prescrito.⁴²

Los anteriores resultados fueron valiosos, puesto que se planteaba que las personas con HTA que además presentan alguna comorbilidad posiblemente van a tener una autogestión diferente a las personas que solo presentan la hipertensión arterial.

Para finalizar este apartado, se hace una síntesis de lo encontrado sobre el estudio del fenómeno de la Autogestión. A nivel internacional resultó evidente que se ha abordado este tema desde diversas perspectivas, en su mayoría dando cuenta de la utilidad de modelos dirigidos a la autogestión en conductas de salud. Y dejó implícita su relevancia en las diferentes áreas de acción del profesional en enfermería, no sólo en la investigación, sino también en el cuidado que se les proporciona a las personas.

Asimismo, se han ejecutado abordajes de la hipertensión arterial desde la teoría de Autogestión individual y familiar, utilizada en esta investigación. Más aún se halló que las intervenciones desde la autogestión pueden resultar efectivas en el control de la presión arterial. También, resaltó el planteamiento de que la presencia de

comorbilidades en la persona con HTA tiene la capacidad de modificar la autogestión.

Ahora bien, pese a que no se encontraron investigaciones que abordaran la autogestión desde la representación de la enfermedad, sin embargo, resaltó el reconocimiento de una posible interacción entre la conciencia y conocimientos sobre la hipertensión arterial y la autogestión. Por su parte, en América Latina y Costa Rica se evidenció un vacío en cuanto a estudios que indaguen sobre la autogestión en personas con hipertensión arterial. Lo que resaltó la necesidad de analizar este fenómeno en América Latina.

2.3.3 Autogestión y Representación de la Enfermedad

Continuando con la temática de la autogestión se destacó el abordaje de esta desde la representación de la enfermedad. En consonancia con lo anterior, en el 2015 Godoy publicó su tesis doctoral cuyo objetivo fue comprobar los postulados básicos del Modelo de Autorregulación de Leventhal y colaboradores en la población general sana española.⁴³ Para lo cual realizó 4 estudios transversales utilizando el Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B).⁴³

Obteniendo resultados que mostraron que las representaciones sobre ambas enfermedades son una mezcla de elementos cercanos al conocimiento médico objetivo y otros de tipo cultural.⁴³ Además, identificó que la experiencia familiar ejerció una notable influencia en las representaciones que la población sana construye sobre el cáncer y la hipertensión arterial.⁴³

De modo que contempló que las representaciones emocionales y cognitivas que esta población construye sobre la enfermedad determinaron su afrontamiento de los riesgos y la puesta en marcha de conductas de protección y prevención, incidiendo así en su salud, bienestar y calidad de vida.⁴³

El aporte que brindaron estos resultados es que presentaron los efectos de las representaciones emocionales y cognitivas en la persona, que le permiten adquirir ciertos comportamientos positivos o negativos referentes al manejo de la hipertensión

arterial, lo cual lograron comprobar con una de las teorías que se utiliza en la investigación desarrollada.

Por su parte, Wang, Lang, Xuan, Li y Zhang realizaron un estudio cuantitativo, correlacional y transversal en el 2017 con el objetivo de examinar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas con HTA, la alfabetización en salud y la eficacia de la autogestión, así como, la forma en que afectaban a la CVRS.⁴⁴ Con el fin de proporcionar una referencia teórica para la mejora de la misma en las personas con hipertensión arterial en zonas menos desarrolladas, para lo que utilizaron una muestra de 882 personas.⁴⁴

Como resultados obtuvieron que la edad, el nivel de educación, la eficacia de la autogestión y los conocimientos sobre la salud se relacionaron significativamente con la CVRS.⁴⁴ Por lo que se reconoció necesario que los profesionales que trabajan con las personas con HTA sean conscientes de esta asociación ayudando a evitar las complicaciones derivadas.⁴⁴

Se consideró que aportó para la presente investigación, ya que planteó que los conocimientos sobre la salud y la eficacia de autogestión afectaban a la CVRS en las personas con hipertensión arterial, asimismo se destacó como una barrera para el conocimiento el analfabetismo de la persona.

Mientras tanto, a nivel de Costa Rica, García y Pinto con su tesis del año 2017 pretendieron determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en personas adultas con esta patología que acudieron a la consulta ambulatoria del Hospital Cayetano Heredia.⁴⁵ El estudio realizado fue cuantitativo, descriptivo y transversal, para el que utilizaron como instrumento de recolección de datos un cuestionario sobre nivel de conocimiento de hipertensión arterial y contó con una muestra de 200 personas entre los 20 y 65 años.⁴⁵

Esta tesis aportó una perspectiva del conocimiento de las personas habitantes de Costa Rica sobre la hipertensión arterial.⁴⁵ Sus resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y los valores que lo definen es bajo y que la mayoría desconoce sus factores de riesgo.⁴⁵ Asimismo, el nivel educativo influyó

en el conocimiento sobre la hipertensión arterial, además se evidenció que a mayor grado educativo había mejor nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial.⁴⁵

De manera que se infirió que la autogestión de la hipertensión arterial ha sido escasamente investigada desde un enfoque de la representación de la enfermedad, no sólo a nivel de América Latina, sino también en el campo internacional. Sin embargo, en los estudios descritos se ha encontrado evidencia del impacto de la representación de la enfermedad sobre la autogestión en personas con hipertensión arterial.

2.3.4 Representación de la Enfermedad y Adherencia Terapéutica

Pese a que, como se describió anteriormente, los abordajes sobre autogestión y representación de la enfermedad son escasos, este último ha sido ampliamente investigado en relación con la adherencia terapéutica. Acerca de esta relación en el 2014, Zurera, Caballero y Ruiz presentaron un estudio cualitativo con diseño fenomenológico y de corte transversal.⁴⁶

Utilizaron entrevistas semi-estructuradas como técnica de recolección de información ⁴⁶. El propósito de este estudio fue conocer las motivaciones personales, que intervenían en la modificación de los hábitos, adherencia y conocimiento de la enfermedad, en un grupo de personas con HTA.⁴⁶

De donde resultó que las emociones y sentimientos cambiaban cuando la persona aumentaba su conocimiento.⁴⁶ Además, se comprobó que existían una serie de factores que influían en el régimen terapéutico dependiendo si la persona tenía adherencia o no, dentro de los que se encontraba la percepción propia, la relación con el equipo de salud, la falta de voluntad y la economía.⁴⁶ No obstante, no lograron determinar que una mejora en el conocimiento de la enfermedad, así como sus causas, riesgos, entre otros, implicaba una mejora significativa en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.⁴⁶

Este estudio resultó útil para la presente investigación, pese a que no se logró evidenciar una mejora en la adherencia terapéutica a causa del aumento del

conocimiento, si se comprobó la existencia de factores que pueden influir en la adherencia, dentro de los que se encontraba la percepción propia.

En contraste con los resultados de la investigación anterior, en el año 2012, Lebrón presentó su tesis para el posgrado en medicina en administración pública, con el objetivo de explorar la adherencia a los medicamentos en las personas adultas mayores, en el contexto del régimen, efectividad, manejo, efectos adversos y costos de la medicación.⁴⁷ Desarrolló un estudio cualitativo descriptivo, con una muestra de 26 personas adultas mayores entre los 65 y 80 años.⁴⁷

Posterior al análisis el autor encontró que la percepción del tratamiento, las creencias y el conocimiento sobre la enfermedad, la comprensión del tratamiento prescrito, las preferencias del manejo de la medicación y el soporte familiar estaban relacionados con la adherencia terapéutica farmacológica.⁴⁷ Y que el conocimiento sobre los efectos adversos, la tolerancia a la medicación y la falta de cobertura en la prescripción estaban relacionados con la no adherencia a los medicamentos.⁴⁷

Para fines de la investigación que se realizó, este estudio ofreció indicios de la posible existencia de una relación entre la percepción de la enfermedad y la adherencia a los medicamentos en personas con HTA, ya que, indicó que el conocimiento que tenía una persona acerca de su enfermedad tenía influencia sobre su adherencia terapéutica, pero, además, denotó que pueden existir particularidades de acuerdo al grupo etario que se analiza.

Desde otro enfoque, Chen, Tsai y Chou en el año 2011 desarrollaron una investigación con el propósito de poner a prueba un modelo hipotético de las relaciones entre la representación de la enfermedad, la adherencia a los medicamentos y las recomendaciones de autogestión, de personas con HTA, basado en suposiciones teóricas del Modelo del Sentido Común.⁴⁸

Para ello emplearon un diseño cuantitativo correlacional, de corte transversal, en el cual analizaron datos de 355 personas con diagnóstico médico de hipertensión arterial, bajo tratamiento con antihipertensivos.⁴⁸ A través del Cuestionario Revisado

de Percepción de la Enfermedad (IPQ-R), el Inventario de Adherencia a la Medicación y el Inventario de Adherencia a la Autogestión.⁴⁸

Los resultados de este estudio mostraron que el componente de la identidad en la representación de la enfermedad podía ejercer influencia directa sobre la adherencia a los medicamentos, o afectar de manera indirecta por medio del componente de control de la enfermedad y la causa.⁴⁸ Asimismo, el componente de causa de la enfermedad ejercía influencia directa sobre la adherencia a los medicamentos.⁴⁸

Por su parte, el componente del control de la enfermedad también afectaba directamente la adherencia a los medicamentos, pero, además, ejercía influencia sobre la autogestión.⁴⁸ Sin embargo, en el estudio no se encontró ninguna relación con el nivel de presión arterial sistólica, la edad, las comorbilidades y el número de medicamentos.⁴⁸

En esta investigación pese a que se difirió con lo encontrado en otros estudios, sus últimos resultados también ofrecieron indicios de la posibilidad de una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica a los medicamentos en personas con hipertensión arterial, y mostraron la relevancia del estudio del fenómeno de enfermería de la autogestión desde la representación de la enfermedad.

Igualmente, Hsiao, Chang y Chen desde un enfoque médico plantearon en el año 2012 un estudio cuantitativo, correlacional, transversal, con el propósito de indagar las representaciones de la enfermedad de personas con hipertensión arterial, y cómo estaban relacionados con la adherencia a los medicamentos.⁴⁹ La muestra fue de 117 personas mayores de 20 años, con diagnóstico médico de hipertensión arterial y bajo tratamiento farmacológico.⁴⁹ La recolección de los datos se realizó mediante el Cuestionario Revisado de Percepción de la Enfermedad y el Cuestionario de Adherencia a los Medicamentos en Hipertensión.⁴⁹

Los resultados sugirieron que las personas con representaciones de la enfermedad más positivas presentaron mayor adherencia a los medicamentos,

mientras que las personas con representaciones de la enfermedad más negativas tenían menor adherencia a los medicamentos.⁴⁹ Además, no se encontraron diferencias por nivel educativo, sexo, edad o comorbilidades.⁴⁹

Esta investigación dió cuenta de un tipo de metodología bastante usado en el estudio de estos fenómenos, pero, además, resaltó la posibilidad de una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia a los medicamentos, con direccionalidad en la relación, a diferencia de la mayoría de los estudios encontrados sobre esta temática.

Algo semejante planteó Kucukarslan en el año 2012 con la revisión narrativa que realizó, desde un enfoque de farmacia, con el objetivo de indagar respecto a las publicaciones que evaluaban el impacto de la representación de la enfermedad, desde el Modelo de Sentido Común, sobre la adherencia a los medicamentos.⁵⁰

A partir de esta revisión se identificaron estudios que relacionaban la representación de la enfermedad y la adherencia medicamentosa, en los cuales se sugirió que todos los componentes de la representación, a excepción de la coherencia, se encontraban relacionados directamente con la adherencia a los medicamentos.⁵⁰

La autora terminó recomendando el empleo de estudios longitudinales, en la búsqueda de relaciones causales entre estas variables, estudiar las experiencias tempranas con la enfermedad, incluir en la muestra personas no adherentes, emplear métodos de medición de la adherencia clínicos y no de auto-reporte e incluir la cultura y la edad como variables relevantes.⁵⁰

Si bien no se trató de una investigación, esta revisión proporcionó una base del conocimiento existente sobre estos fenómenos y la posibilidad de una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica a los medicamentos; pero también dió cuenta de recomendaciones que pueden ser de gran utilidad para obtener mejores resultados en los estudios venideros.

De igual modo en el 2016 Jankowska, Uchmanowicz, Dudek y Mazur realizaron una investigación cuantitativa, correlacional, de corte transversal, con el objetivo de investigar la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial,

su manejo, y la adherencia al tratamiento farmacológico.⁵¹ Para lo cual utilizaron la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky (MMAS-8) de 8 ítems y la Escala de Nivel de Conocimiento de Hipertensión (HK-LS) y contó con una muestra de 233 personas diagnosticadas con HTA.⁵¹

Obtuvieron que el 63% de los pacientes tenían un bajo nivel de conocimiento sobre la HTA, con la menor proporción de respuestas correctas proporcionadas para los artículos relacionados con el tratamiento no farmacológico, la dieta, la definición de hipertensión y la adherencia al fármaco.⁵¹ Cuando se compararon con personas con un alto nivel de conocimiento, aquellos con un bajo conocimiento tuvieron puntuaciones más bajas en el MMAS (6.45 ± 1.45 vs 7.08 ± 1.04 ; $p = 0.038$).⁵¹

Estos resultados aportaron a la presente investigación, ya que lograron determinar que las personas usuarias mostraban un bajo nivel de conocimiento sobre la definición, el tratamiento y las complicaciones de la hipertensión arterial, asimismo, en el estudio se confirmó que las personas con un alto nivel de conocimiento también tenían una mejor adherencia a la medicación.

Mientras tanto, empleando otro enfoque, Al-Noumani en el 2016 desarrolló su tesis de doctorado en Enfermería, la cual tenía como objetivo examinar la relación entre las creencias acerca de la necesidad y las preocupaciones en torno a la medicación, creencias sobre la hipertensión arterial, así como autoeficacia y adherencia a los medicamentos.⁵² Para ello hizo uso del Modelo de Creencias en Salud.⁵²

Realizó el estudio de tipo cuantitativo correlacional, transversal, en el cual recolectó datos de 215 personas mayores de 21 años, con diagnóstico médico de hipertensión mayor a 1 año y bajo tratamiento con medicamentos antihipertensivos.⁵² Para ello empleó el test MMAS-8, el Cuestionario Específico de Creencias sobre Medicamentos (BMQ-S), el IPQ-B y la Escala Revisada de Autoeficacia en Adherencia a la Medicación (MASSES-R).⁵²

Dentro de los resultados que obtuvo se encontró que las personas con creencias más fuertes acerca de la necesidad de los medicamentos antihipertensivos,

menores preocupaciones respecto a la medicación y mayor autoeficacia concerniente a la adherencia a los medicamentos, estaban asociados con una mayor adherencia terapéutica a los medicamentos.⁵²

Este estudio dió cuenta de la influencia que pueden tener las creencias de las personas entorno a su enfermedad y medicamentos, así como sobre la adherencia terapéutica que presentaban, por ello, su relevancia para la investigación que se llevó a cabo. Además, utilizó un modelo de psicología para explicar el fenómeno que investiga, desde enfermería.

Para finalizar la descripción de los estudios a nivel internacional, Saarti, Hajj, Karam, Jabbour, Sarkis, El Osta y Khabbaz en el 2016 diseñaron una investigación con el propósito de examinar la asociación entre la adherencia a los medicamentos, la satisfacción con el tratamiento y la representación de la enfermedad en personas con hipertensión arterial en Líbano, así como la relación entre la adherencia a los medicamentos y el nivel de presión arterial.⁵³

El estudio fue de tipo observacional correlacional, de corte transversal, se tomaron datos de 117 personas mayores de 18 años, con diagnóstico médico de hipertensión arterial, bajo tratamiento farmacológico.⁵³ Para la recolección de los datos utilizaron el test MMAS-8, el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento Farmacológico (TSQM.4), y el IPQ-B.⁵³

Dentro de los resultados del estudio se encontraron que el 29.1% presentaba una baja adherencia a los medicamentos, las personas con mayor adherencia terapéutica tenían un nivel de presión más controlado, las personas que tenían mayor satisfacción con el tratamiento presentaban una mejor adherencia.⁵³

Además, ninguna de las variables sociodemográficas estaba asociada con la adherencia terapéutica a los medicamentos.⁵³ Por otra parte, no se encontró una relación significativa entre la representación de la enfermedad y la adherencia a los medicamentos, pero si entre esta última y el nivel de presión arterial.⁵³

Este estudio proporcionó información sobre algunos de los instrumentos utilizados en la investigación de esta temática, así también, evidenció indicios de la

posibilidad de que no exista una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica a los medicamentos. Y a su vez indicó la posibilidad de que exista una relación entre la adherencia terapéutica a los medicamentos y el nivel de presión arterial en personas con hipertensión arterial y sugirió, finalmente, la necesidad de más investigaciones en el campo, desde otro enfoque.

En cuanto a la investigación de esta temática en América Latina, Padilla en el 2007 presentó su tesis de posgrado de medicina en salud pública, en Cuba, la cual tenía como objetivo conocer la influencia de la representación de la enfermedad y del tratamiento en las personas usuarias con hipertensión arterial para la adherencia al tratamiento antihipertensivo.⁵⁴

Elaboró un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal, en el cual recolectó datos de 153 personas mayores de 18 años, con diagnóstico médico de hipertensión arterial, a través del test MMAS-4, el IPQ-B y el Cuestionario de Creencias acerca de la Medicación (BMQ).⁵⁴

Como resultado del estudio se encontró que el 45,8% de las personas eran adherentes y el 54,2% eran no adherentes; las personas no adherentes tenían representaciones emocionales más fuertes.⁵⁴ Además, se encontró correlación entre la edad y la percepción del tratamiento, las personas adherentes tenían mayores puntajes en la necesidad del tratamiento y las personas no adherentes presentaban mayor preocupación al tratamiento.⁵⁴

Y concluyó finalmente, que la edad, los factores emocionales relacionados a la representación de la enfermedad, la comprensión de la enfermedad y las creencias acerca del tratamiento estaban fuertemente relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.⁵⁴

Este estudio ofreció información sobre algunos tipos de instrumentos utilizados en América Latina para la medición de la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica a los medicamentos, así también, probó que se han encontrado relaciones entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica a los medicamentos en personas con hipertensión arterial.

Asimismo, en el año 2014 Ruíz presentó su tesis de posgrado en Medicina Familiar, cuyo objetivo era determinar el grado de adherencia terapéutica en personas diagnosticadas con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar en Veracruz, México.⁵⁵ Para ello, elaboró un estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal, que incluyó 231 personas adultas entre los 30 y 50 años de edad, con diagnóstico médico de hipertensión arterial, bajo tratamiento farmacológico, para valorar la adherencia terapéutica empleó el cuestionario MBG.⁵⁵

A partir de esto, encontró que el 61% de las personas eran hombres, con una edad promedio de 44 años, el 78% se encontraban empleadas, el 48% tenían un nivel educativo de secundaria y el 11% era no adherente al tratamiento farmacológico, el 88% presentaba una adherencia parcial al tratamiento farmacológico, tan sólo el 1% tenía una adherencia total, además no encontró diferencias por sexo.⁵⁵

Este estudio proporcionó información útil para los criterios de inclusión y exclusión, además, propuso otra clasificación para la adherencia terapéutica, así como uno de los cuestionarios utilizados para la medición de la adherencia terapéutica en investigación a nivel de América Latina y sugirió que es necesario que se lleven a cabo investigaciones sobre la relación entre los conocimientos de la enfermedad y la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica.

Para condensar lo descrito en este apartado, a pesar de que algunos estudios no han logrado establecer una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica a los medicamentos, se encontraron una cantidad considerablemente mayor de investigaciones que sí lograron establecer una relación positiva entre estas dos variables.

Además, cabe destacar que en muchos de estos estudios utilizaron los instrumentos de recolección de datos que se emplearon en esta investigación, como lo es el IPQ-B, y el MMAS-8. Así también, un abordaje desde el modelo del Sentido Común de Autorregulación.

Asimismo, brindó una idea de los criterios de inclusión y exclusión que se utilizan más comúnmente en torno a la investigación de estos fenómenos, lo cual fue

de gran interés para la justificación de los mismos en el estudio elaborado. A su vez, resulta necesario destacar que, pese a que la investigación en torno a esta temática es muy amplia a nivel internacional, a nivel de América Latina es escasa y en el caso específico de Costa Rica resulta nula.

2.3.5 Representación de la Enfermedad y Nivel de Presión Arterial

Siguiendo con la representación de la enfermedad, pero en este apartado con énfasis en su relación con resultados más distales de la autogestión en la hipertensión arterial, como lo es el nivel de presión arterial. En el 2008 Hekler, Lambert, Leventhal, Leventhal, Jahn y Contrada realizaron una investigación cuantitativa, correlacional y transversal.⁵⁶ En la cual 102 participantes fueron entrevistados acerca de sus creencias en relación con la hipertensión y su autogestión, de acuerdo con el modelo del Sentido Común de la Autorregulación, de Leventhal.⁵⁶

Esto con el objetivo de describir e interpretar modelos de hipertensión arterial en una muestra de personas exclusivamente afroamericanas y relacionar los modelos de control de la adherencia y la presión arterial.⁵⁶ Evaluando la adherencia a la medicación, las conductas para reducir el estrés y los hábitos de vida recomendados para el control de la presión arterial, además midieron la presión arterial en el momento de la entrevista.⁵⁶

Como aporte del estudio a la presente investigación, la edad avanzada se asoció con una mayor adherencia a la medicación, a su vez el género y el número de años con hipertensión no se asociaron con creencias, conductas o con el nivel de la presión arterial y se evidenció la utilidad del modelo de sentido común para comprender las conductas de manejo de la enfermedad de las personas.

En definitiva, es evidente que la investigación sobre la relación entre la representación de la enfermedad y el nivel de presión arterial es muy limitada, desde el ámbito internacional hasta en Costa Rica y que el único estudio encontrado no logró establecer una relación entre ambas variables.

2.3.6 Adherencia Terapéutica y Nivel de Presión Arterial

Por otra parte, en lo que respecta a la adherencia terapéutica y su relación con el nivel de presión arterial, a nivel internacional, específicamente en China, desde enfermería, Yang, Winslow, Taylor y Pothier elaboraron un estudio cuantitativo correlacional de corte transversal en el año 2017, cuyo propósito era examinar las asociaciones existentes en el nivel de presión arterial, las características personales de los individuos, las características de la enfermedad, la representación de la enfermedad y de la medicación, así como la autorregulación respecto a la adherencia, en personas adultas que presentaban HTA, residentes de una zona rural en China.⁵⁷

Para ello utilizaron el IPQ-B, validado para China, el Inventario de Adherencia a la Medicación y el Inventario de Adherencia a la Autogestión, a través de los cuales recolectaron datos de 163 personas adultas mayores de 18 años, con diagnóstico médico de hipertensión arterial, con tratamiento farmacológico para la misma, que no presentaban comorbilidades, con un muestreo no probabilístico.⁵⁷ Además, emplearon la regresión lineal jerárquica para evaluar las asociaciones entre las variables.⁵⁷

Como resultado de este estudio no se encontró asociación entre ninguna de las variables analizadas y el nivel de presión arterial, lo que de acuerdo con los autores sugirió que posiblemente la representación de la enfermedad y el nivel de presión arterial no están relacionados, ya que, argumentaron que no necesariamente una mejor representación de la enfermedad indica mejores resultados en el control de la misma.⁵⁷

Ahora, para fines de la investigación que se llevó a cabo, este estudio proveyó información sobre algunos de los criterios de inclusión y exclusión utilizados a nivel internacional para indagar sobre la relación entre la adherencia terapéutica y el nivel de presión arterial, así como del diseño empleado. También, indicó que existe la posibilidad de que esta relación no exista, asimismo, dió la idea de que se requiere mayor investigación en este tema.

En contraste con los resultados de la investigación anterior, Zabihi, Ashktorab, Banaderakhshan y Zaeri en el año 2012 elaboraron un estudio descriptivo con el propósito de determinar la tasa de adherencia a regímenes terapéuticos y sus factores relacionados en usuarios ambulatorios con HTA admitidos en hospitales universitarios afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Urmia, Irán.⁵⁸

La muestra fue de 120 personas adultas entre los 40-60 años con diagnóstico médico de hipertensión arterial, que se encontraban bajo tratamiento farmacológico, y que no presentaban comorbilidades.⁵⁸ Los datos fueron recolectados por medio de la Escala de Cumplimiento de la Terapia para la Presión Arterial Alta de Hill-Bone.⁵⁸

Los resultados del estudio mostraron que la adherencia a los medicamentos fue de 94.77% y que existió una relación significativa entre la adherencia a los medicamentos y el nivel socioeconómico, número de medicamentos que se consumen y la frecuencia con que se controlaba el nivel de presión arterial.⁵⁸ Los autores concluyeron que la adherencia a los medicamentos era un factor determinante para el nivel de presión arterial.⁵⁸

Este estudio reveló la posibilidad de una relación entre la adherencia a los medicamentos y el nivel de presión arterial, así como con factores socioeconómicos en personas con hipertensión arterial. Sin embargo, sus resultados en adherencia terapéutica discreparon de otras investigaciones en el campo. Finalmente, sugirió que es necesario incluir rangos de edad más amplios para el estudio de este fenómeno.

En cuanto al estudio de esta temática en América Latina se encontró que, en el año 2015, Chacón, Sandoval, Muñoz y Romero elaboraron un estudio desde medicina, con el propósito de evaluar el control de la presión arterial y adherencia a los medicamentos en personas con hipertensión arterial seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) y su asociación con factores clínicos, socioeconómicos y psicosociales.⁵⁹ El estudio fue de tipo longitudinal, de cohorte, con 1794 personas mayores de 20 años, con diagnóstico médico de hipertensión arterial.⁵⁹

Como resultados de este estudio se obtuvo que el 56.5% tenían una presión arterial controlada, el 37.3% eran adherentes al tratamiento farmacológico, sin

embargo, no se encontró una relación significativa entre ambas variables.⁵⁹ Además, encontraron que la edad, el sexo, el bajo ingreso familiar, el alto nivel de estrés emocional y una inadecuada relación médico-paciente, estaban asociados a la no adherencia a los medicamentos y el no control de la presión arterial.⁵⁹

Este estudio aporta la posibilidad de que no exista una relación entre la adherencia terapéutica y el nivel de presión arterial, aunque también indica que puede ser necesario utilizar otro enfoque y metodología para el análisis de la temática. Asimismo, sugiere una relación entre algunas variables sociodemográficas importantes a tomar en cuenta en el estudio que se elaboró.

Por el contrario, Noack, Cornejo, Noack y Castillo, en el 2014, desarrollaron una investigación desde medicina, cuyo propósito era determinar la adherencia al tratamiento farmacológico de un grupo de personas con hipertensión arterial en control en el consultorio del Hospital Comunitario de Yungay.⁶⁰ Para ello, desarrollaron un estudio descriptivo prospectivo, con 74 personas, que presentaban un diagnóstico médico de hipertensión arterial y para la recolección de los datos utilizó el Test de Morisky-Green.⁶⁰

De este estudio resultó que el 70.3% eran mujeres, la edad promedio fue de 65 años, el 51% tenía una escolaridad básica incompleta, sólo el 45.9% era adherente a la pauta terapéutica medicamentosa, un 47.9% presentaba un nivel de presión arterial controlado.⁶⁰ Concluyeron que la falta de adherencia al tratamiento estaba relacionada con el mal control de la presión arterial.⁶⁰

Para el propósito de la investigación realizada, este estudio aportó información no sólo sobre la baja adherencia terapéutica a los medicamentos que se suele presentar en personas con hipertensión arterial a nivel mundial, sino que además sugirió una posible relación entre el nivel educativo y la adherencia terapéutica. Así también, el estudio resultó relevante puesto que encontró una relación entre la adherencia a los medicamentos y el nivel de presión arterial.

Finalmente, en cuanto al abordaje de esta temática en Costa Rica, lo más cercano que se logró encontrar es una investigación de tipo cuantitativa, correlacional

y transversal, de Arce y Monge en el 2009, desarrollada en la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica.⁶¹ Cuyo objetivo era buscar relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el género, condiciones socio-demográficas y la relación con el médico en el personal de una universidad a distancia.⁶¹ Para lo cual utilizaron el Cuestionario de Evaluación de Adherencia Terapéutica adaptado de la Prueba de Morisky y del cuestionario Martín-Bayarre-Grau.⁶¹

El análisis estadístico indicó que no habían diferencias de importancia debidas al género en la adherencia terapéutica; otro rasgo a destacar es que las personas tuvieron altos conocimientos en cuanto a medidas de control de la hipertensión como lo son: dieta, ejercicio, control médico y la importancia del tratamiento.⁶¹

Por tanto, para la presente investigación permitió considerar que la adherencia terapéutica no se veía influenciada por el género, y se podía inferir que un alto grado académico en la población estudiada podría favorecer un mayor conocimiento acerca de la hipertensión arterial.

En esa misma línea, otra investigación más reciente de tipo cuantitativa con una muestra de 65 personas entre los 35 y 65 años, residentes del gran área metropolitana, desarrollada por Arce, Reyes, Venegas, Cantillo y Guadamuz, como parte de un seminario para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica, en el 2018. Esta tuvo como propósito analizar la adherencia terapéutica en personas con enfermedad cardiovascular, entre estas HTA, que asistían a grupos comunitarios de adultos desde la Teoría de Autogestión Individual y Familiar.⁶²

Como parte de los resultados, encontraron que la mayoría de las personas se encontraban en ventaja para desarrollar comportamientos de adherencia terapéutica, con más de la mitad expresando un nivel alto de adherencia.⁶² Así mismo que los factores socioeconómicos y relacionados con el proveedor de servicios de salud contribuyeron en mayor medida en el desarrollo de comportamientos no adherentes.

Dicha investigación provee un acercamiento al nivel de adherencia observado en una muestra de personas costarricenses, así como algunos de los factores que parecen mostrar influencia en este, sin embargo, de la misma manera que el estudio anterior tampoco buscó una relación con el nivel de presión arterial.

En consecuencia, no se encontraron resultados que permitan concluir si existe o no una relación entre la adherencia terapéutica a la medicación y el nivel de presión arterial, sin embargo, cabe destacar que los estudios que indagan sobre esta temática son escasos tanto a nivel nacional como en América Latina. En Costa Rica, sólo se encontraron un par de artículos que abordaban la adherencia terapéutica a los medicamentos antihipertensivos, pero estos no contemplaban una relación con el nivel de presión arterial.

2.3.7 Síntesis de Marco Empírico

Como resultado de la revisión de la literatura más actualizada referente a la temática de estudio, se evidencia que:

- La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en el mundo, con una alta incidencia y prevalencia.
- La autogestión de personas con hipertensión arterial ha sido muy estudiada a nivel internacional, sin embargo, los estudios a nivel nacional son escasos.
- Relevancia del empleo de modelos o teorías en autogestión para el abordaje de las personas que presentan hipertensión arterial, no sólo desde la enfermería sino desde diversas áreas de la salud.
- La utilidad de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar, de Ryan y Sawin, para el abordaje en intervenciones de enfermería y la necesidad del empleo de esta teoría en la investigación de diversas aristas de este fenómeno en enfermería.

- La presencia de comorbilidades en la persona puede modificar la autogestión de la hipertensión arterial. Por ello, la necesidad de tomarlo en cuenta al realizar estudios sobre este fenómeno, especialmente en los resultados.
- A nivel internacional no se encontró evidencia de investigaciones que aborden la Autogestión de la hipertensión arterial desde la representación de la enfermedad propuesta por Leventhal y colaboradores. No obstante, se infirió una posible interacción entre el conocimiento y conciencia sobre la HTA, y la autogestión.
- En América Latina y Costa Rica se evidenció un vacío en cuanto a estudios que indaguen sobre la autogestión en hipertensión arterial. Lo que resaltó la necesidad de analizar este fenómeno a nivel nacional.
- Pese a que se encontraron algunos estudios que no lograron establecer una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica, se hallaron también, una mayor cantidad de estudios que respaldaron la relación. Por lo que resulta necesario realizar más investigaciones para determinar si existe o no una relación significativa entre ambas variables.
- Los instrumentos IPQ-B y test de Morisky-8 han sido ampliamente utilizados en diversas investigaciones para el estudio de la temática de representación de la enfermedad y adherencia terapéutica a los medicamentos, respectivamente.
- Algunas investigaciones hicieron uso del modelo del Sentido Común de Autorregulación.
- Los criterios de inclusión más utilizados fueron: diagnóstico médico de hipertensión arterial, personas adultas y con tratamiento farmacológico.
- Los criterios de exclusión más utilizados fueron: la presencia de comorbilidades y discapacidades cognitivas, así como el analfabetismo.
- En algunas investigaciones se encontró que las características sociodemográficas ejercían influencia sobre las variables de estudio, sin embargo, en otras no fue así.

- La investigación de la relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica a nivel internacional es bastante amplia, sin embargo, a nivel de América Latina y Costa Rica esta resultó escasa o nula.
- Existe un gran vacío en el estudio de la relación de la representación de la enfermedad y el nivel de presión arterial no sólo a nivel de Costa Rica, sino también en el ámbito internacional.
- En cuanto a la adherencia terapéutica y su relación con el nivel de presión arterial no se encontró evidencia concluyente, y los estudios disponibles al respecto son muy limitados en Costa Rica y a nivel internacional.
- De acuerdo a la evidencia más actualizada disponible, el estudio realizado fue único a nivel nacional e internacional, en cuanto al enfoque de enfermería y las variables involucradas.
- La gran mayoría de los estudios encontrados, se realizaron desde una búsqueda de relación lineal y no direccional o causal. Por tanto, es necesaria mayor evidencia que respalde la existencia de una relación entre las distintas variables a investigar antes de proponer una dirección en las relaciones.

Capítulo III: Marco Metodológico

3.1 Modalidad de Trabajo Final de Graduación

El trabajo final de graduación elaborado se circunscribe bajo la modalidad de tesis, siendo esta definida como un proceso de investigación que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre el asunto investigado.⁶³

3.2 Enfoque de Investigación

Se utilizó un enfoque cuantitativo, el cual emplea la recolección y análisis de datos para dar respuesta a preguntas de investigación y/o probar hipótesis establecidas en el protocolo de investigación propuesto por los investigadores y hace uso de la estadística y medición numérica para tratar de establecer con el mayor grado posible de exactitud patrones o describir fenómenos en la población seleccionada para el estudio.⁶⁴

3.3 Diseño de Investigación

El diseño de investigación que se empleó fue de tipo correlacional de corte transversal, el cual describe relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.⁶⁴ Pueden limitarse a establecer relaciones entre variables, sin precisar sentido de causalidad, en este caso se fundamentan en hipótesis correlacionales, como es el caso de la investigación que se llevó a cabo.⁶⁴

3.4 Población Participante y/ o Muestra

3.4.1 Lugar

Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral (COOPESAIN), en Tibás, en esta se ofrecen servicios de psicología clínica, nutrición, cirugía mayor ambulatoria, odontología, enfermería, urgencias, consulta externa, trabajo social, radiología, farmacia y laboratorio clínico.⁶⁵

Su misión es ser una cooperativa autogestionaria que contribuye a mejorar la calidad de vida de la población objetivo, clientes, asociados y trabajadores, ofreciendo excelentes servicios integrales de salud, ampliando sus oportunidades de desarrollo y generando las condiciones laborales óptimas requeridas, por medio de la implementación conjunta de estrategias innovadoras que respondan a sus necesidades y expectativas.⁶⁵

Esta Cooperativa fue fundada en 1989 en San Juan de Tibás, utiliza inmuebles y equipos propiedad de la CCSS, sin embargo, los gastos y mejoras son de la Cooperativa, pero la atención de las personas afiliadas es financiada por la CCSS. Atiende a las personas residentes en San Juan y Llorente de Tibás, así como de San Vicente de Moravia.⁶⁵

La población participante estuvo compuesta por personas adultas, que presentaron el diagnóstico médico de hipertensión arterial y que se encontraban bajo tratamiento farmacológico para el control de la misma.

3.5 Muestra

3.5.1 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, el cual implica un procedimiento de selección informal, en el que las personas de la población no cuentan con la misma probabilidad de participar en el estudio, sino que estas se seleccionan por el investigador de acuerdo a ciertos criterios específicos.⁶⁴ Se tratan de pruebas fortuitas, en las que se debe garantizar que los sujetos sean homogéneos en variables tales como edad, sexo o condición socioeconómica.⁶⁴

El cálculo del tamaño de la muestra se llevó a cabo por medio de la técnica del análisis de poder usando el programa estadístico G*Power 3.1.

El cual permite realizar los tradicionales análisis a priori (calcula el n muestral apropiado para alcanzar una determinada potencia con un determinado TE y α) y post hoc (dónde las estimaciones de la PE, el Error Standard (ES) y TE realizan en diseños ya terminados) de estimación de la potencia de una prueba, pero también entrega análisis de compromiso

(calcula α y PE cuando los otros dos términos son conocidos), sensibilidad (estima cuál es el efecto mínimo que la prueba es sensible para detectar) y criterio (calcula el α necesario para lograr una determinada PE cuando n y TE son conocidos). En síntesis, el programa permite realizar diversos cálculos tales como el del tamaño del efecto, de la potencia esperada de un test, de la muestra necesaria para lograr una determinada potencia, y permite verificar la significación respecto de las posibilidades reales del estudio.^{66(p.215)}

La técnica del análisis de poder requiere de varios elementos para calcular el tamaño de la muestra⁶⁶:

- 1) El criterio de significancia (alpha).
- 2) El poder.
- 3) El tamaño del efecto.

Para esta investigación, el nivel de alfa se estableció en 0.05, el cual es el criterio indicado para investigaciones de bajo riesgo, el poder se estableció en 0.80 y el tamaño del efecto medio (correlación de 0.3), ya que no se encontraron investigaciones previas que midieran de una forma similar las variables de interés de esta tesis. Por lo que el total de personas en la muestra calculado de esta forma fue de 82.

Sin embargo, dada la posibilidad de perder datos, se utilizó como referencia un estudio que relacionaba la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial⁴⁹, en el que se registra un 19% de pérdida de datos, por ello, a la muestra calculada inicialmente se le sumaron 16 personas. De esta forma la muestra inicial total de personas en el estudio que se llevó a cabo fue de 98.

Sin embargo, el poder final después de un análisis Post Hoc, con una muestra de 81 personas, un tamaño de efecto de 0.332 que surge de la correlación encontrada entre la variable de adherencia terapéutica y representación de la enfermedad, dado que es la de mayor interés y de la que existe menor evidencia, con un alfa de 0.05, fue de 0.88.

3.5.2 Criterios de inclusión

- Personas adultas de 18 a 75 años. Para la verificación de este criterio se les solicitó la cédula de identidad a las personas, con el fin de comprobar su edad.
- Personas con autorreporte de diagnóstico médico de HTA mayor a 6 meses.
- Personas con tratamiento farmacológico para la HTA, que haya sido prescrito en un periodo de al menos 6 meses antes de la cita de recolección de datos, por autorreporte.

Estos se fundamentan en lo encontrado por medio del marco empírico, donde se describen como las principales características de las poblaciones en estudio.

Además, este criterio de 6 meses, tanto en el tratamiento farmacológico como en el diagnóstico médico de HTA, se basa en los supuestos de algunas teorías y modelos asociados al cambio de comportamiento en salud, como el Modelo Transteórico de Cambio de Comportamiento de Prochaska y DiClemente, que propone que los primeros 6 meses son cruciales en el proceso de cambio, dado que la persona se enfrenta a muchos obstáculos y demanda el mayor esfuerzo ante nuevas pautas de comportamiento.⁶⁷

Si bien asumir que todas las personas tienen el mismo patrón de comportamiento no resulta apropiado, dado que cada persona y comportamiento es diferente y se encuentra en diferentes circunstancias, algunas investigaciones sugieren que en personas con enfermedades crónicas la adaptación a las nuevas pautas de comportamiento y el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, muestra mayor éxito, posterior a los seis meses,⁶⁸ mientras que antes de este período aproximado, al menos en personas con HTA se ha encontrado que entre el 50-60% de las personas no logra mantenerlas e incorporarlas a su vida cotidiana y son mucho más proclives al abandono terapéutico, por ejemplo.⁶⁹

3.5.3 Criterios de exclusión

- Personas con alguna condición que no les permitía comprender y contestar los cuestionarios, por ejemplo, personas con deficiencias cognitivas.

- Mujeres embarazadas.
- Personas con HTA secundaria.
- Personas con complicaciones graves de la HTA, por ejemplo, insuficiencia cardiaca o renal en estadios finales.
- Personas que tuvieran un cuidador ya sea formal o informal.
- Personas que participaran en grupos organizados de personas con HTA, en donde se les educara sobre la enfermedad y el manejo de la misma.

Esto dado que los instrumentos para la recolección de datos fueron auto aplicados y su contenido requería que la persona comprendiera los enunciados para responder a los mismos. Además, las mujeres embarazadas pueden presentar niveles de presión arterial elevados a causa de su estado y, por tanto, puede ser transitoria no necesariamente crónica.

En cuanto a la HTA secundaria está relacionada a otra causa diferente, esto la hace muy variable. En el caso de las personas que presentan complicaciones a raíz de la HTA, su representación de la enfermedad podría ser más amenazadora que la de aquellas personas que aún no han experimentado estas consecuencias.

Por otra parte, en las personas que tienen un cuidador su capacidad de autogestión difiere de aquellas personas que son más independientes, ya que, la gestión de su enfermedad depende de la participación activa de otras personas (su cuidador o cuidadores).

En el caso de las personas que participaban en grupos organizados de HTA, donde recibían educación sobre diversos temas en torno a su enfermedad y el manejo de la misma, han sido sobre-expuestas a este tipo de información y posiblemente su representación de la enfermedad, adherencia y manejo difieran del de personas que no participan en estos grupos.

3.6 Sistema de variables

En esta sección se presenta la Tabla 1 en la que se describen las variables del estudio, a saber: representación de la enfermedad, adherencia terapéutica a los medicamentos y presión arterial. De estas, se detalla la definición conceptual y operacional, la dimensión, los indicadores y la escala correspondiente a cada una.

Además, se incluye la variable de datos generales, que, pese a que no es una de las variables correlacionales de la investigación desarrollada, comprende datos de importancia recolectados, tales como: edad, ocupación, lugar de residencia, sexo, género, apoyo social, escolaridad, años de diagnóstico de la HTA, presencia de otras enfermedades crónicas y medicamentos utilizados para las enfermedades crónicas que presentan.

3.7 Técnicas de recolección de datos e instrumentos

Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron dos: la primera Cuestionario y la segunda la medición de la presión arterial.

Cabe destacar que se llevó a cabo una prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos, esta con el fin de analizar si las instrucciones e ítems eran comprendidos y funcionaban de manera adecuada, estructuralmente, gráficamente y en contenido ⁶⁴. Esta se desarrolló con 5 personas voluntarias que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, pero no se encontraban en COOPESAIN, cuyas edades variaban desde los 22 años a los 74 años, a través de lo cual se obtuvo que los ítems estructural y gráficamente funcionaban de manera adecuada.

Sin embargo, en cuanto al contenido se encontró que la segunda parte de la pregunta 7 del cuestionario de datos generales “Indique qué relación tiene con esta persona” resultó confusa, por lo que se decidió cambiar la posibilidad de respuesta abierta a una respuesta semi-cerrada. Otro aspecto importante es que las opciones de respuesta del IPQ-B resultaron algo complejas para las personas, por lo que se determinó explicarles a los participantes de una forma clara y uniforme cómo se utiliza la escala en las opciones de respuesta de este cuestionario.

Tabla 1*Sistema de Variables*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escalas
<i>Datos Generales</i>	Información sociodemográfica y relacionada con la HTA, cualitativa o cuantitativa de la muestra.	Cuestionario de elaboración propia en base a Cuestionario Censal del Censo Nacional de Población y Vivienda 2011.	Edad Sexo Género Ocupación	¿Cuántos años cumplidos tiene? ¿Cuál es la ocupación u oficio que tiene?	Respuesta abierta 0. Mujer 1. Hombre 2. Otro 0. Femenino 1. Masculino 2. Otro Respuesta Abierta

			Residencia	Cantón-Distrito	Respuesta Abierta
			Redes de apoyo	<p>¿Con quién (es) vive?</p> <p>¿Cuenta con al menos una persona que se preocupa por su bienestar y la apoya?</p> <p>Si respondió sí indique qué relación tiene con esta persona:</p>	<p>0. Sólo</p> <p>1. Su pareja</p> <p>2. Familiares</p> <p>3. Amigos</p> <p>4. Otros</p> <p>0. Si</p> <p>1. No</p> <p>0. Pareja</p> <p>1. Madre</p> <p>2. Padre</p> <p>3. Hija/hijo</p>

			Escolaridad	¿Cuál es su nivel de escolaridad?	4. Otro 0. Ninguna 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Técnica completa 6. Técnica incompleta 7. Parauniversitaria completa 8. Parauniversitaria incompleta 9. Universitaria
--	--	--	-------------	-----------------------------------	---

					Diplomado completa 10.Universitaria Diplomado incompleta 11.Universitaria Bachillerato completa 12.Universitaria Bachillerato incompleta 13.Universitaria Licenciatura completa 14.Universitaria Licenciatura incompleta 15.Universitaria Maestría completa
--	--	--	--	--	---

					16.Universitaria Maestría incompleta 17.Universitaria Doctorado completa 18.Universitaria Doctorado incompleta 19.Universitaria Posdoctorado completa 20.Universitaria Posdoctorado incompleta Indique en qué Respuesta Abierta área
--	--	--	--	--	--

			Diagnóstico de HTA	<p>¿Recuerda hace cuántos años le diagnosticaron hipertensión arterial?</p> <p>Si respondió Sí, indique cuántos aproximadamente.</p> <p>Si respondió No, marque un aproximado.</p>	<p>0. Sí 1. No</p> <p>Respuesta Abierta</p> <p>0. Menos de 1 año 1. Entre 1-5 años 2. Entre 5-10 años 3. Entre 10-15 años 4. Más de 15 años</p>
			Comorbilidades o Pluripatologías	¿Presenta algunas otras enfermedades	<p>0. Sí 1. No</p>

				<p>crónicas?</p> <p>En caso de que respondiera si indique cuáles (por ejemplo: Diabetes, Parkinson, Alzheimer, entre otras):</p>	<p>Respuesta Abierta</p>
			<p>Tratamiento Farmacológico</p>	<p>Si actualmente consume algún medicamento para enfermedades crónicas complete el siguiente cuadro: Medicamento.</p>	<p>Respuesta Abierta</p>

				<p>Enfermedad para la cual lo toma.</p> <p>Fecha de inicio de medicación.</p> <p>Horas de toma.</p> <p>Dosis (cantidad de medicamento por toma).</p> <p>Vía de administración.</p>	
<p><i>Representación de la Enfermedad</i></p>	<p>Modelos mentales sobre la enfermedad activados en un momento específico.</p>	<p>Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad IPQ-B.</p>	<p>Cognitiva: Consecuencias.</p>	<p>Pregunta 1: ¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida?</p>	<p>Escala tipo Likert de 0 a 10 donde 0 es no me afecta absolutamente nada y 10 es afecta absolutamente mi vida.</p> <p>Interpretación: A</p>

					<p>mayor puntaje en la escala de Likert mayor es la percepción de consecuencias.</p>
			<p>Cognitiva: Duración</p>	<p>Pregunta 2: ¿Cuánto cree usted que durará su enfermedad?</p>	<p>Escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 es muy poco tiempo y 10 es para siempre.</p> <p>Interpretación: A mayor puntaje en la escala de Likert mayor percepción de la duración.</p>

			<p>Cognitiva: Control personal.</p>	<p>Pregunta 3: ¿Cuánto control siente usted que tiene sobre su enfermedad?</p>	<p>Escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 es absolutamente ninguno y 10 es control total. Interpretación: A mayor puntaje menor percepción de control sobre la enfermedad.</p>
			<p>Cognitiva: Control Tratamiento.</p>	<p>Pregunta 4: ¿En qué medida cree usted que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad?</p>	<p>Escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 es absolutamente nada y 10 es ayuda muchísimo. Interpretación: A mayor puntaje menor percepción</p>

			<p>Cognitiva: Identidad</p>	<p>Pregunta 5: ¿En qué medida siente usted síntomas debido a su enfermedad?</p>	<p>de control por parte del tratamiento sobre la enfermedad.</p> <p>Escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 es absolutamente ningún síntoma y 10 es síntomas graves.</p> <p>Interpretación: A mayor puntaje mayor identificación de la enfermedad, es decir, síntomas más graves experimentados.</p>
--	--	--	---------------------------------	---	--

			Emocional: Preocupación	Pregunta 6: ¿En qué medida está usted preocupado por su enfermedad?	<p>Escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 es absolutamente nada preocupado y 10 es extremadamente.</p> <p>Interpretación: A mayor puntaje mayor preocupación con respecto a la enfermedad.</p>
			Coherencia	Pregunta 7: ¿En qué medida siente usted que entiende su enfermedad?	<p>Escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 es no la entiendo nada y 10 es la entiendo muy claramente.</p>

			Emocional: Emocional	Pregunta 8: ¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (es decir, ¿lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado, deprimido?)	<p>Interpretación: A mayor puntaje menor comprensión percibida de la enfermedad.</p> <p>Escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 es absolutamente nada de afectado emocionalmente y 10 es extremadamente afectado emocionalmente.</p> <p>Interpretación: A mayor puntaje mayor percepción</p>
--	--	--	-------------------------	---	--

				<p>Cognitiva: Causa</p> <p>Pregunta 9: Por favor haga una lista de los tres factores más importantes que usted cree que causaron su enfermedad, enumérelas en orden de importancia. Las tres causas que yo considero más importantes son:</p>	<p>de afectación emocional de la enfermedad.</p> <p>Tres opciones de respuesta abierta.</p>
<i>Adherencia</i>	Comportamiento que	Escala de		Pregunta 1: ¿Se le	0. Sí

<i>Terapéutica</i>	está fuertemente conectado a los resultados de salud. Se refiere al éxito de una persona al seguir las recomendaciones del personal de salud, para la prevención y el tratamiento de enfermedades.	Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8).		olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial? Pregunta 2: A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina	1. No 0. Sí 1. No
--------------------	--	---	--	--	-----------------------------

				<p>para su hipertensión arterial?</p> <p>Pregunta 3: 0. Sí 1. No</p> <p>¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?</p> <p>Pregunta 4: 0. Sí 1. No</p> <p>Cuando viaja o está fuera del hogar ¿se le</p>
--	--	--	--	--

				<p>olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?</p> <p>Pregunta 5: 0. No 1. Sí</p> <p>¿Tomó su medicina para su hipertensión arterial ayer?</p> <p>Pregunta 6: 0. Sí 1. No</p> <p>Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?</p>
--	--	--	--	--

				<p>Pregunta 7: Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?</p> <p>Pregunta 8: ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?</p>	<p>0. Sí 1. No</p> <p>1. Nunca/casi nunca. 0,75. Rara vez. 0,5. Algunas veces. 0,25. Habitualmente.</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>0. Siempre.</p> <p>Interpretación:</p> <p>Continua: 1-8 puntos.</p> <p>Catagórica: -Alta Adherencia: 8 puntos. -Adherencia Media: de 6 a menos de 8 puntos. -Baja adherencia: menos de 6 puntos.</p>
<i>Nivel de Presión Arterial</i>	Fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes internas de las arterias, y se representa como la presión sistólica sobre la	Medición de la presión arterial por medio del método auscultatorio,	Sistólica.		<p>Catagórica: Presión Normal</p> <p>Continua: <120 mmHg.</p>

	<p>presión diastólica, medida en milímetros de mercurio (mmHg). La presión sistólica representa el nivel máximo, justo después de la contracción ventricular, mientras que la presión diastólica es el nivel mínimo, justo en el momento del llenado ventricular.</p>	<p>según protocolo.</p>			<p>Categoría: Presión elevada Continua: 120-129 mmHg</p> <p>Categoría: Hipertensión estadio I. Continua: 130-139 mmHg</p> <p>Categoría: Hipertensión estadio II. Continua: >140 mmHg</p> <p>Categoría: Crisis de hipertensión.</p>
--	---	-------------------------	--	--	---

			Diastólica	<p>Continua: >180mmHg</p> <p>Categorica: Presión Normal</p> <p>Continua: <80 mmHg</p> <p>Categorica: Presión elevada</p> <p>Continua: 80 mmHg</p> <p>Categorica: Hipertensión estadio I.</p> <p>Continua: 80-89 mmHg</p>
--	--	--	------------	--

					<p>Catagórica: Hipertensión estadio II. Continua: >90 mmHg</p> <p>Catagórica: Crisis de hipertensión. Continua: >120mmHg</p>
--	--	--	--	--	--

3.7.1 Cuestionario Auto Aplicado

En cuanto a la primera técnica de recolección de datos, esta consistió en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir⁶⁴ y en la presente investigación se compuso de 3 apartados organizados según instrumentos aplicados en papel, el primero de datos generales, el segundo del IPQ-B y el tercero la Escala de Morisky-8, los cuales se describen a continuación.

3.7.1.1 Cuestionario de Datos Generales. Este cuestionario de elaboración propia se compuso de 11 preguntas, 4 de tipo abiertas, 6 semi-abierta y 1 de tipo cerrada, a través de las cuales se indagó sobre aspectos que según la revisión del marco empírico resultaban relevantes para la investigación.

Estos son la edad, el sexo, el género, la ocupación u oficio, lugar de residencia, con quién vive, apoyo social, nivel de escolaridad, años de diagnóstico de HTA, presencia de comorbilidades, medicamentos que consume para cada una de las enfermedades que presenta, fecha de inicio de la medicación, horario de toma, dosis diarias y vía de administración (ver anexo 1).

3.7.1.2 Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad IPQ-B.

El IPQ-B mide las representaciones cognitivas y emocionales de las personas respecto a su enfermedad.^{21,70,71} Siendo que, estudios previos establecen que las "Percepciones de enfermedad" es un término utilizado para referirse a representaciones mentales e ideas personales que los individuos tienen sobre una enfermedad.⁶⁷

A la vez Leventhal señala que la percepción de la realidad de la enfermedad es el resultado de dos procesos paralelos uno de carácter cognitivo y otro emocional, a través del cual todas las informaciones recogidas, por múltiples fuentes concretas y abstractas, se sintetizan en una representación de enfermedad.¹⁶ Pese a ello, como lo describe Leventhal la percepción es sólo uno de los procesos que se lleva a cabo en la construcción de la representación de la enfermedad, que involucra además otros más complejos.

3.7.1.2.1 Descripción. Consta de 9 preguntas, ocho cerradas con respuesta tipo Likert que va de 0 a 10 y la novena de tipo abierta con tres posibilidades de respuesta. De estas, 6 ítems miden la representación cognitiva de la enfermedad, con sus respectivas dimensiones (identidad, causa, control, consecuencias, duración), 2 miden la representación emocional de la enfermedad y 1 mide la coherencia (ver anexo 2).^{21,70,71}

La pregunta #1 mide la percepción de consecuencias producto de la enfermedad, la pregunta #2 mide la percepción de duración de la enfermedad, la pregunta #3 mide la percepción de control personal sobre la enfermedad, la pregunta #4 mide la percepción de control sobre el tratamiento de la enfermedad, la pregunta #5 mide la percepción de identidad de la enfermedad, la pregunta #6 mide la percepción de coherencia de la enfermedad, la preguntas #7 y #8 miden la respuesta emocional a la enfermedad (preocupación y emocional respectivamente) y la pregunta #9 mide la percepción de causalidad de la enfermedad.^{21,70,71} Las primeras 5 preguntas exploran dimensiones de la representación cognitiva de la enfermedad.⁶⁴

No obstante, otro autor señala que la dimensión de representación emocional incorpora reacciones emocionales negativas.⁷² Mientras que en la dimensión de preocupación se reflejan pensamientos del individuo sobre la angustia, analizando, por ello, la pregunta 7 y 8 de manera individualizada.⁷² Por lo que, para el presente estudio también se analizaron de manera individual, considerando además que la población habitante de Costa Rica puede interpretar la preocupación de al menos dos formas posibles, como ocuparse, es decir, realizar acciones en pro de mejorar su situación de salud o como temor ante la enfermedad.

Para calcular la puntuación total de la representación de la enfermedad, se invierte la puntuación de los ítems 3, 4 y 7 y se agregan a los ítems 1, 2, 5, 6 y 8. Una puntuación más alta refleja una visión más amenazadora de la enfermedad.^{21,70,71}

Por otra parte, para interpretar cada una de las sub-escalas entre mayor puntaje en la escala de Likert que va de 0 a 10 en la pregunta número 1 mayor percepción de consecuencias, en la pregunta número 2 mayor percepción de la duración, en la 3 menor percepción de control sobre la enfermedad, en la número 4 menor percepción de control

sobre el tratamiento, en la 5 mayor identificación de la enfermedad, en la 6 mayor preocupación con respecto a la enfermedad, en la número 7 menor comprensión de la enfermedad y en la 8 mayor percepción de afectación emocional de la enfermedad.¹⁸ La 9 es de respuesta abierta.¹⁸

3.7.1.2.2 Validez. La validez concurrente fue determinada con 132 personas con problemas renales, 119 con diabetes y 309 con asma que atendieron a la consulta externa del Hospital Auckland, a las que se les pidió completar tanto el cuestionario revisado de percepción de la enfermedad (IPQ-R), como el IPQ-B. Lo que permitió demostrar que ambas escalas son equivalentes y se encuentran correlacionadas.^{21,70,71}

La validez predictiva de los resultados fue determinada con 103 personas que han presentado infarto agudo de miocardio, a las cuales se les dió seguimiento por 3 meses, con un resultado de $p < 0.03$, lo que indica una buena validez predictiva.^{21,70,71}

La validez discriminante entre diferentes enfermedades fue determinada mediante la comparación de 309 personas con asma, 119 con diabetes, 49 con resfriado y 103 con infarto agudo de miocardio, con lo que se obtuvo que permite discriminar entre diversas enfermedades.^{21,70,71}

3.7.1.2.1 Confiabilidad. Fue evaluada en 132 personas con problemas renales que atendieron en la consulta externa del Hospital Auckland, a los que se les pidió llenar el cuestionario allí, posteriormente a las 3 y 6 semanas se les pidió llenar cuestionarios de seguimiento.^{21,70,71} Las correlaciones de Pearson demostraron que los ítems presentaban una buena confiabilidad en la prueba y re-evaluación en ambos períodos de tiempo, entre 0,5-0,7.^{21,70,71}

3.7.1.3 Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8)

3.7.1.3.1 Descripción. Esta escala se desarrolló a partir de una escala de cuatro ítems previamente validada y se creó con el fin de determinar la adherencia terapéutica a los medicamentos de las personas con HTA.²² Se encuentra compuesta por 8 ítems, acerca del comportamiento de toma de medicamentos antihipertensivos, cuenta con opciones de respuesta de “sí” y “no”, a excepción de la última pregunta en donde se le

brindan las opciones de nunca/casi nunca, rara vez, algunas veces, habitualmente o siempre (ver anexo 3).²²

La adherencia terapéutica a la medicación se determina de acuerdo a la puntuación que obtenga la persona, de esta forma, para el cálculo del puntaje obtenido se suma un punto por cada respuesta “No” en las primeras 7 preguntas, a excepción de la número 5 donde se suma un punto si la respuesta es “Sí”, por su parte, en la pregunta 8 si la persona marca Nunca/Casi nunca, se suma un punto, si es rara vez se suma 0.75, si es algunas veces se suma 0,50, si marca habitualmente es 0,25 y si indica siempre se suma 0.²²

Para fines de este estudio la adherencia terapéutica a los medicamentos se interpretó de manera continua, donde podía presentar cualquier valor de 1 a 8 y de manera categórica como Alta Adherencia cuando se presentaba 8 puntos de 8, Adherencia Media cuando se presentaban de 6 a menos de 8 puntos y Baja adherencia cuando obtenían menos de 6 puntos.⁷³

3.7.1.3.2 Validez y confiabilidad. Para validar en español la escala MMAS-8 se realizó un estudio de campo con abordaje cuantitativo de evaluación de pruebas diagnósticas en 330 personas adultas mayores con HTA del Programa de Salud Cardiovascular de Cabrero, Chile.²² Concluyendo que la escala permite detectar de forma simple y a bajo costo, a personas que no son adherentes a su régimen de tratamiento medicamentoso.²²

Sobre el análisis bivariado de las variables, establecieron que existe asociación estadísticamente significativa entre la clasificación de la escala MMAS-8 (adherente y no adherente) con la clasificación de la presión arterial (normal, alterada) ($p < 0,0001$).²² Además, se indica una sensibilidad: 86%, 85%; especificidad: 56%, 58%; valor predictivo positivo: 60%, 65%; y valor predictivo negativo: 84%, 81%.²²

3.7.2 Protocolo para la medición del Nivel de Presión Arterial

El protocolo elaborado por Whelton y sus colaboradores en el 2017, como parte de la Guía Práctico Clínica de la Presión Arterial Alta de la Sociedad Americana del

Corazón (AHA), consta de 6 pasos clave para la medición apropiada de la presión arterial (ver anexo 4).²⁶

Así el primer paso hace referencia a la preparación de la persona, previa a la medición de la presión arterial (PA), para obtener resultados más óptimos y más cercanos a los valores normales del individuo.²⁶ El segundo y tercer paso describe el procedimiento correcto de la medición de la presión arterial por el método auscultatorio.²⁶ El cuarto y quinto paso se refiere al registro adecuado de los valores obtenidos por medio de las mediciones de la presión arterial a la persona.²⁶ Y finalmente, el sexto paso recuerda la obligación de brindarle a la persona los resultados de las mediciones realizadas, no sólo verbalmente, sino también por escrito.²⁶

Para fines de la presente investigación el protocolo anteriormente descrito fue comparado con el protocolo de la CCSS que se encuentra en las guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en Costa Rica³³, con el fin de determinar su similitud, y si resultaba más apropiado emplear este último en la presente investigación.

Sin embargo, aparte del hecho de que el protocolo de la CCSS data del año 2009, este contiene los pasos claves que contempla el protocolo actualizado de la AHA y los desarrolla con mayor profundidad y detalle, aunque hace la descripción de un equipo poco utilizado hoy en día para la medición de la presión arterial, como son los esfigmomanómetros con columna de mercurio.³³

Pero, es necesario rescatar que debido a que el protocolo de la CCSS es de una extensión muy amplia no resultaba factible de ser utilizado en la investigación presente, ya que, sólo se midió esta variable para fines del estudio; por tanto, se requirió de optimizar el tiempo disponible con la persona, garantizando la mejor calidad posible en la recolección de los datos, lo cual fue factible de lograr empleando el protocolo de la AHA, que resulta más puntual, sin perder de vista los pasos esenciales para una medición precisa de la presión arterial.

Asimismo, con el fin de cumplir con los pasos de preparación de la persona para la medición de la presión arterial con la mayor fidelidad posible, se realizaron las

mediciones una vez que la persona había completado el cuestionario aplicado, garantizando el mínimo de tiempo que esta debía reposar previo a la medición de la presión arterial.

Además, con el fin de garantizar mayor fiabilidad de los datos recolectados sobre el nivel de presión arterial de las personas participantes se utilizó información que pone a disposición la AHA, tal como una lista de chequeo en la que se verificaba el seguimiento de los pasos que plantea la guía, asimismo, se calibraron los equipos de medición de la presión arterial a utilizar.

Finalmente, con el objetivo de prevenir que se presentaran casos de hipertensión por el fenómeno de bata blanca, la cual consiste en un aumento de la presión arterial en las personas usuarias de los servicios de salud al ser esta determinada por el personal sanitario, que no sólo tiene la posibilidad de afectar a sujetos normotensos, sino también a personas con HTA.⁷⁴

Se midió la presión arterial en más de una ocasión, las sustentantes no utilizaron bata, sólo el uniforme de estudiantes asignado por la Escuela de Enfermería. A los participantes se les proporcionó un ambiente tranquilo y se les orientó sobre los pasos del proceso de medición previo a este, todo ello en concordancia con las recomendaciones dadas por Amigo, Fernández y Herrera.⁷⁵

3.8 Procedimientos para la recolección y manejo de datos

Primeramente, se invitó a las personas a participar en la investigación a través de medios impresos. Seguidamente se realizó el reclutamiento de la muestra durante 7 visitas al módulo 1, 2 y 3 de consulta de atención primaria de COOPESAIN.

Mientras las personas esperaban ser atendidas en el EBAIS se identificaron 161 personas con autorreporte de diagnóstico médico de HTA. De estas, 49 personas fueron no elegibles debido a que no cumplían con los criterios de inclusión o de exclusión considerados en la presente investigación. Como se detalla en la figura 5.

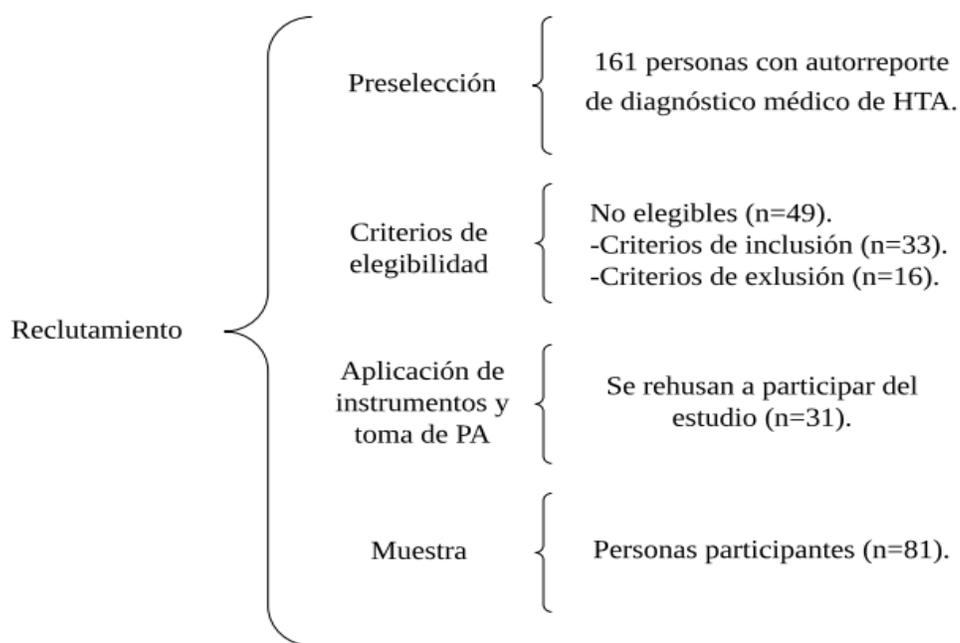
Siendo el principal impedimento de inclusión la edad mayor de 75 años (26 personas), seguido por autorreporte de diagnóstico médico de HTA menor a 6 meses (4

personas) y tratamiento farmacológico para la HTA prescrito en un periodo menor de 6 meses (3 personas). Mientras que las causas de exclusión fueron complicaciones graves de la HTA (11 personas), deficiencias cognitivas (2 personas), embarazo (2 personas), así como 1 persona que no tenía claro su diagnóstico.

Además, otras 31 personas optaron por no participar, justificando no tener tiempo para hacerlo. La muestra final se compuso de 81 personas participantes.

Figura 5

Esquema de Reclutamiento



Nota. Esquema de reclutamiento de las personas participantes (Fuente: Ficha de códigos, 2019).

A las personas que accedieron a participar en la investigación se les realizó el proceso de consentimiento informado. Este proceso se llevó a cabo antes de la consulta que los y las participantes tenían programada en COOPESAIN. Se les proporcionaron los cuestionarios de manera impresa y se realizaron entre dos y tres mediciones de la PA, las cuales fueron anotadas en una hoja de registro codificado.

Además, previo al análisis de los datos, una vez que la persona finalizaba con el cuestionario se constataba que este se encontrara completo, esto para minimizar los datos perdidos.

3.9 Análisis de los datos

Este se llevó a cabo por medio de un análisis estadístico, la primera parte descriptivo y la segunda parte correlacional utilizando el Software estadístico IBM-SPSS versión 25.0, del año 2017.

3.9.1 Descriptivo

Comprende la descripción de las características de la muestra, empleando la distribución de frecuencias definidas como el conjunto de puntuaciones de una variable, ordenadas en sus respectivas categorías, también contempla las medidas de tendencia central y las medidas de variabilidad, en algunos casos para la representación de las mismas se emplearon figuras y tablas.⁶⁴

Las medidas de tendencia central que corresponden a los puntajes específicos de una distribución, calculados a partir de los datos obtenidos en la tabla de distribución de frecuencias⁶⁴, que se determinaron en la presente investigación son la moda, mediana y la media.

Por último, las medidas de variabilidad que indican la dispersión de los datos en la escala de medición⁶⁴, que se utilizaron fueron la desviación estándar y el rango.

Esta descripción se realizó de acuerdo a los tres primeros objetivos de la investigación. De esta forma, primero se describió la representación de la enfermedad que presentaban las personas adultas con HTA; en segundo lugar, se describió la adherencia terapéutica a los medicamentos que presentaban estas personas; finalmente, en ese apartado se describieron los niveles de presión arterial sistólica y diastólica que presentaron las personas participantes.

3.9.2 Correlacional

Con este análisis se pretendió generalizar los resultados de la muestra a la población, ya que ayuda a probar hipótesis y estimar parámetros.⁶⁴ Para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual permite analizar la relación entre dos variables de una misma población, medidas en un nivel por intervalos o de razón.⁶⁴ Este responde al cuarto objetivo de la investigación, así como a la hipótesis que se plantea.

En cuanto a la interpretación de la relación de acuerdo al coeficiente r de Pearson, este puede variar de -1.00 a $+1.00$, donde el primero indica una correlación negativa perfecta, el 0.00 indica que no existe correlación alguna entre las variables estudiadas y $+1.00$ refiere una correlación positiva perfecta. En este el valor numérico indica la magnitud de la correlación.⁶⁴

3.10 Consideraciones Éticas

En la presente investigación, se tomaron en cuenta los principios que rigen la bioética, los cuales son:

- *Respeto por la dignidad de las personas:* que las personas deben ser consideradas seres autónomos con capacidad de decisión, lo cual implica que las personas participen de manera voluntaria, y que sean conscientes de que pueden retirarse en cualquier momento, además que se mantenga la privacidad de los datos personales, custodiando los mismos y que se les brinde la devolución de los resultados del estudio.⁷⁶
- *Beneficencia:* que se actúe en beneficio de las personas, esto requiere no hacer daño, minimizar el daño, maximizar los beneficios para la persona, y explicarle en qué consiste el beneficio real, a quién, y en qué forma le beneficia.⁷⁶
- *No maleficencia:* no ocasionar daño a las personas, lo que implica que se expongan claramente los riesgos posibles de la participación en la investigación, y se determinen previamente las medidas puntuales para atender los posibles daños.⁷⁶

- *Autonomía:* para que se cumpla las personas tienen que gozar de la libertad de decidir si desean participar o no en la investigación, así como poder retirarse de la misma en cualquier momento que lo decidan, también implica que comprendan el compromiso que asumían al aceptar participar, por medio del consentimiento informado.⁷⁶
- *Justicia Distributiva:* Para ello, la investigación se realizó de manera comprensiva, coherente y manteniendo un equilibrio entre utilidad y justicia.⁷⁶

Por tanto, con la finalidad de resguardar estos principios, se realizó el proceso de consentimiento informado (ver anexo 5), así como la aclaración de que la persona se podía retirar en el momento que lo considerara oportuno, este proceso se desarrolló en un lugar privado de la institución donde se realizó la lectura del consentimiento y se evacuaron dudas.

El consentimiento mantuvo los puntos necesarios para procurar la segura y justa participación de las personas en la investigación. Se agregó una cláusula en el consentimiento informado que permitió a la persona decidir si estaba de acuerdo o no con que las sustentantes revisaran los datos de su expediente médico concerniente a enfermedades diagnosticadas y tratamiento farmacológico. Esto para la verificación de los datos suministrados por la persona y completar la información que no recordaba al respecto.

Además, se aplicaron los mismos instrumentos de recolección de datos a todos los participantes y en caso de que la persona no supiera leer o escribir, o presentara una discapacidad auditiva o visual se llevaron a cabo las adaptaciones que la persona requirió para aplicarle el instrumento. Se le comunicó de manera inmediata los resultados de la medición de la presión arterial a todas las personas por igual.

Se implementaron medidas para disminuir o evitar los riesgos, los cuales abarcaban molestia, incomodidad o ansiedad en la medición del nivel de presión arterial, así como al contestar las preguntas del cuestionario.

Las medidas para evitar o minimizar estos riesgos consistieron concretamente en el uso de un protocolo estandarizado para la medición del nivel de presión arterial, así

como, la ejecución en un espacio privado. Además, se les explicó el procedimiento paso a paso, de tal forma que contribuyera a disminuir la ansiedad y se les proporcionó la mayor comodidad posible durante la medición de la presión arterial.

Asimismo, en caso de que la persona a la que se le realizó la medición de la presión arterial se encontrara en una emergencia o urgencia hipertensiva o hipotensiva, en primer lugar, se le preguntó si se tomó la medicación prescrita ese día, luego, de acuerdo a la gravedad del caso se refirió a su médico tratante o al servicio de emergencias de la Cooperativa según correspondía.

Cabe destacar que se le pidió asesoría a una profesional en enfermería de salud mental, de tal forma que determinara si las preguntas del IPQ-B pueden desencadenar respuestas emocionales necesarias de ser tomadas en cuenta, así como, las líneas de manejo de estos posibles eventos, sin embargo, valoró que las preguntas no tienen el potencial de causar respuestas de este tipo, a tener en consideración.

Sin embargo, en caso de que se hubiese presentado una situación que ameritara atención se había estipulado que se le proporcionaría una relación terapéutica de ayuda interpersonal o intervención en crisis de acuerdo al caso; posteriormente, si lo ameritaba se coordinaría para la redirección de la persona y seguimiento por parte de un profesional en salud mental de la cooperativa.

Por otra parte, en cuanto a los beneficios de la presente investigación destacaron: a nivel individual las personas pudieron reflexionar sobre su enfermedad y automanejo, se les brindó los valores de presión arterial que presentaban, así como documentos informativos sobre la HTA y los resultados de los instrumentos inmediatamente. Se comunicarán los resultados de la investigación con folletos impresos o correo electrónico, carteles en COOPESAIN y/o publicaciones en las redes sociales.

Mientras que a nivel colectivo se generó conocimiento sobre el manejo de la HTA en personas adultas, lo cual podría tener implicaciones en la atención de estas personas por parte de los profesionales en salud a nivel de COOPESAIN, así también,

podría aportar conocimiento para mejorar la atención en salud a nivel nacional de las personas con HTA.

Una vez recolectados los datos fueron divididos en 2 grupos: datos de contacto y datos de las mediciones, de tal forma que por separado no suministrarán información personal. Ambos tipos de datos fueron resguardados por separado por cada una de las sustentantes, posteriormente se trasladaron a una base de datos digital en Excel, a la que sólo tenía acceso el equipo investigador. Una vez pasados a digital, estos documentos serán resguardados por la investigadora principal durante 10 años, bajo llave.

Con el fin de asegurar la calidad de los datos se realizó una doble entrada, en donde cada una de las sustentantes corroboró los datos trasladados a formato digital por la otra sustentante, para verificar que los datos estuvieran correctamente digitados. Además, previo al análisis de los datos, una vez que la persona finalizaba con el cuestionario se constató que este se encontrara completo, minimizando los datos perdidos.

De esta forma, posterior a la recolección de los datos con cada participante se le hizo saber verbalmente y de manera escrita el nivel de presión arterial que presentaban, así también se les hizo entrega de un panfleto en el que se describían las respuestas más acertadas a los instrumentos de medición.

Por otra parte, posterior a la defensa pública del trabajo final de graduación se llevará a cabo un informe para el personal de la cooperativa con los resultados de la investigación, el cual se expondrá en una reunión con algunos de estos.

Además, a las personas participantes o en dado caso que esto no sea posible, a sus proxis, se les hará una devolución de los resultados de la investigación por medio de diversas formas, como folletos impresos a las personas participantes o a través de medios digitales como el correo electrónico, carteles en las instalaciones de COOPESAIN y/o publicaciones en las redes sociales del centro de salud.

Los datos obtenidos por medio de esta investigación serán empleados en la defensa pública de la Tesis, y podrían ser utilizados en artículos científicos,

presentaciones o congresos científicos y también de forma agregada para uso institucional para el mejoramiento de la atención.

Capítulo IV: Resultados

4. Resultados

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la información recolectada mediante el cuestionario de datos generales, la escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8), el cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B) y la medición del nivel de Presión Arterial, lo cual permitió, en concordancia con los objetivos de la presente investigación, realizar un análisis de las variables estudiadas y correlacionarlas.

4.1 Datos generales

La muestra estuvo constituida por 81 personas, cuya residencia (ver Tabla 2) casi en su totalidad estaba en el cantón de Tibás, lugar donde se realizó el reclutamiento del presente estudio, no obstante, también hubo un número considerable proveniente de Moravia, puesto que la clínica también atiende a parte de esta población.

Tabla 2

Distribución de participantes según el lugar de residencia (n=81).

Residencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cantón		
Tibás	65	80.2
Cantón Central	1	1.2
Moravia	10	12.3
Desamparados	1	1.2
Santo domingo	3	3.7
Pavas	1	1.2
Distrito		
Llorente	16	19.8
San Sebastián	1	1.2
San Vicente	9	11.1
San Juan	41	50.6
San Miguel	3	3.7
Colima	1	1.2
Lomas del Rio	1	1.2
San Francisco de Dos Ríos	1	1.2
No responde	8	9.9

Fuente: Cuestionario de datos generales.

De igual forma, se debe considerar que los distritos que más prevalecieron fueron el de San Juan, seguido por el de Llorente, ambos pertenecientes al cantón de Tibás. Cabe mencionar que algunas personas indicaron no conocer el distrito al que pertenecen y, por lo tanto, no respondieron a la pregunta realizada.

Además, existe una minoría proveniente de otros cantones y es tratada en diversos centros de salud, así también, se presentaron casos en donde las personas mencionaron no asistir a ningún centro de salud para el control de su HTA, pero sí indicaron que compraban sus medicamentos en la farmacia por medio de recetas adquiridas anteriormente.

Por otra parte, existió variedad en las ocupaciones u oficios de las personas participantes, algunos con profesiones y otros con oficios, sin embargo, prevalecieron las amas de casa y las personas pensionadas, lo cual se logra apreciar en la Tabla 3. Se debe de considerar que una persona no indicó a que se dedicaba, solamente reportó estar desempleada.

Tabla 3

Distribución de participantes según profesión u oficio (n=81).

Ocupación u oficio	Frecuencia(n)	Promedio (%)
<i>Ama de casa</i>	27	33.3
<i>Pensionado (a)</i>	22	27.2
<i>Ocupaciones</i>	17	21.0
<i>Profesionales</i>	14	17.3
<i>No responde</i>	1	1.2

Fuente: Cuestionario de datos generales.

Ahora bien, en la Tabla 4 se presenta la distribución de las personas participantes según determinadas variables. Respecto a la edad la menor fue de 32 años y la mayor de 75 años. Siendo la media de edades de 59.8, la mediana de 62 y la desviación estándar de 10.6. Se evidencia que la mayoría de la muestra estuvo compuesta por mujeres que se identificaban con el género femenino.

Asimismo, se destaca que de las personas con HTA reclutadas el 86,4% vivían acompañadas y una pequeña cantidad vivían solas. En cuanto al grado de escolaridad,

únicamente el 54,3% no tenía estudios superiores, no obstante, la escolaridad más frecuente fue la de secundaria incompleta.

Tabla 4

Distribución de participantes según datos generales (n=81).

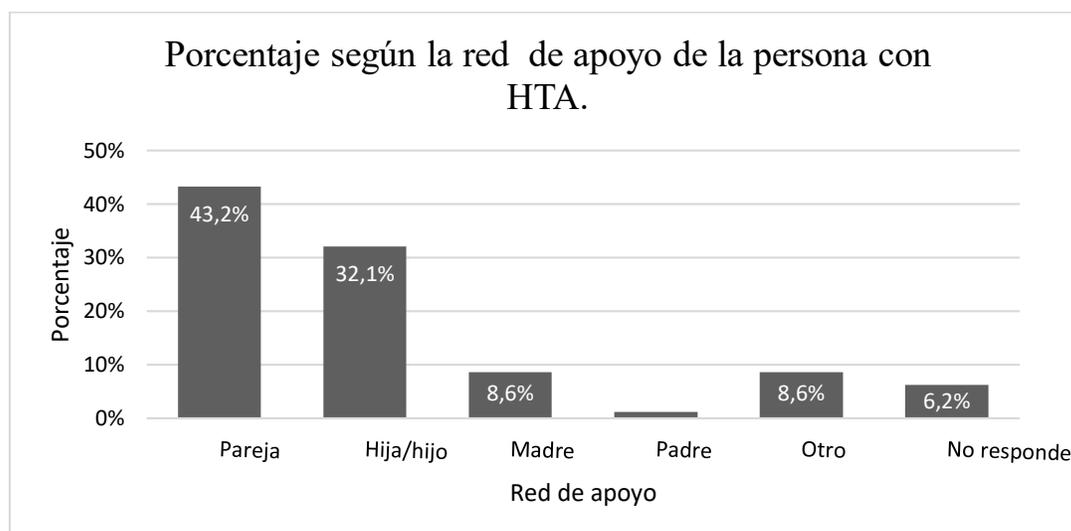
Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	28	34.6
Mujer	53	65.4
Género		
Femenino	28	34.6
Masculino	53	65.4
Edad		
32-42	7	8.6
43-52	10	12.4
53-64	32	39.4
65-75	32	39.5
Con quien vive		
Solo	11	13.6
Su pareja	30	37.0
Con familiares	40	49.4
Escolaridad		
Ninguna	2	2.5
Primaria incompleta	6	7.4
Primaria completa	11	13.6
Secundaria incompleta	12	14.8
Secundaria completa	7	8.6
Técnica completa	6	7.4
Parauniversitaria completa	3	3.7
Parauniversitaria incompleta	6	7.4
Universitaria diplomado completa	1	1.2
Universitaria bachillerato completo	3	3.7
Universitaria bachillerato incompleto	9	11.1
Universitaria licenciatura completo	6	7.4
Universitaria licenciatura incompleto	2	2.5
Universitaria maestría completo	5	6.2
Universitaria maestría incompleto	2	2.5

Fuente: Cuestionario de datos generales.

Se encontró que, de las 81 personas participantes 76 (93.8%) contaban con una red de apoyo y solamente 5 (6%) indicaron no tenerla. Asimismo, en su mayoría la red de apoyo estaba conformada por la pareja e hijos o hijas, como se ve en la Figura 7.

Figura 6

Red de apoyo de la persona con HTA



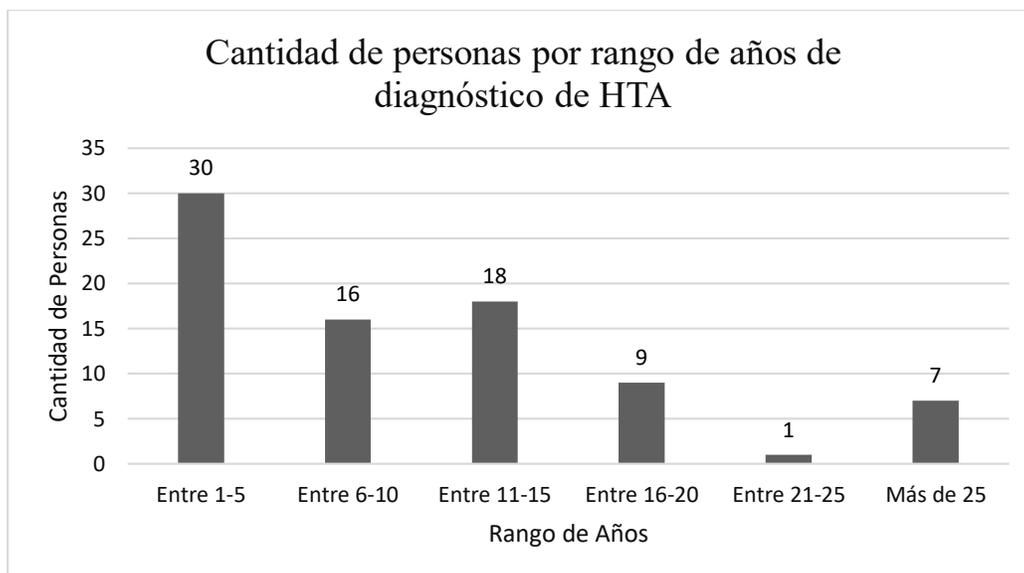
Nota. Porcentaje según la red de apoyo de la persona con HTA (Elaboración propia, 2019).

En cuanto al área de estudio, de las 43 personas participantes con un nivel de escolaridad Técnica, Parauniversitaria o Universitaria (53%), las que se reportaron con mayor frecuencia fueron Administración de empresas por 7 personas (16.3%) y Educación por 5 (11.6%), seguidamente Contabilidad y Topografía, ambas reportadas por 2 participantes respectivamente (4.7%). Mientras que con menor frecuencia se reportaron Medicina, Asistente de pacientes, Nutrición, Extensión Agrícola, Matemática, Economía, Derecho e Ingeniería Aeronáutica, todas estas sólo reportadas por una persona cada una (2.3%). Además, cabe destacar que 22 participantes no respondieron (51.2%).

En lo que se refiere a la cantidad de años desde el diagnóstico médico de HTA, 65 (80,2%) de las personas participantes aseguraron recordar hace cuántos años se les realizó este diagnóstico. El 19.8% (16) restante de las personas participantes no recordó hace cuántos años les realizaron el diagnóstico médico, por lo que marcaron un rango aproximado. Es precisamente por esta variabilidad en las posibilidades de reporte que se describen los resultados en rangos de años, como se muestra en la Figura 8.

Figura 7

Años de diagnóstico de HTA



Nota. Distribución de personas por rango de años de diagnóstico de HTA (Elaboración propia, 2019).

Es así que el 37% de las personas participantes registró un rango entre 1-5 años desde el diagnóstico médico de HTA, seguidamente el 22.2% reportó un rango entre los 11 y 15 años, de manera muy similar fue registrado el rango de 6-10 años por un 19.8% de las y los participantes. Estos tres rangos representaron las respuestas de la mayor parte de las personas participantes (79%), por su parte la minoría (21%) reportó rangos entre los 16-20 años (11.1%), más de 25 años (8.6%), finalmente el menos reportado fue el rango entre los 21-25 años, referido por tan sólo una persona (1.2%).

Es necesario resaltar que la menor cantidad de años desde el diagnóstico de HTA registrada fue de un año, mientras que la mayor fue de 32 años. Por otra parte, la moda fue el rango entre 1-5 años, mientras que la mediana fue entre 6-10 años.

La mayoría de las personas participantes (59.3%) presentó dos o más patologías conjuntas, como es posible observar en la Tabla 5. Tan sólo menos de un tercio presentó solamente una enfermedad crónica, en este caso HTA. De estas últimas algunas anotaron fármacos usualmente utilizados para el tratamiento de otras enfermedades,

principalmente dislipidemia, trastornos psiquiátricos e hipotiroidismo, lo que podría indicar que el porcentaje de personas con otras patologías es mayor al registrado.

Tabla 5

Distribución de enfermedades crónicas registradas por persona (n=81).

Número de enfermedades crónicas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Una</i>	33	40.7
<i>Dos</i>	33	40.7
<i>Tres</i>	6	7.4
<i>Cuatro</i>	5	6.2
<i>Cinco</i>	3	3.7
<i>Seis</i>	1	1.2

Fuente: Cuestionario de Datos Generales.

Como se observa predominó la presencia de dos enfermedades crónicas por persona en una proporción igual a la presentada con una sola patología, por su parte tan sólo la minoría (18.6%) aseguró presentar más de tres enfermedades, con un máximo de 6 por persona. El promedio fue de 2 enfermedades por persona (DE=1.13).

En la Tabla 6 se presentan las otras enfermedades crónicas (es decir, exceptuando la HTA) registradas por las 48 personas que presentaban dos o más patologías crónicas, organizadas de acuerdo a los sistemas del cuerpo humano.

La mayoría de las personas registró enfermedades endocrinas, entre ellas, las más frecuentes fueron diabetes mellitus tipo II (43.8%), hipotiroidismo (8.3%) y prediabetes (6.3%), en segundo lugar, estaban las respiratorias conformadas principalmente por asma (27.1%) y rinitis alérgica (4.2%). Seguidamente las de tipo cardiovascular como la dislipidemia (12.5%). De todas estas las tres enfermedades reportadas con mayor frecuencia fueron en orden de importancia diabetes mellitus tipo II, asma y dislipidemia.

De manera congruente con lo anterior, la combinación de enfermedades crónicas que más se presentó fue HTA+Diabetes Mellitus II o Prediabetes, seguida en mucho menos cantidad por HTA+Asma y en tercer lugar HTA+Asma+Diabetes Mellitus II o Prediabetes.

Tabla 6

Distribución de personas con dos o más enfermedades crónicas organizadas por sistema del cuerpo humano (n=48)

Sistema	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Endocrino	33	68.8
Respiratorio	16	33.3
Cardiovascular	12	25.0
Nervioso	8	16.7
Musculo-esquelético	6	12.5
Gástrico	3	6.3

Fuente: Cuestionario de Datos Generales.

En cuanto a los medicamentos que reportaron consumir las personas participantes, estos se detallan en las Tablas 7-8-9, de acuerdo al número de fármacos por persona, así como los más frecuentes reportados para la HTA y en general para el tratamiento de las respectivas enfermedades crónicas registradas.

Tabla 7

Distribución de medicamentos por persona (n=81).

# de Medicamentos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Uno</i>	17	21.0
<i>Dos</i>	21	26.0
<i>Tres</i>	11	13.6
<i>Cuatro</i>	11	13.6
<i>Cinco</i>	6	7.4
<i>Seis</i>	7	8.6
<i>Siete</i>	4	4.9
<i>Más de Siete</i>	4	4.8

Fuente: Cuestionario de Datos Generales.

La mayor parte de las personas participantes consumía entre uno y dos fármacos (47%), aunque cabe destacar que un porcentaje considerable (27.2%) utilizaba tres o cuatro medicamentos de manera conjunta. En menor proporción se registraron las personas que hacían uso de cinco o más fármacos (25.7%). En general, el promedio de medicamentos por persona fue de 3 (DE=2.27), el mínimo fue de un fármaco por

persona y el máximo de 11 (reportado por una persona). El 50% de las personas consumía 3 medicamentos o menos, mientras que, el restante 50% 3 o más.

Como se observa en la Tabla 8 los tres fármacos más utilizados para el control de la HTA fueron Irbesartán, Enalapril y Amlodipino, que juntos representan el 102.5% del tratamiento antihipertensivo, seguidos de manera considerable (49.4%) por Hidroclorotiazida y Atenolol. Los diuréticos se utilizaban en menor proporción para el manejo de la HTA, que los antihipertensivos, según lo reportado por las personas participantes.

Tabla 8

Distribución de personas por tratamiento antihipertensivo reportado (n=81).

Tratamiento HTA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Antihipertensivos	104	128.4
Antagonistas ATII		
<i>Irbesartán</i>	36	44.4
<i>Valsartán</i>	1	1.2
<i>Telmisartán</i>	2	2.5
IECA		
<i>Enalapril</i>	25	30.9
Bloq. Canales de Ca+		
<i>Amlodipino</i>	22	27.2
Betabloqueadores		
<i>Atenolol</i>	15	18.5
<i>Bisoprostol</i>	1	1.2
<i>Nevivolol</i>	1	1.2
<i>Propranolol</i>	1	1.2
Diuréticos	25	30.9
De Asa		
<i>Furosemida</i>	5	6.2
Tiazida		
<i>Hidroclorotiazida</i>	20	24.7

Fuente: Cuestionario de Datos Generales.

De esta forma, los antagonistas ATII, los IECA, los bloqueadores de canales de Ca⁺ y los diuréticos tipo tiazida fueron los grupos terapéuticos más empleados. Cabe destacar que, como se observó en la Tabla 8, la mayoría de las personas utilizaba más

de un fármaco, entre ellos algunos utilizaban dos o tres fármacos para el manejo de la hipertensión arterial, es por ello que en esta tabla supera el 100%.

Asimismo, los 8 fármacos utilizados por las personas participantes con mayor frecuencia fueron en orden descendente: Irbesartán, Enalapril, Amlodipino, Lovastatina, Metformina, Hidroclorotiazida, Atenolol y Aspirina, como se representa en la Tabla 9. En su mayoría estos fármacos están vinculados al tratamiento de la HTA, así como de otras enfermedades cardiovasculares, ya sea, como medio de profilaxis cardiovascular, como también en el tratamiento de Dislipidemias y Diabetes Mellitus tipo II.

Por su parte, la combinación de tratamientos antihipertensivos más frecuente fue: la de un diurético más un Bloqueador del receptor de angiotensina en el 15% de los casos, seguido por los Bloqueadores de canales de calcio más un IECA generándose en el 5% de las personas participantes.

Como resulta evidente, el grupo terapéutico más frecuentemente registrado por las personas participantes fue el de los antihipertensivos, seguido por los hipoglicemiantes, y en menor grado por los hipolipemiantes y diuréticos (ver Tabla 9), estos últimos, utilizados en el control de la presión arterial de manera conjunta con antihipertensivos. El resto de los fármacos reportados por las personas para el tratamiento de sus enfermedades crónicas se detallan en el anexo 7.

Es importante señalar que del total de las personas participantes 74 (95%) conocía sus medicamentos para la hipertensión arterial, sin embargo, a veces se les dificultaba recordar sus nombres y utilizaban como ayuda las recetas de los mismos. Siendo así que, solamente una minoría de 2 personas no sabían para que enfermedad específica era cada medicamento y otras 2 confundieron la enfermedad para la cual los utilizaban.

Por otra parte, en cuanto a la vía de administración reportada la más frecuente fue la oral para 252 (93.7%) de los 269 fármacos empleados según el registro de las personas participantes, seguido por la vía subcutánea en 8 ocasiones (3%) todas estas insulinas e inhalada en 6 medicamentos para el control del asma y fibrosis quística (2.2%), mientras que en menor grado sólo para un fármaco cada uno (0.4%) la vía

rectal, nasal y oftálmica. Como es de esperar todos los fármacos empleados por las personas participantes para el control de la HTA fueron de administración oral.

Tabla 9

Distribución de participantes por fármaco y grupo terapéutico (n=81).

Tipo de fármaco	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hipoglicemiantes	33	40.7
Biguanida		
<i>Metformina</i>	20	24.7
Inhibidor DPP-4		
<i>Sitagliptina</i>	2	2.5
Inhib. SGLT2		
<i>Dapagliflozina</i>	1	1.2
Sulfonilurea		
<i>Glibenclamida</i>	1	1.2
Insulina		
Acción Corta		
<i>Insulina Simple</i>	5	6.1
Acción Intermedia		
<i>Insulina NPH</i>	3	3.7
Acción Prolongada		
<i>Insulina Glargina</i>	1	1.2
Hipolipemiantes	25	30.9
Estatinas		
<i>Lovastatina</i>	21	25.9
<i>Rosubastatina</i>	2	2.5
Fibrato		
<i>Ciprofibrato</i>	1	1.2
<i>Gemfibrozilo</i>	1	1.2
Antiagregante Plaquetario	14	17.3
Salicilato		
<i>Ácido Acetil Salicílico</i>	14	17.3
Antiácidos	9	11.1
Antagonistas H2		
<i>Famotidina</i>	6	7.4
Inhib. Bomba Protones		
<i>Omeprazol</i>	3	3.7

Fuente: Cuestionario de Datos Generales.

Siguiendo con la descripción del tratamiento farmacológico reportado por las personas participantes del estudio, el horario de toma de los medicamentos antihipertensivos más frecuente fue en las mañanas, puesto a que el 90% de las personas participantes consumían al menos uno de sus medicamentos antihipertensivos en un rango de las 5:30am a 12:00md.

Además, algunas personas no brindaron un horario específico, es decir, tres de ellas solamente mencionaron que lo consumían cada día y otra señaló que únicamente cumplía con su tratamiento a veces. Cabe destacar que, se presentaron 14 personas (17%) que tenían indicado su medicamento antihipertensivo dos veces al día.

En cuanto a la fecha de inicio de cada uno de los fármacos reportados, 2 (2.5%) personas no respondieron y 19 (23.5%) registraron no recordarlo. Por su parte, 17 participantes (21%) refirieron que hace 10 años empezaron con el tratamiento farmacológico actual, seguido por 5 años (18.5%) y un año (16%). Además, la menor cantidad de años fue 1, mientras que la mayor fue de 39 años con los mismos fármacos (1.2%).

Cabe destacar que dentro de los fármacos reportados por las personas como prescritos y utilizados por entre 20-39 años, resaltan principalmente antihipertensivos (Enalapril, Amlodipino, Irbesartán, Atenolol, Hidroclorotiazida y Furosemida), hipolipemiantes (Lovastatina), hipoglicemiantes (Metformina), anticoagulantes (Warfarina), antiagregantes plaquetarios (Aspirina), anticonvulsivantes (Fenitoína y Clonazepam), antidepresivos (Imipramina), antiarrítmicos (Diltiazem) y Levotiroxina.

4.2 Variables Principales

En la Tabla 10 se pueden observar los resultados generales más relevantes de las tres variables principales del estudio elaborado. Los cuales serán detallados en los próximos apartados, en primer lugar la representación de la enfermedad, en segundo lugar la adherencia terapéutica a los medicamentos y en tercer lugar el nivel de presión arterial sistólico y diastólico.

Tabla 10

Estadística descriptiva de las variables principales (n= 81).

Variable	Media	DE	Rango	Rango posible
Representación de la Enfermedad	33	12.21	10-58	0-80
Adherencia Terapéutica	6.7	1.57	1-8	1-8
Nivel de Presión Arterial*				
<i>Sistólica</i>	127	14.20	100-170	0-300
<i>Diastólica</i>	79	8.74	62-110	0-300

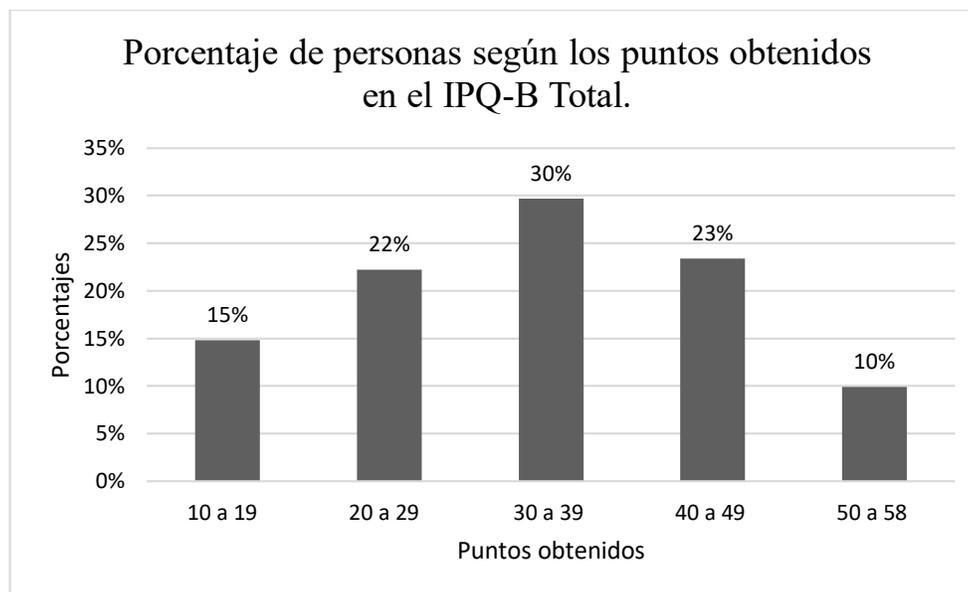
* Nivel de presión arterial sistólica y diastólica medida en mmHg.

4.2.1 Representación de la enfermedad

Respecto a los resultados de la representación de la HTA medidos por medio del IPQ-B, estos se plantearon haciendo hincapié en la suma de los puntajes totales; siendo el mínimo posible de 0 puntos y el máximo de 80 puntos, interpretándose que, a mayor puntaje más amenazante es la representación de la enfermedad (HTA).

En la representación de la enfermedad total, las personas adquirieron puntajes con un valor medio bajo, esto se logra apreciar al considerar que se obtuvo un rango de 10 a 58 puntos, no alcanzando ni el mínimo, ni el máximo nivel posible. A su vez, la frecuencia de distribución según las puntuaciones totales obtenidas en el IPQ-B se presentan en la Figura 9, con la que se puede decir que más del 70,4% de los y las participantes mantuvieron un puntaje menor o igual a la mitad (40 puntos).

Este cuestionario estaba constituido por 9 preguntas de las cuales 8 eran con alternativas cerradas de respuesta y 1 permitía tres respuestas abiertas. Conviene subrayar que, los puntajes de los ítems 3, 4 y 7 fueron invertidos para su interpretación, según lo detalla el instrumento; no obstante, las etiquetas se mantuvieron igual al cuestionario. En lo referente a los datos perdidos, se presentaron 2 personas (1.62%) que afirmaron no saber qué responder en el ítem 2 y otra persona (0.81%) que alegó lo mismo respecto al ítem 3, por tanto, para estos casos se realizó una sustitución de datos perdidos calculando el promedio de respuesta individual de la respectiva escala.

Figura 8*Total Representación de la Enfermedad*

Nota. Porcentaje de personas según los puntos obtenidos en el IPQ-B (elaboración propia, 2020).

Además, en la Tabla 11 se presentan los datos descriptivos de las respuestas brindadas por las personas participantes al cuestionario IPQ-B total y a cada una de sus dimensiones.

Tabla 11*Descripción de la puntuación del IPQ-B según sus dimensiones (n=81)*

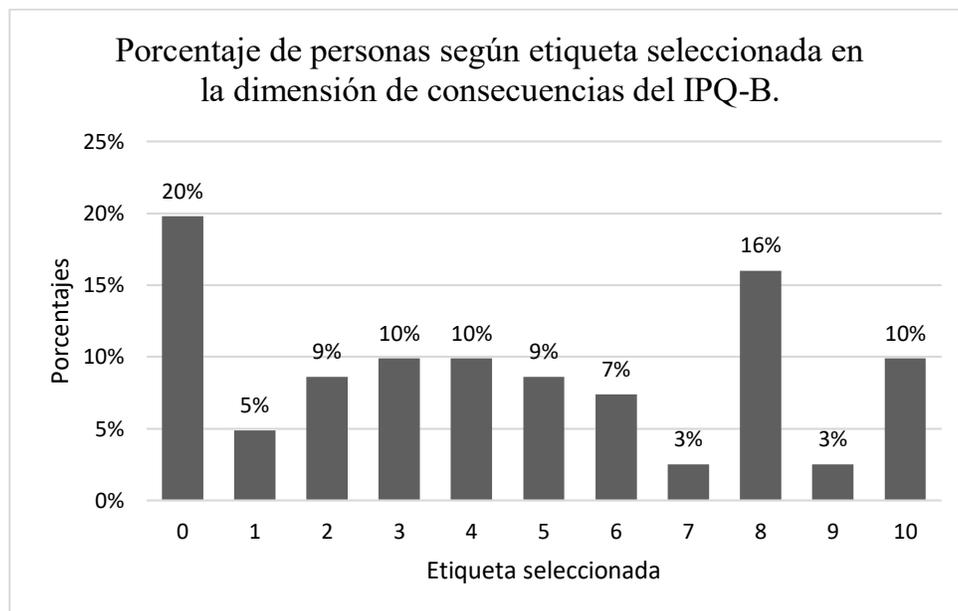
IPQ-B	Rango posible	Media	Mediana	Moda	DE
IPQ-B total	0-80	33.05	32.00	30	12.20
Consecuencias	0-10	4.46	4.00	0	3.36
Duración	0-10	8.79	10.00	10	2.48
Control personal	0-10	2.41	2.00	0	2.81
Control de tratamiento	0-10	1.20	0.00	0	2.03
Identidad	0-10	4.56	5.00	0	3.16
Preocupación	0-10	5.09	5.00	10	3.69
Coherencia	0-10	3.01	2.00	0	3.45
Emocional	0-10	3.54	2.00	0	3.41

Fuente: Resultados del IPQ-B total realizado a las y los participantes.

Considerando que cada dimensión fue evaluada por medio de un ítem se expone cada uno de los resultados obtenidos en los mismos. En el primer ítem que evaluó la dimensión de consecuencias, se consultó a las personas ¿Cuánto afecta la HTA a su vida?, obteniendo puntajes que estuvieron repartidos entre las personas que consideraban que la HTA no afectaba su vida (etiqueta 0) y los que creían que sí la afectaba (etiqueta 10), reflejando una ligera tendencia a que no la afecta, teniendo así una representación menos amenazante, tal como se evidencia en la Figura 10.

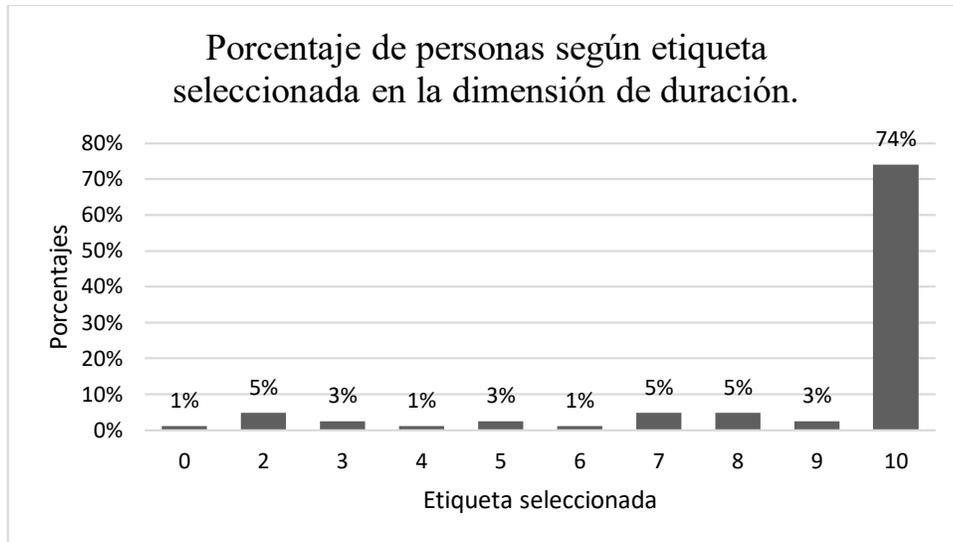
Figura 9

Dimensión Consecuencias



Nota. Porcentaje de personas según la dimensión de consecuencias del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

En el ítem 2 de duración, que consultaba acerca del tiempo que cree que durará su enfermedad, en las personas participantes la percepción de duración fue alta, tal como se aprecia en la media anteriormente expuesta, debido a que, en su mayoría, reportaron creer que su enfermedad durará para siempre (etiqueta 10), lo cual equivale a un mayor grado de amenaza de la HTA percibido (ver Figura 11).

Figura 10*Dimensión Duración*

Nota. Porcentaje de personas según la dimensión de duración del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

Por su parte el ítem 3 de control personal era inverso e indagó sobre el control que sentía la persona sobre su enfermedad, un 40.7% de las personas se decantaron por los puntajes de control total (etiqueta 10), denotándose mayor percepción de control y, por ende, menos amenaza para su salud causada por la HTA.

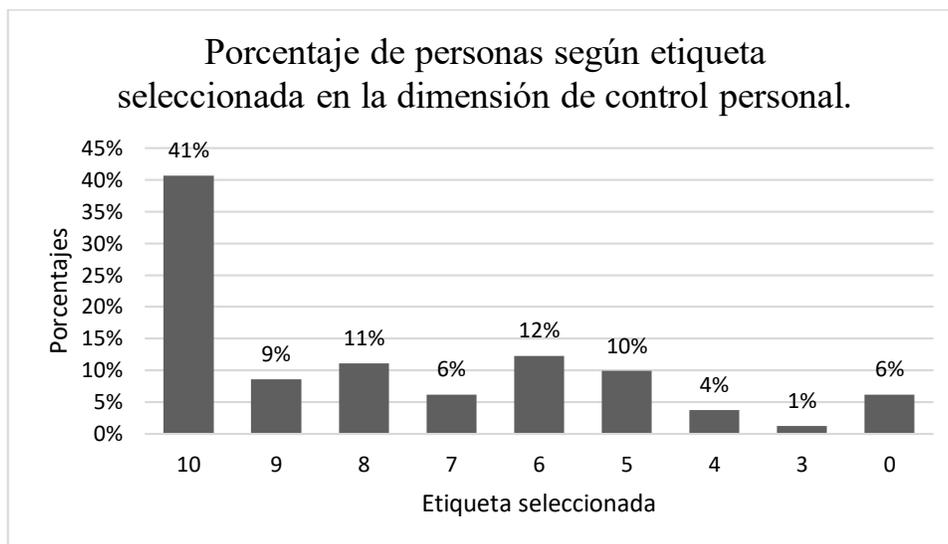
En contraparte, tal como se puede apreciar en la Figura 12 solamente el 6.2% afirmó no tener ningún control (etiqueta 0), por ende, la media presentada fue baja. Lo cual se debe analizar considerando lo anteriormente planteado de que en los ítems inversos el puntaje se encuentra invertido respecto a las etiquetas, es así que un puntaje más bajo denota una mayor percepción de control personal sobre la enfermedad (HTA).

El ítem 4 que al igual que el ítem 3 requiere de invertir el puntaje en su interpretación, trata acerca de la dimensión de control de tratamiento, es decir, en qué medida creen los y las participantes que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad, la mayoría de estas (60,5%) creyeron que ayuda muchísimo (etiqueta 10) y solamente una persona que no ayuda en absolutamente nada (etiqueta 0), interpretándose como mayor percepción de control de la enfermedad con ayuda del tratamiento

antihipertensivo y, por tanto, una representación menos amenazante de la enfermedad (ver Figura 13).

Figura 11

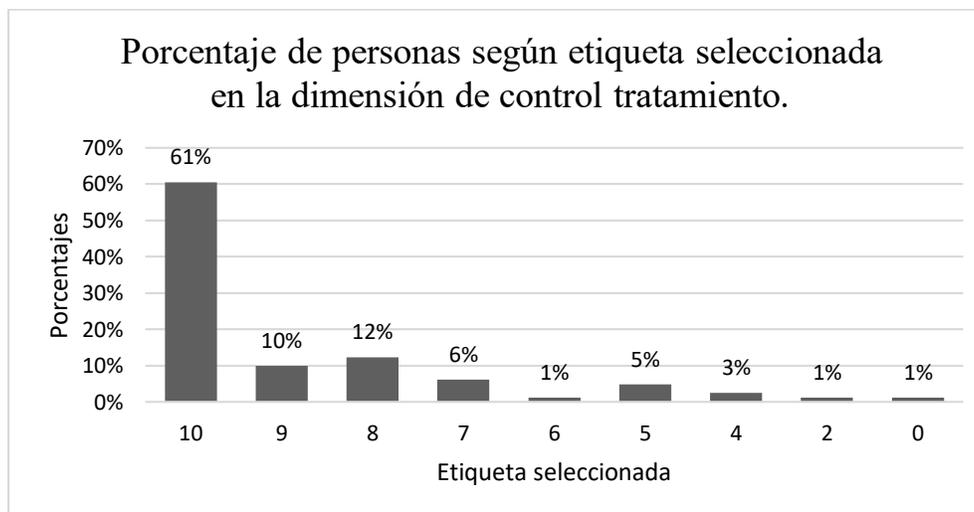
Dimensión Control Personal



Nota. Porcentaje de personas según la dimensión de control personal del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

Figura 12

Dimensión Control Tratamiento

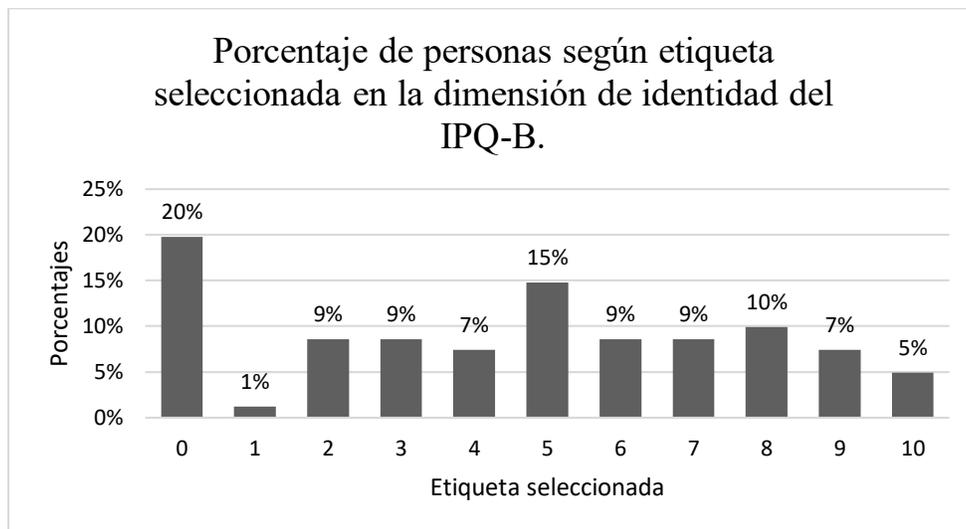


Nota. Porcentaje de personas según la dimensión de control tratamiento del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

En el ítem 5 para valorar la dimensión de identidad se utilizó la pregunta ¿En qué medida siente usted síntomas debido a su enfermedad? Ante esta interrogante tal como se muestra en la Figura 14, se obtuvieron opiniones divididas por parte de las personas, entre no sentir ningún síntoma (etiqueta 0) y sentir síntomas graves (etiqueta 10). No obstante, la etiqueta más marcada fue la de absolutamente ningún síntoma, lo cual significaría una representación menos amenazante de la HTA.

Figura 13

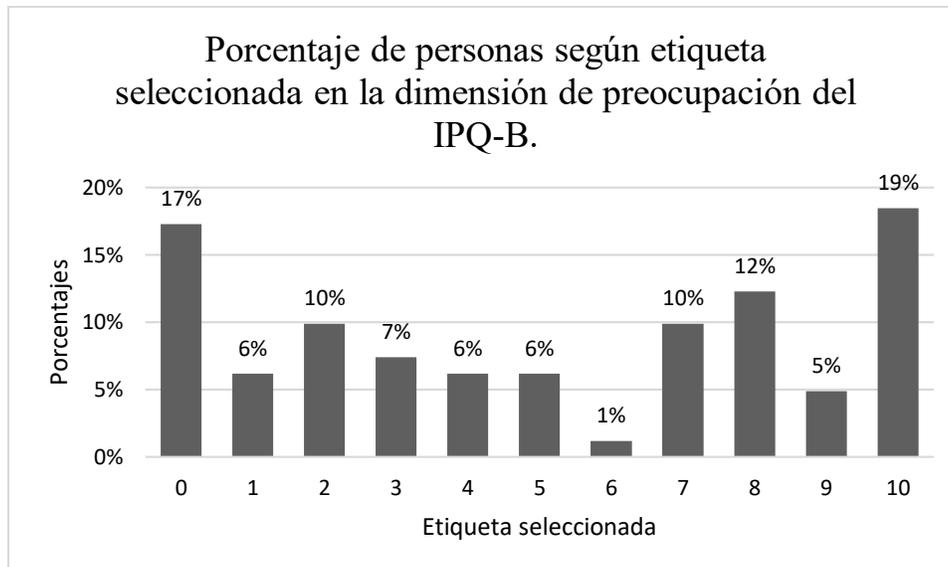
Dimensión Identidad



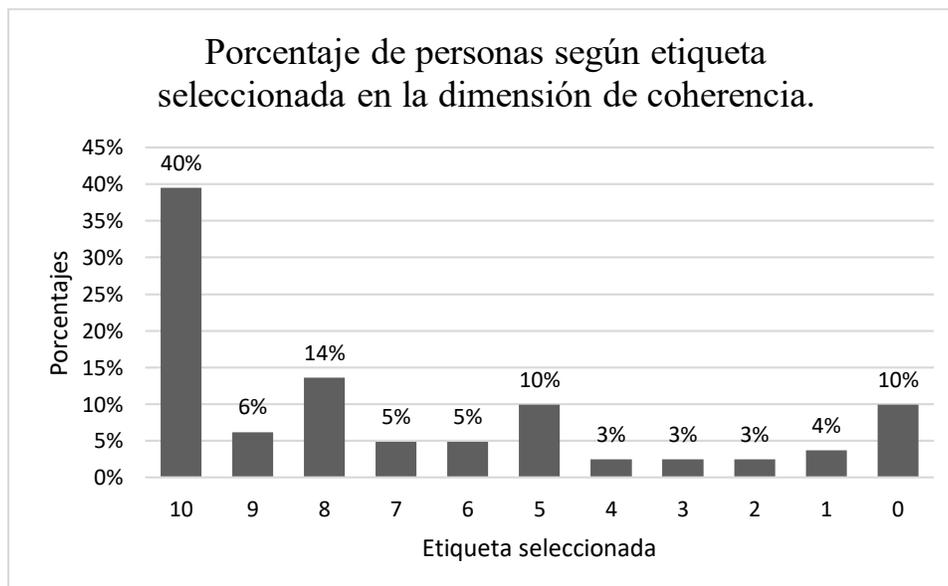
Nota. Porcentaje de personas según la dimensión de identidad del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

Consecutivamente ante la consulta realizada a las personas participantes en el ítem 6 acerca de la medida de preocupación por su enfermedad, estas respondieron casi uniformemente entre las dos etiquetas extremas posibles de absolutamente nada preocupado (etiqueta 0) y extremadamente preocupado (etiqueta 10). Empero la representación de amenaza fue un poco mayor, al darse una leve inclinación al extremadamente preocupados por su HTA, tal como se evidencia en la subsiguiente Figura 15.

Por otra parte, en la dimensión de coherencia, su puntaje también es inverso. En esta se indagó ¿en qué medida siente usted que entiende su enfermedad? (ver Figura 16).

Figura 14*Dimensión Preocupación*

Nota. Porcentaje de personas según la dimensión de preocupación del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

Figura 15*Dimensión Coherencia*

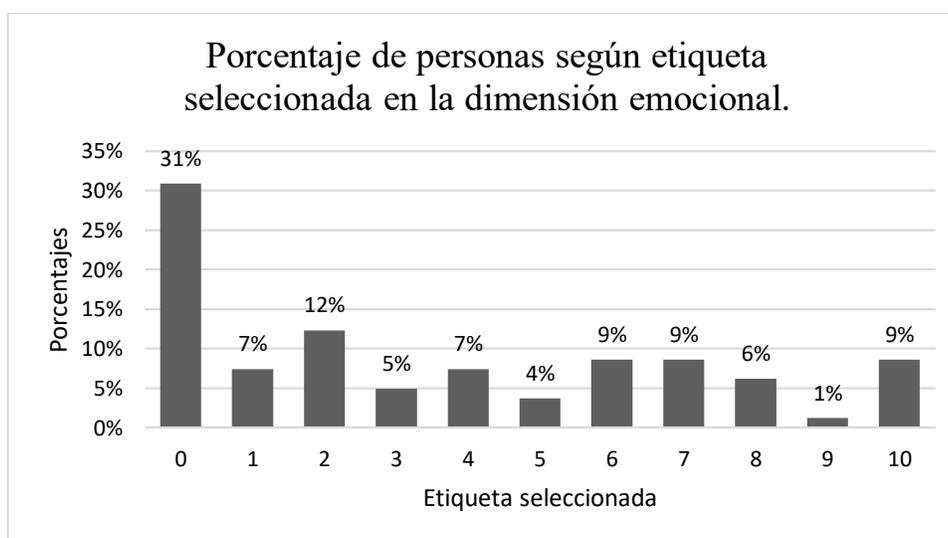
Nota. Porcentaje de personas según la dimensión de coherencia del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

Obteniéndose así en la dimensión de coherencia que la mayoría seleccionó etiquetas cercanas a “la entiendo claramente” (etiqueta 10), indicando que las personas creen tener gran comprensión de la HTA, lo cual implicaría una representación menos amenazante de la enfermedad, puesto que consideran que entienden bien su condición.

Posteriormente para medir la dimensión emocional se empleó el ítem 8, indagando ¿En qué medida le afecta emocionalmente su enfermedad? Ya sea, que se sientan con rabia, asustados, enojados o deprimidos por motivo de la HTA, ante lo cual se adquirió una mejor puntuación referente a que no los afecta absolutamente nada emocionalmente (etiqueta 0), lo cual revela una representación menos amenazante de la enfermedad (ver Figura 17).

Figura 16

Dimensión Emocional



Nota. Porcentaje de personas según la dimensión emocional del IPQ-B (elaboración propia, 2020).

Para finalizar con la descripción de los resultados del IPQ-B, en la pregunta 9, las personas mencionaron los tres factores (en orden de importancia) que creían que causaron su enfermedad. Es así como en la Tabla 12 se identifica el estrés como la principal causa de la HTA, seguido muy de cerca por la herencia/genética, mientras que en el tercer lugar resaltan las personas que desconocían las respuestas y en cuarto lugar

la alimentación/obesidad, posteriormente se desglosan otras causas que representaron el restante 28% de la muestra.

Tabla 12

Causa n°1 de la HTA según frecuencia y porcentaje (n=81).

Causa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estrés	27	33
Herencia/genética	16	20
No sabe	10	12
Alimentación/ obesidad	7	9
Edad	5	6
Falta de Ejercicio	4	5
Estilo de vida	3	4
Emocional	3	4
Licor	2	2
Medicamentos	2	2
Diabetes	1	1
Menopausia	1	1

Fuente: Cuestionario del IPQ-B (Elaboración propia, 2020).

Es de suma relevancia que solamente el 59% de las personas participantes indicaron conocer un segundo factor causante de su HTA. Tal como se muestra en la Tabla 13 el estrés y la alimentación/sobrepeso son asociados nuevamente como causas de la HTA.

Tabla 13

Causa n°2 de la HTA según frecuencia y porcentaje (n=81).

Causa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No sabe	33	41
Estrés	24	30
Alimentación/ sobrepeso	9	11
Emocional	3	4
Herencia/Genética	3	4
Falta de ejercicio	3	4
Tabaquismo	2	2
Cambios bruscos de temperatura	1	1
Edad	1	1
Insomnio	1	1
Pánico	1	1

Fuente: Cuestionario del IPQ-B (Elaboración propia, 2020).

Finalmente, la mayoría de las personas participantes (58%) refirieron no conocer un tercer factor causante de HTA. No obstante, en concordancia con los datos anteriores de la Tabla 14 se logró observar que el 25% también consideran la alimentación/sobrepeso, la herencia/genética y el estrés como causas que le generaron la HTA. Asimismo, se introducen otras causas que no habían sido expresadas antes como lo son los efectos adversos de los medicamentos.

Tabla 14

Causa n°3 de la HTA según frecuencia y porcentaje (n=81).

Causa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No sabe	47	58
Alimentación/ sobrepeso	9	11
Estrés	8	10
Herencia/genética	3	4
Falta de ejercicio	3	4
Emocional	3	4
Estilo de vida	3	4
Tabaquismo	2	2
Efectos secundarios de medicamentos	1	1
Edad	1	1
Pobreza	1	1

Fuente: Cuestionario IPQ-B (Elaboración propia, 2020).

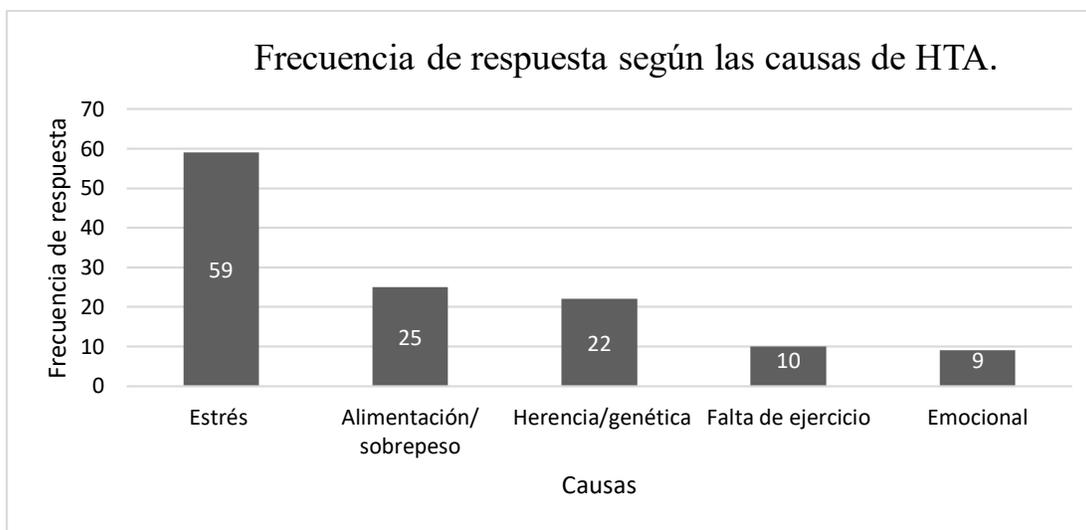
A continuación, en la Figura 18 se muestran las frecuencias totales de los factores causantes percibidos de la HTA según las personas participantes. Se debe acotar que la respuesta más repetida fue no sabe en 90 ocasiones, lo que ocurre a razón de que esta era la única respuesta que una misma persona podía repetir en los 3 espacios disponibles de respuesta abierta y hubo personas que indicaron no tener conocimiento de ninguna de las causas de su HTA.

Como se logra demostrar en la Figura 18 en su mayoría de veces las personas señalaron el estrés como causa de su HTA ya sea en primer, segundo o tercer lugar. Representando al 73% de la muestra que lo asocia a su HTA. En menor cantidad el 31% de los y las participantes considera la alimentación/ sobrepeso como causa y muy de

cerca le sigue la herencia/genética constituyendo el 27% de la población participante. Finalmente, la falta de ejercicio y el factor emocional también tuvo una importante valía entre las respuestas brindadas.

Figura 17

Causas Percibidas de HTA



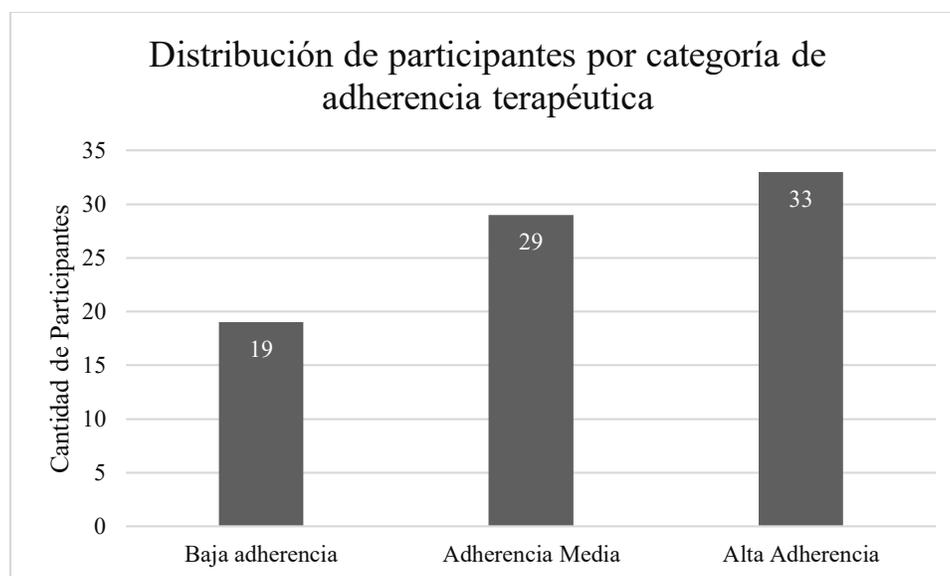
Nota. Frecuencia de respuesta según las causas de HTA (elaboración propia, 2020).

4.2.2 Adherencia Terapéutica

En lo que respecta al nivel de adherencia terapéutica a los medicamentos que presentaron las personas participantes, la media fue de 6.7 (DE=1.56), lo que corresponde a una adherencia media (6 a menos de 8 pts). Así también la mediana fue de 7, por tanto, el 50% de las personas mostró una adherencia media a alta, mientras que el 50% restante una adherencia media a baja.

La menor adherencia reportada fue de 1 punto por una persona (1.2%), que indica una adherencia baja, mientras que la mayor fue de 8 pts por alrededor de 33 participantes (40.7%), que sugiere una adherencia alta, seguida por el puntaje de 7, con un total de 14 personas participantes (17.3%), que denotó una adherencia media.

Como se observa en la Figura 19 la mayoría de las personas participantes presentaron una adherencia alta, e incluso la mayor parte se encuentra entre una adherencia media a alta (76.5%).

Figura 18*Adherencia Terapéutica Registrada*

Nota. Distribución de participantes por categoría de adherencia terapéutica (Elaboración propia, 2020).

Ahora bien, dada la importancia de cada uno de los ítems que evalúa la escala, se detallan a continuación los resultados en cada uno de estos. En la Tabla 15 se detalla la distribución de frecuencias registrada de las tres categorías de adherencia que mide la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8).

Poco más de la mitad de las personas participantes aseguró que no se le ha olvidado tomar la medicación para el control de la HTA. Igualmente, la mayoría de las personas participantes reconoció que en las dos últimas semanas no ha olvidado tomar su medicación para la HTA.

Las personas participantes aseguran en su mayor parte que no han reducido ni dejado de tomar la medicación para el control de la HTA, sin consultarlo con su médico(a), cuando se sentían mejor o peor al consumirlo. Casi el 100% de las personas refirió haber tomado la medicina para la HTA el día anterior al llenado del cuestionario.

La mayoría de las y los participantes aseguró que cuando viaja o está fuera de su hogar lleva consigo la medicación para el control de la HTA. Poco más del 90% de las

personas participantes aseguró no sentirse presionado (a) para seguir con el tratamiento antihipertensivo.

Tabla 15

Distribución de participantes según respuesta por pregunta al MMAS-8. (n=81)

Ítem	Respuestas			
	Sí	%	No	%
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	37	45.7	44	54.3
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	20	24.7	61	75.3
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	10	12.3	71	87.7
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	9	11.1	72	88.9
5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	79	97.5	2	2.5
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	9	11.1	72	88.9
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	7	8.6	74	91.4

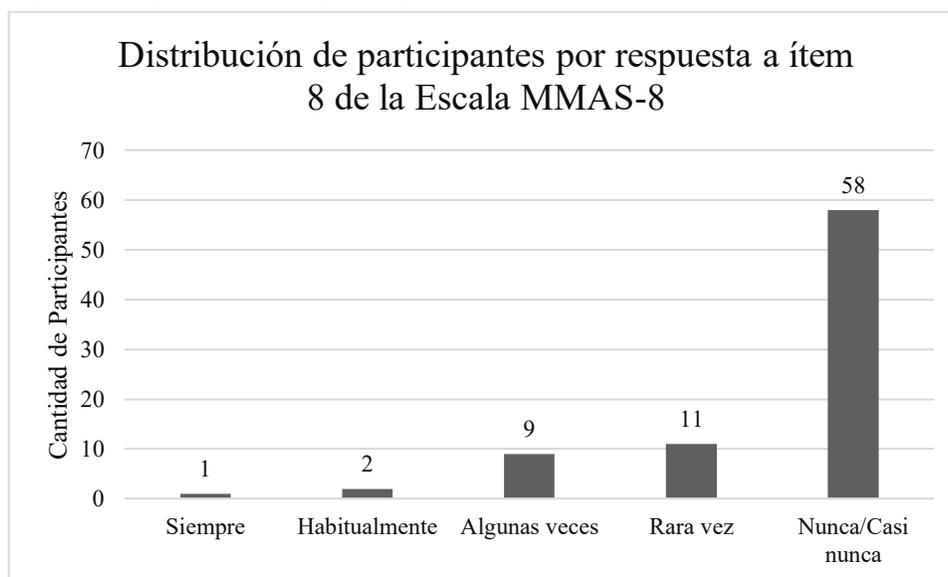
Fuente: Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) aplicada a las personas participantes (Elaboración propia, 2020).

La octava pregunta de la escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8), a diferencia de los demás ítems, se contesta con una escala tipo Likert, por lo que resulta necesario describir los resultados de este ítem por separado en la Figura 20. Al ser consultadas las personas participantes por la frecuencia con que tenían

dificultades para recordar tomar todas sus medicinas, en su mayoría refirieron que nunca o casi nunca han presentado dificultades para recordarlo (71.6%).

Figura 19

Dificultad en la Toma de la Medicación



Nota. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) aplicada a las personas participantes (Elaboración propia, 2020).

4.2.3 Presión arterial

La toma de la presión arterial se realizó siguiendo el protocolo de medición estipulado por la AHA, tal como se explicó en el marco metodológico, para lo cual fue necesario identificar el brazo que debía ser utilizado para obtener el promedio de la presión arterial. Este como se evidencia en la Figura 21, en la mayoría de los casos fue el brazo izquierdo (60%).

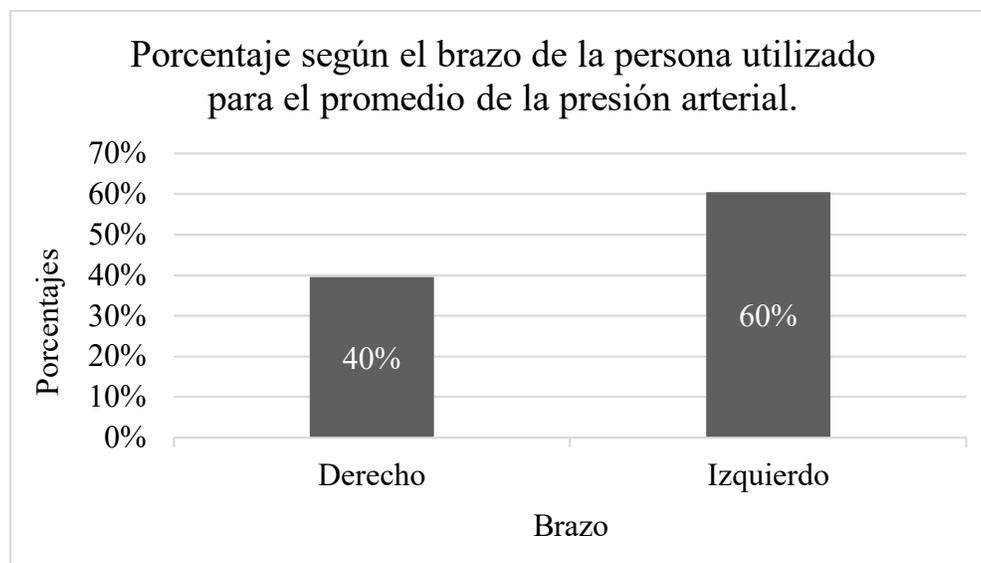
Se debe mencionar que las 3 mediciones de la PA indicadas por la AHA fueron realizadas en 78 de las personas (96%), ahora bien, hubo 3 casos de mujeres que habían sido sometidas a mastectomía, por tanto, ambas mediciones se realizaron en el mismo brazo.

En la presente investigación se tomó como referencia la clasificación de presión arterial de la AHA y se comparó con las categorías de la CCSS. Trascendiendo que,

ambas difieren principalmente en que las categorías de la CCSS³³, consideran valores de PA más altos que los de la AHA y en que la CCSS utiliza 6 categorías de nivel de presión arterial en vez de las 4 empleadas por la AHA.

Figura 20

Brazo de Promedio de Presión Arterial



Nota. Porcentaje según el brazo utilizado para el promedio de la presión arterial (Elaboración propia, 2020).

Tomando en consideración lo anteriormente planteado se muestran los resultados del promedio de la presión arterial sistólica y diastólica de las personas contemplando los datos estadísticos generales y la categorización de las mismas según la AHA y la CCSS.

4.2.3.1 Presión Arterial Sistólica. Como se aprecia en la Tabla 16, según la clasificación de la AHA la presión normal, la presión elevada y la hipertensión estadio I tienen la misma frecuencia en la población participante aglutinando el 81,5% de la muestra. En el caso de la hipertensión estadio II se dieron menos casos, no obstante, representaron un promedio considerable (18,5%). Finalmente, no se presentó ninguna persona con crisis hipertensiva.

Tabla 16

Clasificación de los niveles de presión arterial sistólica (mmHg) según la AHA

(*n=81*).

Categoría Presión Arterial Sistólica (mmHg)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Presión Normal (<120)	22	27.2
Presión elevada (120-129)	22	27.1
Hipertensión estadio I (130-139)	22	27.2
Hipertensión estadio II (>140)	15	18.5
Crisis de hipertensión (>180)	0	0.0

Fuente: Resultados de la toma de presión arterial realizada a los y las participantes (Elaboración propia, 2020).

Por su parte, en la clasificación de la CCSS³³ se muestran frecuencias uniformes entre las categorías de presión óptima, presión normal y pre-hipertensión dando como resultado que solamente el 18,5% de los participantes mostró algún grado de HTA (ver Tabla 17). Es así como, la presión arterial sistólica menor presentada por las personas fue de 100 mmHg, mientras que la mayor fue de 170 mmHg, siendo los valores más frecuentes el de 140 mmHg y el 130 mmHg, con una mediana de 126 mmHg, la media de 127 mmHg y la desviación estándar de 14.20.

Tabla 17

Clasificación de los niveles de presión arterial sistólica (mmHg) según la CCSS

(*n=81*).

Categoría Presión arterial sistólica (mmHg)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Óptima (< 120)	22	27.2
Normal (120–129)	22	27.1
Pre-hipertensión (130–139)	22	27.2
HTA Grado 1 (140–159)	13	16.0
HTA Grado 2 (160–179)	2	2.5
HTA Grado 3 (\geq 180)	0	0.0

Fuente: Resultados de la toma de presión arterial realizada a las personas (Elaboración propia, 2020).

4.2.3.2 Presión Arterial Diastólica. En la clasificación de la presión arterial diastólica según la AHA se observa que el 53,1% de la población participante mantiene

esta presión al menos elevada. A pesar de ello solo el 28,4% se mantiene en algún estadio de HTA (ver Tabla 18).

Tabla 18

Clasificación de los niveles de presión arterial diastólica según la AHA (n=81).

Categoría Presión Arterial Diastólica (mmHg)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Presión Normal (<80)	38	46.9
Presión elevada (80)	20	24.7
Hipertensión estadio I (80-89)	10	12.4
Hipertensión estadio II (>90)	13	16.0
Crisis de hipertensión (>120).	0	0.0

Fuente: Resultados de la toma de presión arterial realizada a los y las participantes (Elaboración propia, 2020).

Por el contrario, en la clasificación de la CCSS solamente el 20,8% mantiene una presión fuera del rango considerado como normal. Siendo la presión óptima la más frecuente y la menos habitual las presiones mayores o iguales a 100mmHg (ver Tabla 19).

Tabla 19

Clasificación de los niveles de presión arterial diastólica según la CCSS (n=81).

Categoría Presión arterial Diastólica (mmHg)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Óptima (< 80)	38	46.9
Normal (80–84)	26	32.1
Pre-hipertensión (85–89)	4	5.0
HTA Grado 1 (90–99)	11	13.5
HTA Grado 2 (100–109)	1	1.1
HTA Grado 3 (\geq 110)	1	1.2

Fuente: Resultados de la toma de presión arterial realizada a los y las participantes (Elaboración propia, 2020).

En lo referente al promedio de la presión arterial diastólica el valor mínimo obtenido fue de 62mmHg y el máximo de 110mmHg, la moda fue de 80mmHg y otro valor que fue muy frecuente ostentando el 21% de la muestra fue el de 70mmHg. Además, la media de la PAD fue de 79,04mmHg, la mediana de 80mmHg, generándose una desviación estándar de 8.73. Cabe recalcar que, según la clasificación de la AHA y de la CCSS no se presentaron crisis hipertensivas.³³

4.3 Correlaciones

En este apartado se describen las correlaciones encontradas entre las tres variables principales del estudio. Como se muestra en la Tabla 20, se identificaron tres correlaciones significativas entre las tres variables principales, en primer lugar, una correlación significativa positiva ($r=.494$, $p<0,01$) entre el promedio de presión arterial diastólica y el promedio de presión arterial sistólica, con un tamaño de efecto mediano, lo que indica que, a mayor nivel de presión arterial diastólica, mayor parece ser el nivel de presión arterial sistólica en las personas participantes.

En segundo lugar, se encontró una correlación significativa inversa ($r=-.398$, $p<0,01$) entre la adherencia terapéutica a los medicamentos y el promedio de presión arterial diastólica, con un tamaño de efecto mediano, lo cual quiere decir que conforme mayor es la adherencia a los medicamentos, menor parece ser el nivel de presión arterial diastólica en los y las participantes del estudio.

En tercer lugar, se observa una correlación significativa inversa ($r=-.332$, $p<0,01$) entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica, con un tamaño de efecto bajo, lo que parece indicar que cuando las personas reportan una representación de la enfermedad (HTA) más amenazadora, presentan una menor adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. No se encontró una correlación significativa entre el total de la representación de la enfermedad y el nivel de presión arterial diastólica y sistólica.

Con referencia a las dimensiones de la representación de la enfermedad se logran identificar otras correlaciones. Se identificó una correlación significativa inversa ($r=-.267$, $p<0,05$) entre la adherencia terapéutica y la dimensión control personal de la representación de la enfermedad, con un tamaño de efecto bajo. Esta dimensión es evaluada en el IPQ-B en el ítem 3, que dada la forma de puntaje requiere de ser invertida en la interpretación, y, por tanto, parece indicar que cuando las personas perciben menos control personal sobre su enfermedad (HTA), tienen menor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Continuando con la descripción, se observó una correlación significativa inversa ($r=-.317$, $p<0,01$) entre la adherencia terapéutica y la dimensión de control del tratamiento de la Representación de la Enfermedad, con un tamaño de efecto bajo. De la misma forma que la dimensión anterior, esta se evalúa en un ítem (en este caso el 4) que dada la forma de puntaje es necesario invertirla para su interpretación, lo que parece señalar que cuando las personas perciben un menor control del tratamiento para la HTA, tienden a presentar una menor adherencia a los antihipertensivos que utilizan.

Así también, se encontró una correlación significativa inversa ($r=-.254$, $p<0,05$) entre la adherencia terapéutica y la dimensión coherencia de la Representación de la Enfermedad, con un tamaño de efecto bajo. De manera congruente con las dos anteriores dimensiones que presentaron correlaciones con la adherencia a los medicamentos, su puntaje es necesario invertirlo para su interpretación, en este caso, el ítem que evalúa esta dimensión es el 7. Esta correlación parece indicar que cuando las personas presentan una menor coherencia, es decir cuando entienden menos su enfermedad (HTA), tienden a mostrar una menor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Por otra parte, se identificó una correlación significativa inversa ($r=-.255$, $p<0,05$) entre el promedio de presión arterial sistólica y la dimensión preocupación de la Representación de la Enfermedad, con tamaño de efecto bajo. Lo cual parece advertir que cuando las personas se preocupan más por su enfermedad (HTA) tienden a presentar niveles más bajos de presión arterial sistólica.

Por último, se observó una correlación significativa positiva ($r=.242$, $p<0,05$) entre el promedio de presión arterial diastólica y la dimensión coherencia de la Representación de la Enfermedad, con un tamaño de efecto bajo. Como se explicó anteriormente el ítem que evalúa la coherencia (7) se invierte para su interpretación en el puntaje. En otras palabras, cuando las personas presentan una menor coherencia, es decir, cuando entienden menos su enfermedad (HTA) parece ser que muestran niveles más altos de presión arterial diastólica.

Tabla 20*Correlaciones de Pearson entre las variables del estudio (n=81).*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Representación de la Enfermedad Total	1											
2. Consecuencias	.712**	1										
3. Duración	.285**	.241*	1									
4. Control Personal	.177	-.121	.028	1								
5. Control Tratamiento	.426**	.164	-.054	.119	1							
6. Identidad	.646**	.444**	-.001	-.110	.166	1						
7. Preocupación	.750**	.452**	.283*	.064	.113	.448**	1					
8. Coherencia	.116	-.046	-.423**	.006	.321**	-.005	-.276*	1				
9. Emocional	.740**	.533**	.187	-.138	.107	.458**	.693**	-.136	1			
10. Adherencia Terapéutica	-.332**	-.121	-.112	-.267*	-.317**	-.173	-.075	-.254*	-.081	1		
11. Promedio nivel de PAS	-.162	-.043	-.099	-.043	.040	-.144	-.255*	.141	-.189	-.174	1	
12. Promedio nivel de PAD	.043	-.002	-.068	-.131	.074	.147	-.117	.242*	.017	-.398**	.494**	1

Notas.

PAS= Presión Arterial Sistólica

PAD= Presión Arterial Diastólica

RE= Representación de la Enfermedad

** $p < 0,01$ (bilateral)* $p < 0,05$ (bilateral).

Asimismo, pese a que no son parte de las correlaciones que se buscaban en este estudio, como se observó en la Tabla 20 las diferentes dimensiones de la representación también muestran relaciones, las que por su relevancia vale la pena describir. Cabe resaltar primeramente que sólo con dos dimensiones no se encontró una correlación significativa con el total de la representación de la enfermedad: control personal y coherencia.

Se evidenció una correlación significativa positiva ($r=.241$, $p<0,05$) entre la dimensión de duración y la de consecuencias, así como entre esta última e identidad ($r=.444$, $p<0,01$) lo que por un lado parece sugerir que cuando las personas perciben que su enfermedad tiene mayor duración, tienden a considerar que les produce mayor afectación, es decir, mayores consecuencias. Mientras que, por otro lado, parece indicar que cuando las personas presentan una mayor identidad, es decir, cuando experimentan una sintomatología más grave, tienden a considerar que les produce mayor afectación, es decir, mayores consecuencias.

Por su parte, la dimensión de preocupación se encontró correlacionada de manera significativa y positiva con la de consecuencias ($r=.452$, $p<0,01$), duración ($r=.283$, $p<0,05$) e identidad ($r=.448$, $p<0,01$). En otras palabras, se insinúa que cuando las personas consideran que su enfermedad tiene una duración más prolongada, que les produce mayores consecuencias, es decir, mayor afectación, y/o una sintomatología más grave, tienden a presentar mayor preocupación.

Asimismo, se observó una correlación significativa positiva entre la dimensión emocional y la de consecuencias ($r=.533$, $p<0,01$), identidad ($r=.458$, $p<0,01$) y preocupación ($r=.693$, $p<0,01$). Lo que parece indicar que cuando las personas perciben que su enfermedad les produce más consecuencias, es decir, mayor afectación, sintomatología más grave y/o mayor preocupación, tienden a presentar mayor afectación emocional.

Para finalizar, la dimensión de coherencia presentó una correlación significativa positiva con el control del tratamiento ($r=.321$, $p<0,01$) y una correlación significativa negativa con duración ($r= -.423$, $p<0,01$) y preocupación ($r= -.276$, $p<0,05$). Lo cual

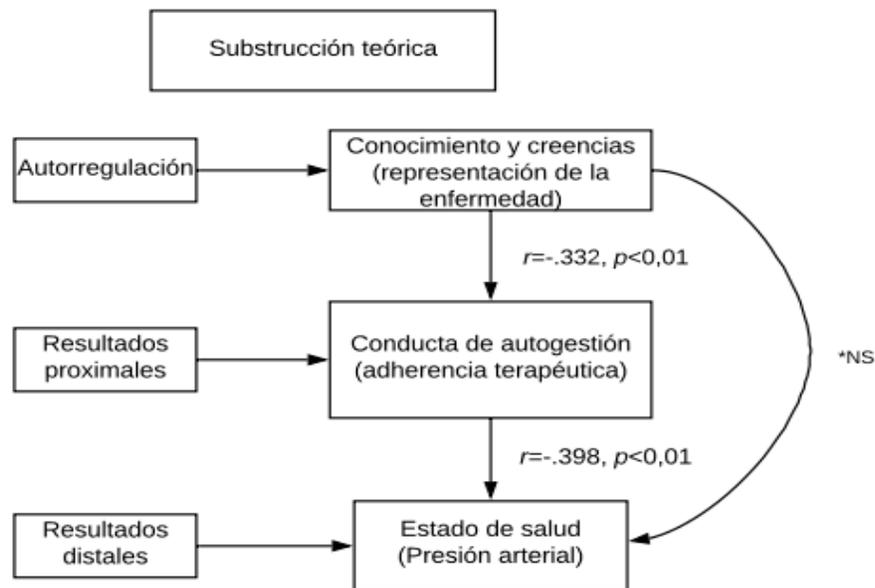
parece sugerir que cuando las personas presentan una menor coherencia, es decir, comprenden menos su enfermedad, tienden a percibir que tiene menor duración, que el tratamiento farmacológico ayuda poco y/o menor preocupación. Sirve recordar que los ítems de control de tratamiento (4) y coherencia (7), según el puntaje, deben invertirse para su interpretación.

4.4 Substrucción Teórica y sus Correlaciones

Por último, en la Figura 22 se incluyen las correlaciones obtenidas en la presente investigación con base en la substrucción teórica elaborada previamente, la cual considera la Teoría de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin, así como el Modelo del Sentido Común de la Autorregulación de Leventhal.

Figura 21

Correlaciones Substrucción Teórica



Nota. Diagrama de conceptos extraídos de la substrucción teórica y sus correlaciones.

*N.S= No significativa.

Respecto a esta figura se debe tener en cuenta lo planteado anteriormente en los resultados, de que la adherencia terapéutica se correlacionó de manera significativa solamente con la PAD. Así como, pese a que no se generaron correlaciones entre la representación de la enfermedad total y el nivel de PA, si se establecieron correlaciones entre esta y las dimensiones de la representación de la enfermedad.

4.5 Otros Hallazgos

En este apartado se hace referencia a algunos datos que son de tipo cualitativos/subjetivos. Pese a que la presente investigación fue cuantitativa, dada la cercanía con las personas participantes al autocompletar el cuestionario, así como, que en ocasiones debido a discapacidades visuales que presentaron algunas personas, se debió aplicar el instrumento de recolección de datos tipo entrevista.

Esto permitió una interacción adicional valiosa con las personas, que iba más allá de los datos requeridos en el cuestionario, pero que pueden ser de gran ayuda en el análisis de los datos y por ende en la comprensión del problema que se investigó.

Dicho esto, los datos se pueden clasificar en a) relacionados con particularidades de la persona participante, b) con el IPQ-B, c) con el tratamiento farmacológico y d) con la medición de la presión arterial.

En cuanto a particularidades de las personas destacó que 4 personas (4.9%) presentaban una discapacidad visual que les impidió leer el cuestionario por cuenta propia, 3 personas requirieron una relación de ayuda interpersonal, dadas situaciones personales agobiantes, una persona se encontraba con una crisis asmática aguda, dos personas cuidadoras principales de una persona con discapacidad cognitiva y física respectivamente refirieron sentirse preocupadas por dejarlas al cuidado de otra persona para asistir a sus citas médicas ese día, una persona refirió que no comprendía con qué se relacionaba su dolor de cabeza ocasional, un participante se describió como tabaquista activo y una participante se encontraba sin seguro social vigente.

Con el IPQ-B se presentaron situaciones interesantes, en cuanto a la comprensión del cuestionario muchas personas presentaron dificultad para comprender

el tipo de opciones de respuesta de 0 a 10, siendo necesario un acompañamiento. Además, en cuanto a las preguntas se presentaron discrepancias como en la duración, donde muchas personas aseguraban que habían escuchado que la HTA era crónica, más no estaban convencidos de que así fuera, sin embargo, marcaron la opción para siempre.

Otra pregunta que generó confusión fue la de control personal, ya que las personas lo asociaban con la efectividad del tratamiento antihipertensivo, pese a que después se les preguntaba por ello. También hubo diferencias en la forma en que las personas interpretaban la pregunta de la dimensión de preocupación, ya que, algunas lo asociaban con temor a las consecuencias de la HTA, mientras que otras lo relacionaban con “ocuparse” de prevenir complicaciones por medio de comportamientos de afrontamiento efectivos como el seguimiento del tratamiento antihipertensivo y cambios en el estilo de vida.

En lo referente al tratamiento farmacológico para el control de la HTA, tres personas aseguraron que deben comprar los medicamentos en farmacias privadas y otras tres indicaron que dejaron de tomarlo sin consultarlo con su médico, por razones como la experiencia de efectos adversos asociados, el desconocimiento sobre para qué sirve (con presión en 170/110 mmHg) y por la creencia de que en comparación con otras personas no tenía una presión arterial tan alta, pese a estar en 140/90 mmHg.

Finalmente, en la medición de la presión arterial una persona explicó que cada vez que se la miden se pone muy nerviosa, ya que, le preocupan las consecuencias de la HTA y también de otra de sus enfermedades crónicas.

Capítulo V: Discusión

5. Discusión

En este capítulo se analizaron los resultados descritos en el capítulo anterior a la luz de las teorías empleadas, así como, de las investigaciones precedentes introducidas en el marco empírico de la presente investigación y otros estudios recientes consultados. Con ello se buscó dar respuesta a los objetivos planteados, así también a la pregunta e hipótesis del estudio elaborado.

Como se describió en el planteamiento del problema, los primeros tres objetivos específicos son de tipo descriptivo y corresponden a cada una de las tres variables del estudio desarrollado (representación de la enfermedad, adherencia terapéutica y nivel de presión arterial), mientras que el cuarto y último objetivo es de tipo correlacional, es por ello que a continuación se discute de acuerdo al orden de estos. Pero antes de proceder con esta discusión, se rescatan y contrastan algunos de los resultados relevantes sobre la información general recolectada.

5.1 Datos generales

Datos de investigaciones llevadas a cabo en Costa Rica sugieren que conforme aumenta la edad también aumenta la prevalencia de la HTA, de manera más pronunciada después de los 65 años, presentándose más de $\frac{3}{4}$ partes de los casos en mayores de 40 años, con diferencias poco significativas por sexo, con una leve tendencia a ser mayor en mujeres.^{8,9,37}

Como se detalló en el capítulo anterior, si bien toda la muestra del presente estudio elaborado presentaba HTA, esta estuvo en su mayoría constituida por personas con edades entre los 53 y 75 años, con un promedio de 60 años, coincidiendo con los datos reportados en el país anteriormente, empero, se muestra un porcentaje ligeramente menor de personas por debajo de los 40 años con este diagnóstico (8,6%) versus el alrededor de 25% que calculan las investigaciones previas.

Esto no sólo concuerda con lo encontrado en el país en cuanto a investigaciones en HTA, sino que algunos estudios desarrollados en América Latina^{10,77,78,79}, así como,

en otros países^{52,80}, muestran un comportamiento muy similar. Sin embargo, otros estudios sugieren edades promedio mucho menores con una media de 44 años⁵⁵, no obstante, es necesario tener en cuenta que dado que existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de la HTA, sobre todo en estilo de vida, cada país presenta sus particularidades.

Asimismo, como se indicó en el marco teórico, la edad es un factor de riesgo no modificable para el desarrollo de la HTA, es así que conforme aumenta la edad se incrementa el riesgo de presentarla y por ende su prevalencia, debido a los múltiples cambios en el sistema cardiovascular como parte del proceso de envejecimiento¹⁰, que pueden verse potenciados por estilos de vida poco saludables mantenidos por décadas, lo cual además podría explicar que la mayoría de las personas participantes presentarían esos rangos de edad.

En relación con lo anterior, a nivel internacional se estima que las personas mayores de 60 años son quienes utilizan con mayor frecuencia los servicios de atención en salud, en parte, por lo relacionado a la mayor prevalencia de patologías, sobre todo crónicas, como ya se mencionó.⁸¹⁻⁸⁵ Mientras que el resto de las personas adultas los utiliza con menor frecuencia^{81,85}, lo que parece explicarse en parte porque las personas entre los 15 y 60 años se encuentran en edades más activas laboralmente, por tanto, su disponibilidad para asistir a los centros de salud no es tan amplia, así como, que tienden a presentar una mejor salud percibida.^{84,85}

En Costa Rica esta situación se ve evidenciada en el I Informe del Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor, en el que se describe que las personas mayores de 65 años son quienes más hacen uso de los servicios de atención en salud, principalmente EBAIS, en comparación con otros grupos etarios.⁸⁶ Asimismo, datos del INEC señalan que el porcentaje de personas ocupadas entre los 15 y 60 años es de alrededor de 55%, versus el 28% que se reporta en personas mayores de 60 años.^{87,88}

Cabe resaltar que parte de los criterios de inclusión era que se encontraran entre los 18 y 75 años, es así que no se incluyeron en la muestra 33 personas captadas con HTA porque sobrepasaban los 75 años de edad, lo que habría elevado la prevalencia

encontrada en personas adultas mayores. Pese a ello, se calcula que tan sólo un aproximado del 31,2% de las personas con hipertensión arterial en el país han sido diagnosticadas.^{8,9}

Un dato relevante es que se han encontrado diferencias en la prevalencia de HTA de acuerdo al área geográfica del territorio nacional, con una mayor proporción en la gran área metropolitana^{8,9}, la cual corresponde a la analizada en este estudio, lo que resalta la necesidad de realizar este tipo de estudios también en población de zonas rurales.

En cuanto al sexo reportado por la mayoría de las personas, predominaron las mujeres, lo que muestra congruencia con otras investigaciones relacionadas con la HTA llevadas a cabo en el país^{89,90} y fuera del territorio nacional.^{10,78,79,91,92} Algunos señalan que la razón de ello, es el rol que cumplen los patrones hormonales en las mujeres después de los 40 años de edad, donde aumenta la prevalencia de enfermedades como la HTA, en contraposición con edades menores, cuando esta se encuentra usualmente por debajo de la presentada en hombres.¹⁰ Como se aclaró anteriormente la mayoría de las personas participantes de este estudio se encontraban por encima de los 40 años de edad.

Por otra parte, se sugiere también que la causa de ello se encuentra en el género, ya que puede deberse a comportamientos aprendidos en la construcción usual del género femenino, que se ha vinculado con una mayor tendencia a buscar atención en salud.^{93,94,95} Por ende, aunque es posible que no existan diferencias significativas por sexo en la prevalencia de HTA o que sea mayor en hombres, como han indicado algunos estudios^{55,80,93}, se ha evidenciado una mayor cantidad de mujeres identificadas con el género femenino diagnosticadas^{93,94}, dado que la construcción del género masculino se ha vinculado con comportamientos de menor autocuidado, uno de ellos, es la menor tendencia a buscar atención en salud.^{93,94,95}

En estrecha relación con lo anterior, las dos ocupaciones más frecuentes y que constituyeron poco más de la mitad de la muestra fueron las amas de casa y las personas pensionadas. Investigaciones previamente elaboradas en el país denotan esta misma

tendencia^{89,90}, asimismo, se repite en numerosos estudios desarrollados en el ámbito internacional.^{79,92} Esta particularidad puede estar asociada a los roles de género, como se mencionó con anterioridad, así como a la disponibilidad de tiempo libre con que cuentan las personas pensionadas, que les permite tener un mejor control de su salud, o debido a su edad requieren atención en salud más frecuentemente.

Sin embargo, también se encontraron estudios que se contraponen a lo anterior, donde la mayor parte de su muestra la constituían personas calificadas como empleadas o profesionales, donde se sugiere que las personas que se encuentran laborando de manera remunerada se someten a elevados niveles de estrés, uno de los factores de riesgo modificables para el desarrollo de HTA, por lo que, existe una alta prevalencia en este grupo de individuos.^{10,36}

5.2 Representación de la Enfermedad

En este apartado se hace referencia al primer objetivo específico de la investigación elaborada, que implica la identificación de la representación de la enfermedad en las personas adultas con HTA. Los datos descritos en los resultados al respecto de la representación de la enfermedad parecen mostrar que en su mayor parte las personas participantes tendieron a presentar una tendencia a poco amenazante.

Como se rescató en el marco empírico no se encontraron evidencias de investigaciones llevadas a cabo en el país sobre la representación de la enfermedad, es por ello, que no es posible contrastar estos resultados con identificaciones previas, al menos, en el país.

En el resto de América Latina, el panorama es muy similar, desde el alcance de la revisión llevada a cabo, con apenas algunos acercamientos a la temática en revisiones bibliográficas, más no propiamente en investigación. Como una elaborada en Colombia en la que se rescata la influencia que ejercen múltiples factores tanto internos como externos en la formación de la representación de una enfermedad, como lo son la personalidad, aspectos demográficos, ambientales, de experiencias, entre otros.⁹⁶

Asimismo, algunos autores, desde otros enfoques teóricos, destacan el rol de las

creencias respecto a la enfermedad crónica en la determinación de comportamientos derivados, planteando que si se conocen estas es posible predecir sus respuestas de alguna forma.⁹⁷⁻⁹⁹

En estas investigaciones, sus resultados parecen revelar que las personas al considerar de mayor severidad una enfermedad, tienden a adoptar conductas saludables correctivas, porque temen presentar una enfermedad crónica con consecuencias palpables toda su vida, representar un trabajo extra para sus potenciales cuidadores, requerir gastos adicionales y verse obligados a realizar cambios en su estilo de vida que no les resulta agradables de ejecutar.⁹⁷⁻⁹⁹ Otros autores añaden que, ante una percepción de la HTA menos peligrosa, en correspondencia se observan comportamientos como el abandono terapéutico y baja motivación.¹⁰⁰

En una línea similar, un estudio desarrollado con población habitante de México y Costa Rica hace énfasis en la relevancia del contexto en el que viven las personas con HTA en su autogestión.¹⁰¹ Asimismo, da indicios de lo que podrían ser algunas barreras y facilitadores en esta, que constituyen elementos de importancia en la representación de la enfermedad. Tales como, la ausencia de síntomas y su tendencia a comportamientos de abandono terapéutico (como dejar de tomar la medicación prescrita), así como, la presencia de más de una enfermedad crónica de manera conjunta, que parece dificultar la identificación de síntomas para una enfermedad en específico.¹⁰¹

Por tanto, se entorpece la formación de una representación más realista de la misma.¹⁰² Situación que podría estar presentándose en las personas participantes de la presente investigación, dado que un alto porcentaje refirió tener más de una enfermedad crónica.

No obstante, fuera de América Latina la investigación en torno a la representación de la HTA es más amplia, principalmente en Estados Unidos. Los resultados de estas investigaciones describen el predominio de una representación poco amenazante de la HTA, con puntajes promedio totales inferiores a 35^{52,103,104}, lo cual es congruente con lo encontrado en el presente estudio. Por su parte, en menor proporción

se encontraron aquellas que denotaron una percepción más amenazante de la enfermedad.¹⁰²

Se especula que esta tendencia podría deberse en una parte, a que la HTA tiene la particularidad de presentar síntomas poco evidentes para la persona o incluso cursar de manera asintomática, lo que dificulta en gran proporción la formación de una representación de la enfermedad más realista o positiva para la autogestión.¹⁰² Dado que los supuestos del modelo de Leventhal revelan que la toma de acciones para reducir riesgos para la salud, por parte de las personas, se encuentra guiada por sus percepciones subjetivas de amenaza a la salud, la ausencia de síntomas favorece por tanto una representación menos amenazadora.^{15,102}

Las personas forman esta representación de la enfermedad basada en reacciones a estímulos externos e internos a través de dos vías paralelas: representaciones cognitivas y emocionales.¹⁵ Esta representación guía la línea de acción, es decir, la adopción de diversos comportamientos o estrategias de afrontamiento.^{15,96}

Dimensiones de la Representación de la Enfermedad

Siguiendo con la discusión, como ya se estableció, hay dos componentes de la representación de la enfermedad: el cognitivo y el emocional, a su vez, cada uno de estos comprende ciertas dimensiones, la primera se encuentra constituida por las consecuencias, duración, control (personal y del tratamiento), causas e identidad (relacionada con los síntomas), por su parte, la segunda se forma de las preocupaciones y las emociones.

Finalmente se encuentra la coherencia, que como ya se había mencionado antes es una dimensión agregada por los investigadores que diseñaron el IPQ-B, más no forma parte del Modelo de Sentido Común de la Autorregulación, pese a ello, sus autores la reconocen como un puente de conexión entre la representación emocional y la cognitiva, que le da coherencia a la representación de la enfermedad total, ya que se relaciona con la comprensión de la enfermedad.²¹

En lo que respecta a las consecuencias la mayor parte de las personas participantes refirieron poca o ninguna afectación por parte de la HTA. Tendencia que

coincide con lo descrito en otros estudios a nivel internacional, donde además, se especula que puede estar vinculado con la ausencia de sintomatología grave percibida por la persona^{52,102,105}, como también quedó evidenciado en los resultados de esta investigación. Lo que parece explicar también en parte, la representación de la HTA como poco amenazadora encontrada. En contraposición otros investigadores han encontrado una mayor percepción de afectación en la población estudiada.⁹⁹

En apariencia, parece haber una falta de información en las personas participantes acerca de las consecuencias de la HTA, lo que se ve reflejado en la poca afectación percibida. Se estima que en el mundo las complicaciones de la HTA producen alrededor de 9.4 millones de muertes al año y causan al menos el 45% de las muertes por cardiopatías.¹⁰⁶

En la literatura científica se describen algunas de las más graves complicaciones derivadas de la HTA como lo son a) la nefropatía hipertensiva, que en Estados Unidos afecta al 34% de las personas con HTA, por su parte, en Costa Rica representó el 36% de las muertes por enfermedades renales^{2,107,108}; b) accidente cerebrovascular (ACV), que en Estados Unidos se estima que cada 40 segundos una persona sufre un ACV y cada 4 minutos muere una a causa de esta, mientras que en Costa Rica se calcula una mortalidad de 27 por cada 100.000 habitantes en el 2013^{2,108,109}; c) infarto agudo de miocardio que representa el 50% de las muertes por enfermedades cardiovasculares en el mundo y en Costa Rica presentó una tasa de mortalidad de 28.6 por cada 100.000 habitantes en el año 2015.^{2,108,110}

Todas las cuales cuentan con basta evidencia científica, sin embargo, parece que no han trascendido apropiadamente a las personas con HTA, lo que plantea la duda de si esta información se les está proporcionando apropiadamente a las personas con HTA o existe una deuda en educación por parte de los profesionales en salud (enfermería y medicina principalmente).

A su vez, hace necesario informar a las personas de estas posibles consecuencias, no con la intención de producir miedo, sino de que las personas tengan

una representación más realista de la HTA y se comporten de manera consecuente en su autogestión.

En cuanto a la duración la mayoría identificó la HTA como una enfermedad crónica, de larga duración, en concordancia con otros autores.^{102,105} Pese a ello, se encontró una investigación que describe una mayor tendencia de las personas a identificar la HTA como de corta duración.¹⁰⁰ Algunos autores sugieren que existe una relación con los años de diagnóstico, ya que, argumentan que las personas con más de 5 años de presentar HTA tienden a ser más propensas a percibir su duración como crónica, a diferencia de aquellas con rangos inferiores.¹⁰⁴

En la investigación presente una gran parte de las personas exteriorizaba rangos de diagnóstico inferiores a 5 años, pese a ello, la mayoría refirió percibir la HTA como crónica, lo cual podría deberse a que las hayan escuchado en distintos espacios que se clasifica como una enfermedad que dura para siempre, por lo que existe la posibilidad de que marcaran esa opción, aunque no lo creyeran realmente, como algunos informalmente lo indicaron.

Por otra parte, en lo que respecta a la dimensión de control los resultados sugieren una elevada percepción de control personal sobre la enfermedad, así como, que el tratamiento antihipertensivo ejerce un buen control. Respecto a esta, múltiples investigaciones han encontrado la misma tendencia.^{52,102,104,105} Más aún, se describe que esta dimensión en especial (tanto personal como tratamiento) parece presentar un valor predictivo alto.^{52,102,104,105}

Según parece puede estar vinculado con que creer que se tiene la capacidad de control sobre la enfermedad, que se puede modificar, permite un uso más eficiente de las estrategias de afrontamiento, consecuentemente menor prevalencia de emociones con un impacto negativo, sobre todo al percibir la enfermedad como menos crónica, con un panorama más optimista, una mejor adherencia al tratamiento y menor sintomatología.^{52,102,104,105}

Se especula que esta percepción de mayor control en conjunto con la autoeficacia percibida permite un afrontamiento mejor de la enfermedad.^{96,111}

Relacionado en la construcción del IPQ-B los investigadores encontraron que la dimensión de control parece reflejar dos centros diferentes, por una parte, un locus interno a través del control personal, mientras que un locus externo por medio del control del tratamiento.²¹ Uno más susceptible de intervenciones dirigidas a cambios en el estilo de vida que el otro.

Por otra parte, también cabe la posibilidad de que las personas no interpretaran apropiadamente la pregunta de control personal, ya que, en algunos casos podrían haberla relacionado con el control que ejerce el tratamiento farmacológico y no el control personal sobre la enfermedad, lo que en consecuencia podría explicar el elevado control percibido y resalta la necesidad de revisar este ítem en población habitante de Costa Rica para mejorar su comprensión.

Continuando, la mayoría de las personas refirió haber experimentado pocos o ningún síntoma, lo que parece mostrar una identificación pobre de los síntomas asociados a la HTA, resultados muy similares fueron descritos por otros investigadores.^{52,102,105}

Existe la posibilidad de que en este caso resultara difícil para las personas identificarse con una enfermedad que le genera poca o ninguna sintomatología que cause mayor interrupción en su vida cotidiana, como también es posible que se vea reflejado en una percepción baja de consecuencias a raíz de la HTA, ello, además, se debe a que la HTA al menos en etapas tempranas pasa desapercibida con relativamente poca sintomatología, a excepción de la obvia elevación de la presión arterial.

Lo que plantea un problema, ya que, según se describe los síntomas son clave en la activación de representaciones de la enfermedad y le indican a la persona la eficacia del tratamiento, así mismo tienen el potencial de modificar la representación por medio de retroalimentación derivada de comportamientos en favor o no de la autogestión.¹¹²

Al respecto, se ha demostrado el éxito de las intervenciones en autogestión de la HTA, donde destacan aspectos como el cambio de las percepciones sobre el significado de los síntomas, de tal forma que permite a las personas mejorar su percepción de control y autoeficacia.⁴⁰

En cuanto a las dimensiones de las representaciones emocionales, las y los participantes mostraron una tendencia ligeramente superior a una mayor preocupación respecto a la HTA, una diferencia poco significativa, que ha sido descrito por otros autores.¹⁰² Por otra parte, en mayor proporción se han encontrado estudios que sugieren una tendencia marcada a poca preocupación.^{52,105}

Los resultados encontrados podrían estar vinculados con una interpretación variada de la palabra preocupación, por una parte asociada a temor y en otros a ocuparse para prevenir complicaciones. Lo que una vez más hace necesaria la revisión de este ítem y la validación del IPQ-B en población habitante del país.

Por otro lado, la mayoría refirió poca afectación emocional a raíz de esta, tendencia que describen otros estudios donde al menos en HTA las personas no reflejan un impacto emocional mayor.^{102, 105} Lo que como ya se mencionó podría estar asociado con la ausencia de sintomatología grave referida por las personas participantes.

Es por ello, que algunos autores señalan que las intervenciones desde la autogestión en la modificación de las representaciones de la enfermedad, no pueden limitarse al nivel cognitivo, sino que requiere tomar en cuenta el nivel emocional, por medio del apoyo social y acceso apropiado a la atención en salud.¹⁰²

En relación a la coherencia, la gran mayoría de las personas aseguró entender muy bien su enfermedad, descrito también por otros investigadores.^{102,104,105} Sin embargo, surge una incongruencia puesto que una parte importante de personas refirió desconocer la causa de su HTA, lo que no denota una alta comprensión, máxime si se toma en cuenta que en otros estudios elaborados en el país se ha encontrado una tendencia a bajo conocimiento y comprensión de la enfermedad en personas con hipertensión arterial.

De esta forma, en Costa Rica, como parte de un trabajo final de graduación se midió el nivel de conocimiento sobre la enfermedad en personas con hipertensión arterial, encontrando que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial era bajo y que la mayoría desconoce sus factores de riesgo.⁹⁰

Finalmente, resalta la considerable proporción de personas que refirió desconocer alguna causa de su HTA, de hecho, fue la tercera respuesta más usual. Las tres causas principales más referidas por los y las participantes fueron una mezcla de factores modificables y no modificables, con predominio de los primeros (estrés, herencia/genética y alimentación/obesidad).

Como resultó evidente las personas tienen causas percibidas muy variadas, por ello, para poder ejecutar un análisis más apropiado de los resultados en cuanto a las causas de HTA percibidas por las personas, algunos investigadores diseñaron y validaron una categorización más estandarizada, posterior a ello, clasificaron las respuestas más frecuentes en físicas (peso y comorbilidades), psicosociales (estrés), naturales (genética) y de comportamiento (dieta).¹¹³

Otros autores también han optado por categorizar las causas en psicosociales, estilo de vida y factores biológicos, encontrando que las principales causas referidas eran el sobrepeso, estrés, dieta inadecuada, genética y factores emocionales.¹¹⁴ Un porcentaje considerable de personas desconocía alguna causa de su enfermedad, y otras se inclinaron por causas modificables¹⁰⁰, como estresores (emocionales, actitudinales y familiares) en su gran mayoría, seguido por factores no controlables como la contaminación, gérmenes y suerte.¹⁰⁴

En general, los hallazgos en cuanto a causas parecen coincidir relativamente, con un alto énfasis en las causas modificables asociadas al estilo de vida: estrés y alimentación, así como no modificables: genética.

Inclusive investigadores plantean que la dimensión de las causas es el principal componente para determinar variaciones culturales en la representación de la enfermedad, así como, comportamientos en salud.¹¹² Se ha encontrado relaciones entre el tipo de causa percibida y las estrategias de afrontamiento, observando que las personas que atribuían la causa de su HTA a factores no modificables eran menos propensas a realizar cambios en el estilo de vida, mientras que, las personas que lo asociaban con factores modificables como la alimentación eran más susceptibles de ausentarse a los seguimientos médicos.^{104,111}

Aunado a lo anterior, un estudio que indagó sobre la relación de las representaciones con el género, encontró que los hombres tendían a expresar como causas de la HTA factores más biológicos, mientras que las mujeres lo atribuían a factores emocionales.³⁶ Ante ello, advierte la posibilidad de que las personas se sientan poco vulnerables de acuerdo a su género a ciertos factores de riesgo y pongan toda su atención en unos pocos nada más.³⁶ En contraposición, otros autores no han encontrado diferencias por sexo.^{104,105}

Siguiendo la línea anterior, dentro de las relaciones más significativas encontradas en otras investigaciones con la representación de la enfermedad, se describe el historial familiar de HTA, proponiendo que la experiencia con familiares permite una representación más realista y por ende más amenazante de la enfermedad, sobre todo de las consecuencias, más aún si lleva años de evolución, ya que, como se explicó las representaciones de la enfermedad también se alimentan del conocimiento adquirido por las experiencias.¹⁰⁵ Aunque ello, requeriría de una cercanía relativa de convivencia con la persona que experimenta la HTA.

En relación con ello, un estudio desarrollado en España parece indicar que las representaciones sobre la HTA tienen componentes de conocimiento más objetivo y cultural. Señala que las experiencias familiares con la HTA influyen notablemente en la representación de la enfermedad.⁴³ De modo que contempló que las representaciones emocionales y cognitivas que esta población construye sobre la enfermedad pueden determinar su afrontamiento de los riesgos y la puesta en marcha de conductas de protección y prevención.⁴³

Continuando con las relaciones, en algunos estudios se plantea la duda del impacto que la presencia de varias enfermedades crónicas de manera conjunta en una persona, podría tener sobre la representación de la enfermedad en HTA. Es por ello, que se han llevado a cabo investigaciones donde se indaga sobre una posible relación, aunque pocas, una de ellas determinó la representación de la enfermedad en individuos con múltiples patologías (HTA, Diabetes Mellitus II y Dislipidemia), identificándolas por separado, de esta forma encontró que las personas percibían la Diabetes de mayor

severidad, duración, preocupación, comprensión, sintomatología, control personal y del tratamiento, así como, impacto emocional, seguida por la HTA y por último la dislipidemia.¹⁰³

En ese estudio la mayor diferencia se encontraba en control personal, de esta forma, las personas percibían la diabetes como más amenazadora y a su vez como más susceptible de modificar.¹⁰³ Otra investigación parece coincidir, sosteniendo que cada persona forma representaciones de cada una de sus enfermedades por separado, con estrategias de afrontamiento diferenciadas.¹¹¹

Asimismo, ambas coinciden en que se corre el riesgo de que las personas prioricen sólo una enfermedad crónica en la autogestión apropiada, dada la predominancia en la representación amenazante sobre una. Ello, tiene gran relevancia cuando se considera el elevado número de personas participantes que además de HTA presentaban Diabetes mellitus tipo II, lo que hace necesario indagar más al respecto en Costa Rica.

Por otro lado, en la validación lingüística del IPQ-B desarrollada para España, los autores hacen referencia a particularidades del proceso, como que no encontraron otra validación en un idioma diferente al original, así como que el plan piloto con el IPQ-R ya se había terminado y, por tanto, no se incluyó la versión breve, dado que se consideraron que los ítems eran muy similares y su traducción fácil.¹¹⁵

Ello, hace evidente la necesidad de validar el instrumento en el país para obtener resultados más precisos, debido a las diferencias culturales que muy posiblemente se presentan, que muy posiblemente explica las incongruencias presentadas a luz de otras investigaciones, con respecto a la comprensión de las personas participantes de las dimensiones evaluadas, principalmente las preguntas 3 y 7.

Para finalizar, dado que la representación de la enfermedad que forma una persona no es estática, sino que puede verse modificada, por nuevos estímulos internos o externos, es, por tanto, susceptible de ser transformada y es precisamente lo que justifica su estudio, dado que, resulta ser una oportunidad para el profesional de

enfermería de intervención desde la autogestión mediante la comprensión de la representación que forman las personas de su enfermedad.

Es así que enfermería trabaja con las respuestas humanas y entender la forma en que las personas entienden y representan cierto fenómeno, en este caso la HTA, así como el comportamiento de las personas en torno a esta y sus estrategias de afrontamiento, aporta insumos claves para el desarrollo de intervenciones enfermeras en conjunto con la persona. Que desde los planteamientos de Ryan y Sawin, constituyen parte de los elementos involucrados en las conductas de autogestión y los resultados que derivan de esta.

Todo lo que permite al profesional en enfermería dirigir de manera más oportuna el cuidado desde el proceso de enfermería personalizado, identificando los elementos propios de la representación de la persona sobre su enfermedad, claves para plantear el acompañamiento en la intervención para la mejora de su proceso de autogestión y los resultados derivados y en general para mejorar la calidad de vida de las personas.

5.3 Adherencia Terapéutica

En este apartado se hace referencia al segundo objetivo específico de esta investigación que comprende la descripción de la adherencia terapéutica en personas adultas con HTA.

Como se describió en los resultados, de acuerdo con la aplicación de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8), las personas participantes obtuvieron en mayor proporción puntajes que sugieren una adherencia alta (8pts), seguidos por una adherencia media (6 a menos de 8pts) en una frecuencia muy similar, presentándose a su vez relativamente pocos individuos dentro de la categoría de baja adherencia (menos de 6 pts), poco más del 20%, que representa una cantidad no poco significativa.

Se sabe que la adherencia terapéutica a los medicamentos se ve determinada por ciertos factores^{89,98,116,117}, es por ello, que para comprender mejor lo encontrado en esta investigación resulta necesario discutir algunos de estos, que fueron evaluados por

medio del cuestionario de datos generales que se aplicó a los y las participantes. Estos se clasifican de manera casi consensual en:

- a) *Socioeconómicos*: el bajo nivel educativo, el estado socioeconómico deficiente, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivas, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.^{89,98,116,117}
- b) *Relacionados con la persona*: sexo, motivaciones, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones, las expectativas, el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, no percibir su necesidad o su efecto, estados patológicos, edad adultez mayor.^{89,98,116,117}
- c) *Relacionados con el tratamiento*: tipo y cantidad de medicamentos prescritos, dosis, frecuencia, complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.^{89,98,116,117}
- d) *Relacionados con la enfermedad*: cronicidad, presencia y gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y sensorial), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad, así como la depresión.^{89,98,116,117}
- e) *Relacionadas con el equipo o sistema de atención sanitaria*: Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a las personas y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.^{89,98,116,117}

Por una parte, numerosos estudios a nivel internacional respaldan este resultado, planteando que en la literatura científica se describen diversos factores condicionantes de una buena adherencia terapéutica a los medicamentos.^{52,53,55,61,77,79,98,118,119} En estos, los investigadores encontraron relaciones significativas con la población estudiada, que podrían explicar sus resultados.

En cuanto a esta investigación, si bien no corresponde el establecimiento de correlaciones con las variables de datos generales, la presencia de algunos de estos factores podría explicar que se encontraran niveles bastantes altos de adherencia terapéutica a los medicamentos en la muestra estudiada.

De esta forma, en la categoría de factores socioeconómicos, primero se hace referencia al nivel educativo, donde se plantea que las personas con un nivel educativo más bajo tienden a presentar niveles de adherencia terapéutica menores, mientras que lo contrario se observa con niveles educativos superiores.^{89,98,116,117}

Según señalan, esto podría estar relacionado con la tendencia de las personas con mayor nivel de instrucción académica a utilizar mecanismos de afrontamiento a la enfermedad más eficaces, así como, una mejor comprensión de la enfermedad y una percepción más realista del riesgo asociado.¹⁰ Aunque algunos investigadores declaran que no existe una asociación entre estos¹²⁰, son pocos.

Así, en el presente estudio se encontró que la mayoría de las personas tenía un grado de secundaria completa, técnico, parauniversitario o universitario, lo que, si se considera a la luz de lo anterior, podría explicar que se encontrara una relativamente alta adherencia terapéutica en los y las participantes del estudio.

Este supuesto, parece ser respaldado también por otro estudio desarrollado en Costa Rica, con una muestra que presentaba un comportamiento similar en escolaridad, aunque menos heterogéneo, que de la misma forma parece sugerir que un alto grado académico favorece un mayor conocimiento y mejor comprensión de la HTA, así como, de su tratamiento, lo cual es posible que mejore la adherencia terapéutica a los medicamentos.⁶¹

Pese a ello, se encontró también que las personas con mayor nivel de escolaridad en especial los y las profesionales presentaron mayor dificultad para adherirse, dado que se plantea que asociado a una vida laboral activa se dispone de menores posibilidades de seguir las recomendaciones terapéuticas, debido a la carga de responsabilidades y obligaciones que distraen de poner atención a su salud.¹⁰

No obstante, cabe recordar que al menos en esta investigación si bien un número elevado de personas eran profesionales, una gran parte ya se encontraba pensionada, con lo que se puede pensar que la limitante de tiempo se veía disminuida y, por tanto, de acuerdo, a estos supuestos, se reducía el riesgo de una baja adherencia.

Así también los y las participantes aseguraron en su mayoría no olvidar su tratamiento al salir de su casa o de viaje, hecho que se repite en otras investigaciones, aunque ligeramente en menor proporción⁵², lo que parece descartar esa posibilidad al menos en la muestra estudiada.

Dentro de esta misma categoría de factores determinantes, se postula que un nivel socioeconómico que garantice los recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas parece favorecer la adherencia terapéutica⁹⁸, caso contrario cuando estos recursos son insuficientes.¹¹⁸

En lo que se refiere a la disponibilidad de recursos económicos para comprar los medicamentos, si bien casi la totalidad de las y los participantes obtenía los medicamentos como parte de su seguro social, es necesario rescatar que se presentaron algunos casos donde las personas indicaban que debían comprar los medicamentos a nivel privado porque la CCSS no contaba con ellos, ante esta situación, las personas expresaban la dificultad para adquirirlos en ocasiones.

Lo anterior sugiere que al menos en Costa Rica el acceso a los medicamentos esenciales para el control de la HTA en zonas urbanas, es cubierto en la mayoría de los casos por el seguro social, como también lo señala otra investigación desarrollada en el país.⁸⁹

Por lo que el componente de recursos económicos necesarios para adquirir el tratamiento farmacológico que requieren no parece tener gran impacto en la adherencia

terapéutica. Al menos en el manejo de la HTA y en zonas urbanas, donde los establecimientos de atención en salud del sector público se encuentran ubicados cerca de los hogares de las personas usuarias. Lo cual disminuye no sólo los costos asociados al desplazamiento hacia este, sino también su dificultad.

Vinculado a lo anterior, otro aspecto relevante es la ubicación geográfica, dado que un estudio encontró una no adherencia de casi un 100% en una zona rural, donde encontraron relación entre ser agricultor y menor adherencia, posiblemente por pasar más tiempo fuera del hogar lo que favorece el olvido o puede estar asociado a la menor escolaridad presentada.⁷⁸ Lo que subraya la necesidad de indagar sobre la adherencia terapéutica en zonas rurales del país, dado que este estudio se desarrolló solamente en el ámbito urbano.

Otro factor con un rol ampliamente descrito como posible favorecedor de una mejor adherencia medicamentosa es el apoyo social, según proponen se explica porque contar con personas que le proporcionan apoyo y afecto, de manera recíproca, que cumplen un papel importante en su vida, mejora la motivación de la persona usuaria para mantener una buena condición de salud.^{78,98,121} En la misma línea, algunos investigadores también han encontrado que la ausencia de redes de apoyo condiciona una baja adherencia terapéutica.¹¹⁷

En el estudio elaborado casi la totalidad de las personas participantes aseguró que contaba con una red de apoyo, pese a que no era parte del cuestionario indagar sobre la funcionalidad de esta red, las personas en su mayoría referían que eran eficientes, ya que estaban conformadas en su mayor parte por la pareja o sus hijos e hijas y se sentían apoyadas e incluso comentaban la ayuda que les proporcionaban, sobre todo las parejas mujeres, para recordar tomar los medicamentos a la hora indicada.

Todo lo cual parece indicar que el apoyo social percibido por las personas participantes desempeñó un rol importante en la adherencia terapéutica registrada, al aparentemente disminuir principalmente la frecuencia de olvidos. A su vez, plantea la necesidad de indagar en futuras investigaciones sobre las motivaciones que tienen las

personas para adherirse al tratamiento farmacológico, un aspecto más vinculado a la categoría de factores determinantes relacionados con la persona, pero que resulta imposible no encontrar lazos entre ellas.

Continuando con la discusión, la segunda categoría de factores son los relacionados con la persona. Uno de ellos: el olvido, introducido en el párrafo anterior, que parece disponer a una menor adherencia medicamentosa, según lo planteado por algunas investigaciones.^{89,98,116,117}

En este estudio, las respuestas de las personas participantes aluden a un porcentaje relativamente bajo de olvidos referidos, así como, de problemas para recordar tomar la medicación indicada, por lo que parece sugerir que en este caso el olvido no es un obstáculo para la adherencia terapéutica de las personas participantes, es así que incluso, la mayor parte refirió haber tomado la medicación el día anterior y no haber olvidado en las dos últimas semanas tomarla, por otras razones diferentes a un simple olvido.

En contraste, otros investigadores describen una proporción mayor de olvidos y muchas más dificultades experimentadas para recordar tomar los medicamentos.⁵² Esta discrepancia puede estar relacionada con el horario para la toma de la medicación, ya que, se ha vinculado con una menor adherencia, cuando este implica múltiples interrupciones de la rutina diaria.^{89,122}

En el caso de este estudio el horario de toma de los medicamentos antihipertensivos reportado más frecuentemente fue en las mañanas, una vez al día. Lo cual posiblemente facilita la adherencia terapéutica y una menor frecuencia de olvidos, sobre todo si se cuenta con redes de apoyo eficientes y se produce la formación de un hábito, es así que muchos participantes referían que tomar la medicación antes o después del desayuno o incluso del baño les facilitaba recordarlo, dado que lo asociaban a esa rutina.

Pese a que no se exploraron como parte de las variables del estudio, las asociaciones que forman las personas, parecen desempeñar un papel relevante en la adherencia terapéutica en presencia de HTA, encontrando que cuando las personas

asocian esta a afectos negativos suelen presentar una baja adherencia, mientras que cuando la asocian con una necesidad y/o hábito, usualmente se observa una mejor adherencia.^{120,123} Lo que sugiere la necesidad de indagar más sobre estas en investigaciones posteriores, con el objeto de una mejor comprensión de este comportamiento.

El sexo y la identidad de género de la persona es un factor bastante controversial, ya que, existen varias investigaciones que aseguran la ausencia de relación entre estos y la adherencia terapéutica^{61,91,92}, dentro de las que destaca un estudio llevado a cabo en el país, con personal de la Universidad Estatal a Distancia que presentaban HTA, en el que se indagó sobre el género y no se encontró diferencias significativas en la adherencia medicamentosa de estas.⁶¹ Cabe resaltar que contaban con una población mucho menos heterogénea que la del presente estudio, pese a ello, otros investigadores a nivel internacional han descrito resultados similares.^{55,77}

En contraposición pocos estudios sugieren algún tipo de relación entre el sexo y/o la identidad de género y la adherencia al tratamiento farmacológico. No obstante, algunos investigadores han descrito la posibilidad de una relación entre ser hombre y presentar una menor adherencia, indicando que las mujeres suelen presentar mejores niveles de adherencia, según proponen esto se debe a que se ha encontrado que estas suelen ser más sistemáticas en la adherencia terapéutica.^{10,120,124} Por su parte, otras investigaciones muestran una relación inversa a esta.^{117,118,122}

En este estudio se presentó una mayor participación de mujeres identificadas con el género femenino, lo cual si se toma en cuenta el rol de género, como se discutió con anterioridad, podría explicar la alta adherencia encontrada en este, dada la asociación con una mayor tendencia a cuidar de sí mismas, pero también, es necesario tomar en cuenta que asociado a este rol, muchas de las mujeres ejercen una función de cuidadoras parciales o a tiempo completo de otras personas, limitando o complicando su autogestión.

De esta forma destaca la necesidad de indagar más minuciosamente en investigaciones posteriores sobre la posible vinculación entre estas variables. Un

aspecto relevante, es que no se encontró evidencia de estudios que buscaran esta relación, con población que presentara una identidad de género no heteronormativa, lo que podría facilitar una identificación o no de una posible relación con el género, independientemente del sexo.

Ya que, si la adherencia se ve determinada por el género que como construcción social es factible de modificaciones y no por el sexo que constituye un factor no modificable, lo que facilitaría intervenciones futuras en autogestión de la HTA.

Otro factor determinante en esta categoría es la edad, en la que existen múltiples líneas de pensamiento. Algunas investigaciones plantean que a mayor edad se presenta una mejor adherencia terapéutica, esto debido a que las personas adultas mayores parecen presentar una percepción de necesidad respecto al tratamiento farmacológico^{54,122}, que como se discutió anteriormente ha mostrado relaciones positivas.

También se alude a que se ha encontrado que tienen mejor motivación, dada una mayor conciencia de su condición de salud debido a la experiencia con otras enfermedades crónicas con mayor sintomatología, por ello, cuidan más de su salud y además parece que se inclinan más al consumo de fármacos que a las modificaciones en el estilo de vida.^{10,77,97}

Por otra parte, numerosos estudios señalan que conforme aumenta la edad, se suele presentar más usualmente múltiples patologías conjuntas y consecuente polimedicación, lo que se ha relacionado con una menor adherencia terapéutica.^{77,78,91,97,117,125}

Estas investigaciones también señalan que debido a los múltiples cambios fisiológicos parte del proceso de envejecimiento, como la presencia en algunos casos de deficiencias cognitivo-sensoriales o motoras, tienen un impacto en sus habilidades de autocuidado, así como, con la adherencia medicamentosa.^{77,91,97,117,125} Asimismo, hay evidencia de otros estudios que no han encontrado relaciones significativas.^{92,120}

En la investigación elaborada más del 50% de las personas presentaba más de una patología, es decir, HTA más otra, sólo un número relativamente pequeño no indicó

más de una enfermedad crónica (HTA). El promedio fue de dos enfermedades por persona. Lo que se contrapone a lo descrito por otros investigadores donde tan sólo un 10% se encontraba con más de una enfermedad crónica⁹² y donde el promedio de enfermedades crónicas conjuntas era de más de 5 en personas adultas mayores.⁹²

Pese a esta ligera diferencia, los resultados obtenidos muestran gran similitud con otras investigaciones en cuanto al tipo de enfermedades crónicas más presentadas, en las que se determinó que la HTA, Diabetes Mellitus II y Dislipidemia, eran las más frecuentes, con algunas diferencias en el orden.^{80,92,122} Lo cual también se identificó en este estudio, pero además se incluyó el asma.

Esta particularidad podría estar vinculada con la época de recolección de datos: los meses de setiembre a noviembre, que en Costa Rica se vinculan con climas más lluviosos y fríos, pudiendo explicar que mayor cantidad de personas asmáticas recurrieran a la Cooperativa por atención ante crisis o infecciones virales respiratorias a las que son más propensos.

Aunque la presencia de asma como una de las enfermedades crónicas más prevalentes en los y las participantes de un estudio, también ha sido descrita por otro investigador en el país.⁸⁹ Por otra parte, algunos investigadores han argumentado la ausencia de relación con la adherencia terapéutica a los medicamentos.^{77,120}

Todo esto, podría sugerir que al menos en este estudio dado que las personas presentaban en promedio pocas enfermedades crónicas en conjunto con la HTA, la adherencia terapéutica no se vió mayormente afectada por esta. Sin embargo, también da idea de que se requiere indagar sobre las diferencias percibidas por las personas en cuanto a cada una de sus enfermedades, para comprender mejor si la influencia se debe a particularidades del tratamiento de la enfermedad o a esta en sí.

Además, en el presente estudio desarrollado participaron una cantidad considerable (cercana al 50%) de personas mayores de 60 años y en la recolección de datos se evidenció en algunos casos la presencia de limitaciones sensoriales, fundamentalmente de visión, que incluso requirieron realizar adaptaciones en la aplicación del cuestionario y dificultaban a la persona la lectura de las recetas de sus

medicamentos, que utilizaban como apoyo porque suelen olvidar los nombres de los fármacos prescritos.

Esta situación podría sugerir que, si la persona no cuenta con apoyo para la toma de los medicamentos, su adherencia se podría ver comprometida, dada la dificultad para incluso identificar el fármaco a tomar por la limitación visual.

Parte de los criterios de inclusión fue la edad máxima de 75 años, por lo que no resulta posible observar comportamientos en el grupo etario mayor de 75, que según parece podría presentar limitaciones más marcadas que interfieran con la adherencia terapéutica a los medicamentos, lo que sugiere la necesidad de ampliar los rangos de edad en futuras investigaciones, para comprender mejor su comportamiento.

Por otra parte, se ha sugerido que una mejor comprensión y conocimiento de la HTA y su tratamiento, por parte de las personas, conduce a niveles más altos de adherencia terapéutica^{51,54,91,120}, mientras que el desconocimiento sobre estos y los riesgos asociados a la toma o no de medicación parecen conducir a niveles más bajos de adherencia, asociados en su mayoría a la ausencia o deficiencias en la relación profesional de salud-persona usuaria.^{51,78,98,97}

Este factor no fue evaluado de manera directa en la investigación, sin embargo, como parte de las dimensiones de la representación de la enfermedad se encontraba la coherencia, en la que la mayor parte refirió una comprensión alta de su enfermedad. Algunos investigadores también sugieren una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia⁵⁴, aspecto que se discutirá más adelante, dado que involucra correlaciones encontradas en esta investigación.

Asimismo, dentro del cuestionario de datos generales se indagó sobre el conocimiento de las personas en torno al tratamiento farmacológico prescrito para sus enfermedades crónicas, principalmente la HTA, donde la mayoría logró identificar para qué tomaba cada fármaco. Aunque algunas personas mostraron dificultad para recordar el nombre de estos, sobre todo aquellos que consumían más de 3 o 4 al día. Pese a ello, muchos optaron por utilizar ayudas como las recetas de las prescripciones o papeles en los que apuntaron a mano cada uno de estos.

Otros investigadores también describen altos porcentajes de conocimiento respecto a sus enfermedades y medicamentos, encontrando que el 80% sabía para qué se tomaba la medicación.¹²²

Lo anterior parece indicar lo que aparenta ser una buena identificación del tratamiento farmacológico y de sus enfermedades, más no permite visualizar si su conocimiento y comprensión en ambas es óptimo. Asociado, un estudio desarrollado en Costa Rica encontró que las personas con hipertensión arterial tenían altos conocimientos sobre la importancia del tratamiento.⁶¹ Sin embargo, otra investigación más reciente en el país describió lo contrario, encontrando bajos niveles de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento.⁹⁰

De esta manera, se observó que la mayoría de las personas participantes en el presente estudio refirieron no haber reducido o dejado de tomar su medicación porque se sentían peor o mejor o porque salían de su hogar, concordando con lo encontrado por otros investigadores¹²², demostrando al menos, lo que parece ser una comprensión de la importancia de la toma de los medicamentos.

Todo lo discutido hasta ahora hace referencia a factores que podrían haber favorecido la presencia de una alta adherencia en el estudio elaborado. En contraparte a las investigaciones que coinciden con los resultados encontrados, también existen múltiples estudios que describen una baja adherencia terapéutica a los medicamentos en personas con HTA, no sólo en Costa Rica⁸⁹, sino también en América Latina^{10,54,78,92} y otros países.^{80,91,117,124}

Plantean que esto se debe a una serie de factores predictores de la no adherencia farmacológica. Entre estos se discuten algunos de los evaluados en el cuestionario de datos generales en relación a las categorías de los factores determinantes de la adherencia terapéutica: relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento.^{89,97,98,116,117}

En lo que respecta a los factores relacionados con la enfermedad, la presencia y gravedad de los síntomas parece condicionar la adherencia, aparentemente

presentándose una mejor adherencia cuando la persona experimenta una sintomatología evidente y más aún si es percibida como grave.^{89,97,98,116,117}

En la HTA, este aspecto, resulta particular, dado que usualmente las personas cursan sin síntomas evidentes, por lo que algunos investigadores han encontrado que ante esta ausencia o relativa poca gravedad percibida de los síntomas, los hace suponer o pensar con mayor facilidad y frecuencia que no requieren tomar la medicación de manera frecuente.¹¹⁷

Como se discutió con anterioridad las principales patologías que presentaban las personas participantes en este estudio, además de la HTA, fueron Diabetes Mellitus II, Asma y Dislipidemia. En el caso de la dislipidemia esta cursa sin sintomatología aparente para la persona, sin embargo, la diabetes y el asma suelen cursar con sintomatologías más evidentes y que podrían ser interpretadas por las personas como más graves.

De esta manera, se podría inferir que, dado que la mayoría de las personas presentaba la HTA en asociación con la diabetes o asma principalmente, su adherencia hacia el tratamiento antihipertensivo es alta, pese a la ausencia de síntomas graves reportados por una gran parte de estos en el IPQ-B, pero que podría explicarse por la experiencia vivida con estas otras enfermedades con sintomatologías más notorias, reconociendo la importancia de tomar la medicación indicada de manera apropiada.

En estrecha relación con lo anterior, la duración de la enfermedad es otro aspecto relevante en esta categoría de factores determinantes^{98,116,117,126}, ya que, se advierte que a mayor distancia entre la fecha de diagnóstico médico de la HTA se encuentre la persona, más aumenta su consciencia al respecto del riesgo que conlleva, lo que podría vincularse con la motivación y mejor identificación de los síntomas para controlarlos.^{10,124}

En esta investigación prevalecieron los rangos de 1-15 años de diagnóstico, con una mayor frecuencia de 1-5, ello, concuerda con otras investigaciones que encontraron que la mayoría de sus participantes tenían menos de 10 años de diagnóstico.^{36,52,78} Esto parece sugerir que, aunque en su mayoría el tiempo de convivencia conocida por la

persona con su enfermedad es relativamente corto, resulta suficiente para establecer una apropiada adherencia terapéutica.

Por otro lado, en lo relativo a los factores relacionados con el tratamiento farmacológico, se propone que tanto el tipo como la cantidad de medicamentos prescritos puede ejercer una influencia sobre la adherencia terapéutica.^{98,116,117,126} Se indica que a menor cantidad de fármacos mejor es la adherencia⁹¹, por consiguiente, la polifarmacia parece conducir a una menor adherencia terapéutica.^{97,118,125} Por su parte, otros investigadores, en menor proporción, no encontraron relación entre el número de fármacos y la adherencia terapéutica.⁷⁷

La mayor parte de las personas participantes reportó consumir entre uno y dos fármacos, aunque casi un 30% utilizaba tres o cuatro medicamentos de manera conjunta, con un promedio de 3, lo que concuerda con otro estudio elaborado en el país.¹²⁶ Sin embargo, la polifarmacia se registró en alrededor de un 40% de los y las participantes. En contraposición con otra investigación diseñada en el país que encontró una mayor frecuencia de polifarmacia, de más del 50%¹²⁶, así como, estudios elaborados en el ámbito internacional.^{92,125}

Sin embargo, esto se podría explicar porque en su mayoría las investigaciones señaladas tienen una participación mucho más elevada de personas adultas mayores o conforman la muestra en su totalidad, a diferencia de este estudio. Lo anterior, podría explicar también la baja frecuencia de polifarmacia comparativa, aunque también podría deberse al sistema de salud de Costa Rica.

Así también, se evidenció en la recolección de datos la dificultad que presentaban muchas de las personas con polifarmacia no sólo para recordar el nombre de estas, sino también la dosis, el horario y la patología para la cual la tenían indicada, haciéndoles necesario utilizar la receta o papeles escritos a mano para este fin.

Lo cual, por una parte, parece indicar que, aunque no se incluyó en los resultados por no ser parte de las variables a relacionar, tomar varios medicamentos puede dificultar la adherencia terapéutica, aunque no necesariamente determina que sea baja, dado el apoyo social con el que contaban las personas, como con el uso de ayudas

para recordar, como tenerlo por escrito, aunque podría explicar algunos de los casos de personas con baja adherencia encontrados (alrededor de 20%).

Como resulta esperado, el grupo terapéutico más frecuentemente registrado por las personas participantes fue el de los antihipertensivos, lo cual coincide con otros estudios^{122,125}, seguido por los hipoglicemiantes y en menor grado por los hipolipemiantes. Lo que coincide con el autorreporte de las enfermedades crónicas más frecuentes registrado. De manera muy similar se comporta la población de otro estudio desarrollado en Costa Rica, donde sólo varía el orden, a excepción de los antihipertensivos que se mantiene en primer lugar.¹²⁶

Por su parte, los tres fármacos más utilizados por las personas participantes en el control de la HTA fueron Irbesartán, Enalapril y Amlodipino, evidenciando un mayor uso aparente de antagonistas del receptor de angiotensina II, así como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) lo que coincide con otros estudios¹²², pero se contrapone con otros.⁷⁸ Asimismo, la combinación de tratamientos antihipertensivos más frecuente fue la de un diurético más un bloqueador del receptor de angiotensina II, seguido por los bloqueadores de canales de calcio más un IECA, lo que coincide con lo encontrado por otros autores.⁸⁰

Esto se explica porque la mayoría de las personas adquieren sus medicamentos de la CCSS, la cual registra que los principales medicamentos que se utilizan usualmente en el tratamiento de la HTA son los diuréticos, β -bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio, IECA, ARA II, así como los bloqueadores α -adrenérgicos, sin embargo, se desconoce su frecuencia.³³ De manera muy similar la JNC-8 señala que el tratamiento de primera línea para las personas con hipertensión arterial comprende los mismos grupos de fármacos que registra la CCSS, a excepción de los bloqueadores α -adrenérgicos y los β -bloqueadores, no recomendados en el manejo inicial.³¹

Asociado a esto también se alude a que la mayor complejidad del régimen terapéutico condiciona una menor adherencia medicamentosa, así como también lo hace la presencia de efectos adversos.^{98,116,117,124,126} En la investigación desarrollada se

registró que gran parte de las personas indicó no sentirse presionadas para seguir con su tratamiento farmacológico, sugiriendo una percepción de menor complejidad respecto al tratamiento farmacológico indicado, lo que concuerda con otros autores.⁵²

Pese a que no se indagó sobre los efectos adversos de los fármacos consumidos por las y los participantes, algunos de estos comentaron que, con fármacos prescritos previamente, principalmente Enalapril habían experimentado efectos adversos molestos (tos principalmente), que dificultaban la adherencia. Así también otras personas aseguraron que no consumían los medicamentos apropiadamente porque les causaban efectos adversos molestos.

Esto parece indicar que ante los efectos adversos las personas participantes mostraban mayor dificultad para continuar con comportamientos de adherencia e incluso algunos de los casos de baja adherencia encontrados podrían estar vinculados con ello.

Aunado a lo anterior, es posible observar que a excepción de los hipoglicemiantes tipo insulina, que resultan más complejos e invasivos, la mayor parte de los tratamientos farmacológicos referidos por las personas participantes eran bastante sencillos. Lo cual podría explicar que en su mayoría las personas no se sintieran presionadas con este, lo que podría facilitar los comportamientos de adherencia.

En resumen, las personas del estudio elaborado, parecen presentar una adherencia de alta a media, coincidiendo con múltiples investigadores, pero también contraponiéndose con muchos otros. Debido a esta relativa ambigüedad, se exploran algunos de los factores determinantes de la adherencia terapéutica, descritos ampliamente en la literatura, que podrían explicar los resultados encontrados.

Donde se sugiere que factores socioeconómicos (como el nivel educativo superior, la ubicación urbana y el apoyo social altamente percibido), relacionados con la persona (asociación a un hábito, género femenino, alta comprensión de la enfermedad referida, conocimiento moderadamente alto del tratamiento farmacológico utilizado, presencia de patologías concomitantes con mayor sintomatología) y relacionados con el tratamiento (horario de toma una vez al día, relativamente poca complejidad del

tratamiento farmacológico y proporcionados por la CCSS) podrían haber estado involucrados en la adherencia terapéutica alta-media aparente de la mayoría las personas participantes.

Mientras que, la baja adherencia registrada por la minoría podría estar vinculada con factores personales (mayor edad y presencia de dos o más enfermedades crónicas conjuntas), así como factores relacionados con el tratamiento (polifarmacia).

Finalmente, cabe resaltar que, pese a que se encontró gran cantidad de evidencia que parece justificar los niveles de adherencia superiores a los encontrados en otras investigaciones relativas a la adherencia terapéutica en personas con HTA, es necesario tomar en cuenta que puede existir otra explicación, menos favorable.

Aunque múltiples estudios aluden a la utilidad práctica e investigativa del uso de cuestionarios de autorreporte para evaluarla, como el MMAS-8, dada su sencillez, comodidad para el o la participante, menor costo y muy buena especificidad (ya que si la persona manifiesta que no sigue una buena adherencia, es altamente probable que sea cierto).^{80,91,117,118} Se ha observado también, que dentro de sus limitaciones se encuentra que suelen sobreestimar la adherencia, porque las personas ya sea por falta de confianza, olvido u omisión pueden registrar información no tan certera, respondiendo lo que a su juicio es lo “más aceptable” socialmente.^{80,91,117,118} Sin embargo, también se señala que formas más precisas de estimarla son altamente costosas, invasivas y poco prácticas.^{80,91,117,118}

Este conflicto se ve evidenciado en una investigación llevada a cabo donde se comparó la adherencia terapéutica a los medicamentos en personas con HTA reportada en el test de Morisky-Green, con la registrada en un historial farmacoterapéutico digital del centro de atención en salud en el que se realizó el estudio, en el cual se podían consultar los envases que la persona retiraba de farmacia.⁸⁰

Los resultados sugirieron que por medio del test de Morisky la baja adherencia era tan sólo del 15%, mientras que en el historial fue de poco más del 50%.⁸⁰ Los autores concluyen que parece ser que este tipo de historial podría ser más útil en la identificación de la adherencia terapéutica, en contraposición con el test de Morisky que

parece ser más útil para evaluar la no adherencia, por ello, recomiendan el uso de dos instrumentos para evaluarla de manera más precisa, sin necesidad de recurrir a métodos más invasivos.⁸⁰

5.4 Nivel de Presión Arterial

En cuanto al tercer objetivo de la presente investigación seguidamente se contrastaron los resultados obtenidos con otras investigaciones. Es así que, para la población con HTA de Costa Rica, la CCSS utiliza valores meta más altos, al establecer la PAS menor a 140mmHg y la PAD menor a 90mmHg como objetivo, obteniéndose que para esta institución el 81,5% de las personas participantes tuvieron niveles de PAS controlada y el 84% niveles de PAD controlada. Mientras que, el 74% de personas alcanzó el nivel de PA meta con ambos valores dentro del margen.³³

Asimismo, este ente señaló que pese a que Costa Rica ha ido mejorando la atención de la HTA severa que culmina en accidentes cerebrovasculares, en contraparte no lo ha hecho así frente a los daños crónicos derivados de un mal control en la población de personas con hipertensión arterial.³³

Igualmente, en el país solamente se evidenció un estudio realizado en el 2011 en el que detectaron que un 58,2% de las personas con HTA estaban controladas adecuadamente.³⁷ Para ello tomaron como margen los valores de la CCSS (<140/90mmHg)³⁷, al comparar estos resultados con los del presente estudio se observa una probable mejoría en el control de la PA por parte de la población costarricense. No obstante, al considerar los valores tensionales meta de acuerdo a las nuevas evidencias científicas de la AHA, este control aún no sería suficiente para evitar las posibles complicaciones de la HTA.

Ahora bien, es de suma importancia que hay poblaciones que se han correlacionado con un mejor manejo de la HTA al presentar tasas más altas de control dentro de las que destacan las mujeres y los adultos mayores.²⁶ En este caso gran cantidad de esas poblaciones fueron parte de este estudio, por lo que en otras personas la PA no controlada pudo haber sido mayor.

En contraparte al considerar los niveles de presión arterial ostentados en este estudio por las y los habitantes de Costa Rica, según la ACC/AHA en su minoría estuvieron conformados por presiones arteriales controladas, representando únicamente al 35,8% de la muestra. Pese a que el 54,3% de las personas participantes mostraron la PAS meta y el 46,9% presentó la PAD controlada.

Lo anteriormente mencionado, es relevante, ya que en esta guía se establece que después del inicio de la terapia con medicamentos antihipertensivos, independientemente del riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, el objetivo meta de PAS recomendada es menos de 130 y de la PAD menos de 80 mmHg.²⁶

Estos nuevos estándares se deben a que los niveles más altos de PA se han asociados con mayor riesgo de complicaciones, especialmente de enfermedad cardiovascular, por lo que pretenden que a mayor rigurosidad las personas manejen niveles más bajos de PA.²⁶ Por ello, la implementación de estas categorías y de los valores de control más estrictos podría favorecer los niveles de PA presentados en la población costarricense.

Aunado a lo anterior, se debe destacar que la población participante estuvo constituida por 39,5% de personas adultas mayores (65 años o más). Para los cuales, la hipertensión sistólica aislada es la forma predominante de HTA, siendo su umbral meta igual que para la población adulta (<130/80), considerando que ninguno de los participantes estaba institucionalizado y todos eran ambulatorios.²⁶

Estos datos concuerdan con lo mencionado por diversos autores quienes indican que, a nivel mundial, la proporción de personas con hipertensión arterial cuya enfermedad se controla eficazmente con medicamentos es baja, especialmente en algunos países de bajos y medianos ingresos, generando alta recurrencia de HTA no controlada.^{60,127,128} Asimismo, se indica que el porcentaje de adultos con hipertensión controlada varía entre los países.¹²⁹

Por otra parte, según los datos de la AHA, que el 64,2% de la población tenga su PA no controlada es sumamente alarmante debido a que esta constituye el riesgo más común de muerte en todo el mundo, puesto que es responsable de generar un alto

porcentaje de accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca congestiva, además se cree que su prevalencia aumentará.¹³⁰

Unido a esto, la PAD no controlada en menores de 50 años es indicador de riesgo debido a que, cada aumento de 10 mmHg en la presión arterial diastólica se ha visto que aumenta el riesgo cardiovascular relativo en un 34%. En contraparte en los mayores de 50 años la PAS es mejor predictor del daño de órganos diana hipertensivos y futuros eventos cardiovasculares y renales.^{131,132}

Ahora bien, los casos de HTA no controlada están asociados principalmente a un manejo médico inadecuado y un deficiente autocontrol expresado en una baja adherencia terapéutica y al incumplimiento de las medidas no farmacológicas relacionadas con el estilo de vida.^{127,130}

En lo que respecta a la adherencia terapéutica se ha identificado que hasta el 50% de las personas hipertensas recién diagnosticados dejan de consumir sus medicamentos durante el primer año y solo el 40% de las personas restantes continúan tomando sus medicamentos durante los próximos 5 a 10 años¹³⁰, siendo este un factor que podría influir directamente en los valores de PA no controlados. Por tanto, más adelante, se analizó la relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de PA identificados en las personas participantes.

Asimismo, se ha encontrado que el uso de combinaciones incorrectas de medicamentos antihipertensivos favorece la hipertensión no controlada, a lo que se debe agregar que los diuréticos son frecuentemente subdosificados y la espironolactona permanece desatendida en la práctica general.¹³³

Un hallazgo importante en este aspecto es que de la población participante solamente 36 de las personas tenían una terapia combinada para su HTA, sugiriendo tratamientos poco intensivos en su mayoría. Por su parte, la terapia antihipertensiva combinada más frecuente fue un bloqueador del receptor de angiotensina más un diurético (en 15% de los casos). Lo que coincide con que estos últimos son agentes de primera línea altamente recomendados para el control de la HTA puesto a que coadyuvan al evitar la retención de sodio y agua.^{133,134}

Así también, es posible que la PA no controlada presentada en las personas participantes se deba a la inercia terapéutica, definida como la omisión de tomar una conducta terapéutica, tal como iniciar, adicionar un fármaco o incrementar su dosis durante el seguimiento de la persona tratada, a pesar de tener la indicación para hacerlo.¹³⁴ Esto se evidencia en que había personas que revelaron que utilizaban el mismo tratamiento farmacológico desde hace más de 10 años. Lo cual puede deberse a distintos factores que involucran al médico, a la persona y al sistema de salud.¹³⁴

Otro aspecto a tomar en cuenta es la presencia de dos o más enfermedades crónicas conjuntas en un 59,3% de las personas participantes, dentro de las que destacan la Diabetes mellitus y la dislipidemia, las cuales, en conjunto con la obesidad se han asociado con la PA no controlada.^{59,133} Esto podría estar ligado a barreras que rodean el co-manejo de condiciones de salud pudiendo afectar sus comportamientos de autogestión.⁴²

Por su parte, dentro de las medidas no farmacológicas de autogestión que se encuentran ligadas a la PA controlada están las modificaciones en el estilo de vida, tales como la pérdida de peso, la disminución del estrés, la dieta de enfoques alimentarios para detener la hipertensión mejor conocida como DASH (reducción de sal en la dieta, una dieta rica en frutas y verduras, así como baja en grasas saturadas); el aumento de la actividad física, la disminución o eliminación del consumo de alcohol y del tabaquismo.¹³⁴

Estos comportamientos a ejecutar por parte de las personas con HTA, no fueron evaluados en el presente estudio, no obstante, al consultarles sobre las posibles causas de su HTA la mayoría indicó el estrés, la alimentación, obesidad, falta de ejercicio y en general aspectos referentes a su estilo de vida previo al diagnóstico de la misma. Sugiriendo una conciencia de estos, además durante la recolección de datos algunas de las personas mencionaban haber realizado cambios de comportamiento en aras de controlar su HTA.

Por último, el control deficiente de la PA también se observa en personas que siguen minuciosamente las recomendaciones terapéuticas, tal es el caso de la HTA

resistente definida como una PA media de 130/80mmHg o más en personas que se adhieren a 3 o más agentes antihipertensivos de diferentes clases a dosis óptimas (incluido un diurético), o en aquellos que requieren 4 o más medicamentos antihipertensivos, siendo su prevalencia estimada en un 17% entre las personas con HTA.²⁶

La definición anterior coincide con 2 casos presentados de personas que señalaron en el MMAS-8 ser altamente adherentes a sus tres medicamentos antihipertensivos y pese a ello, no mantienen controlada su PA. Empero, sería necesario descartar otros aspectos como la dosis adecuada de los medicamentos, el estilo de vida y la HTA secundaria en el expediente médico.

Por su parte, Enfermería tiene un papel crucial para que las personas con HTA ejerzan un adecuado control de la misma, para ello debe de considerar las diferentes aristas de la autogestión que la persona realiza, identificando las situaciones que le impiden la obtención de los valores meta ya sea por la adherencia terapéutica a los medicamentos, el estilo de vida, la HTA resistente, las comorbilidades e incluso la inercia terapéutica, brindando cuidados de calidad individualizados con intervenciones que favorezcan la calidad de vida de la persona y a la vez que evite las complicaciones que podrían generarse.

5.5 Correlaciones

Seguidamente se realizará un análisis de las correlaciones presentadas respondiendo así a la pregunta de investigación y a la hipótesis planteada.

5.5.1 Representación de la Enfermedad y Adherencia Terapéutica

El modelo de sentido común asume que los individuos crean su propia representación de la enfermedad al obtener información concreta o abstracta disponible y estas representaciones pueden ser determinantes en la adherencia terapéutica.⁴⁹ Lo cual favorecería positivamente el control de la HTA, evitando complicaciones de salud

que se podrían generar en el caso de que no se produzca un manejo adecuado de la misma.

Como resultado de la presente investigación se obtuvo una asociación inversa entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica, por tanto, se sugiere que las personas que tuvieron una representación de la enfermedad (HTA) más amenazadora, expusieron menor adherencia al tratamiento farmacológico.

Pese a que, el Modelo de Sentido Común de Autorregulación señala que conforme más amenazante es la representación de la enfermedad, mejor es el afrontamiento, en este caso, habría mayor adherencia a los medicamentos.¹⁶ También se han dado resultados que avalan la correlación presentada, al señalar que ante una representación más amenazante de la enfermedad hay menor adherencia terapéutica.⁴⁹

Aunado a lo anterior, Leventhal descubrió que independientemente del nivel de temor ante la enfermedad, el mensaje resultaba efectivo si producía un plan de acción.¹⁶ Es decir, que aunque la relación presentada señale que a menor nivel de amenaza mayor adherencia terapéutica, lo que es realmente importante es que se generó una estrategia de afrontamiento en las personas participantes, concordando con lo planteado por el autor.

Por otra parte, se considera que la cultura influye en las percepciones de las enfermedades y los comportamientos posteriores de los individuos.^{16,50} Por lo tanto, la cultura de la población costarricense, en cuanto a cómo se asume una amenaza y cómo se actúa en consecuencia, pudo influir en las respuestas que condujeron a esta correlación.

Por último, otro factor que pudo condicionar el resultado es la interpretación de las preguntas del IPQ-B lo cual pudo variar entre las y los participantes, puesto que como se mencionó anteriormente, muchas de las personas participantes indicaron no estar preocupadas sino “ocuparse” de su HTA. Asimismo, en el control personal los participantes solían no comprender la pregunta y asociarla con el tratamiento, ambos aspectos se ven reflejados en que únicamente las dimensiones de control personal y coherencia no tuvieron correlación con el puntaje total del IPQ-B.

Es así que se destaca la importancia de validar este cuestionario a nivel nacional para garantizar la comprensión del mismo por parte de la población y así poder ser utilizado en investigaciones futuras realizadas en el país y en intervenciones por parte del personal de salud evitando confusión respecto a los resultados obtenidos.

Asimismo, se encontraron relaciones significativas entre la adherencia terapéutica y tres de las dimensiones de la representación de la enfermedad: control personal, control de tratamiento y coherencia. Cabe recalcar que, estas dimensiones fueron medidas por medio de los ítems 3, 4 y 7 respectivamente del IPQ-B, los cuales como se ha mencionado anteriormente deben ser invertidos para su interpretación.

Es así como, la primera dimensión que evidencia asociación con la adherencia terapéutica fue la de control personal, dando como resultado que cuando las personas participantes tenían una mayor percepción de control personal sobre su HTA, presentaban mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Esto concuerda con lo señalado por autores que remarcan que un alto control personal de la enfermedad, indica una mejor adherencia al comportamiento de salud^{16,48,49}, por ende, parece ser que al haber dicha eficacia de control percibida el comportamiento de salud, es decir, el consumo de los medicamentos antihipertensivos se vió favorecido.

Aunado a lo anterior, en su teoría Ryan y Sawin consideran la autoeficacia como el grado de confianza en su capacidad para desarrollar un comportamiento y así generar procesos de autogestión tales como la adherencia al tratamiento farmacológico.⁶ Apoyando el resultado de la correlación presentada en la población participante.

Asimismo, la relación se puede explicar al considerar que una mayor percepción de control puede estar relacionada con una menor ansiedad de la persona, esta ansiedad reducida puede resultar en una mayor adherencia terapéutica por parte de la misma.⁵⁰ No obstante, se han encontrado resultados contradictorios respecto al mismo puesto que otros señalan que la correspondencia puede ser inversamente proporcional entre sí.⁵⁰

La segunda dimensión asociada con la adherencia terapéutica fue control del tratamiento, esta parece revelar que conforme las personas participantes percibían que

su tratamiento era efectivo para controlar su HTA, tenían una mejor adherencia terapéutica a los mismos. Coincidiendo con estudios realizados en los que señalaban que cuando las personas creían que el tratamiento podría mejorar sus síntomas, tenían más probabilidades de adherirse constantemente a la prescripción del médico.^{16,49}

Es de resaltar que la dimensión de control (control personal y control de tratamiento) sobresale en los diferentes estudios como variables predictivas, ya que creer que se tiene la capacidad de control sobre la enfermedad posibilita una percepción de calidad de vida favorable.¹⁶ Por ello, hay vastas bases que comprueban que la percepción de estas dimensiones es de alta relevancia para la población con HTA por su derivación directa en los resultados de su salud.

Por último, la dimensión de coherencia también parece estar relacionada con la adherencia terapéutica, al interpretarse que, a menor conciencia de la enfermedad, menor adherencia terapéutica. Siendo así como el escaso conocimiento sobre el cumplimiento del plan de tratamiento afecta negativamente la conciencia y los comportamientos de la persona y plantea un problema importante en el control de la hipertensión.⁵¹

Por su parte otros autores avalan la relación al considerar que la educación de la persona sobre las causas de la hipertensión, sus complicaciones, medicamentos y sus efectos secundarios son necesarios para maximizar las creencias positivas de la enfermedad y mejorar la adherencia a los medicamentos.^{51,52,54}

Otro aspecto a considerar son las relaciones presentadas en esta investigación entre las dimensiones del IPQ-B, las cuales también se asocian entre sí en otro estudio²¹, en el cual cuando la persona tuvo una mayor coherencia, es decir, una mejor comprensión de su enfermedad, consideró que su HTA tenía una mayor duración, que su tratamiento farmacológico ayudaba mucho y experimentó mayor preocupación, lo cual pudo llevarla a tomar acciones de afrontamiento tales como la adherencia terapéutica.

Aunado a lo anterior la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar plantea que una mayor comprensión de la condición de salud da como resultado un aumento de

tres factores, siendo estos: la autoeficacia específica del comportamiento, la expectativa de resultado y la congruencia de objetivos.⁶ Por ello, esa percepción de conocimiento de la HTA en las personas participantes podría haber influido positivamente en su autoeficacia para consumir el tratamiento antihipertensivo.

Con base en lo anteriormente planteado puede que sean necesarias intervenciones que favorezcan la representación de la enfermedad, generando en la persona más percepción de control personal, mayor confianza en el tratamiento, conocimiento de las causas, duración y consecuencias de la HTA, para que se favorezcan los procesos de autogestión y esto repercuta directamente en una mejor adherencia terapéutica.

Por otra parte, es importante recalcar que en el presente estudio también se generó asociación entre las dimensiones del IPQ-B, siendo que, cuando las personas percibieron que su HTA tenía una mayor duración y cuando refirieron una sintomatología (identidad) más grave, consideraron que les producía mayor afectación, es decir consecuencias, por lo que construyeron una representación más amenazante de su enfermedad. Pese a ello, estas dimensiones no se correlacionaron con la adherencia terapéutica presentada.

5.5.2 Representación de la Enfermedad y Presión Arterial

La PA y la representación de la enfermedad no se relacionaron directamente entre sí, concordando con los resultados de otras investigaciones realizadas.⁵⁷ Por ende, para que esta relación se diera debió de ser mediada por un comportamiento, lo cual recalca la necesidad de la adherencia terapéutica para que se genere una asociación entre estas.

No obstante, la representación de la enfermedad si se relacionó con la PAS y la dimensión de preocupación de la representación de la enfermedad; así como la PAD con la dimensión de coherencia del IPQ-B.

En esta primera asociación inversa entre la presión arterial sistólica y la dimensión preocupación, propone que cuando las personas se preocupan más por su

enfermedad (HTA), tienden a presentar niveles más bajos de presión arterial sistólica. Al analizar dicha relación, la mayor preocupación sería indicativo de mayor amenaza para las personas participantes, llevándolas a asumir mejores comportamientos en salud^{7,15,16}.

Asimismo, otro dato importante es una relación encontrada entre las dimensiones del IPQ-B en donde cuando la persona percibía que su enfermedad le generaba mayor preocupación, tendía a experimentar mayor afectación emocional y esta afectación a su vez generaba mayor percepción de consecuencias. Por ende, esta representación más amenazante pudo provocar efectos en su conducta autogestión, estableciendo resultados distales de mejor control sobre la PAS tal como lo expresan las teorías consideradas para el presente estudio.

Sin embargo, no existen otros estudios que avalen esta relación a nivel nacional ni internacional, por lo que sería necesario mayor investigación respecto a estas variables y su influencia entre sí. Además, se debe de considerar la interpretación de preocupación en la población costarricense, que al asociarse a ocuparse también podría generar disminución de la PAS, tal como se planteó anteriormente.

La segunda relación insinúa que, a menor coherencia se presentan niveles más altos de presión arterial diastólica. Esto mismo se concluye en otro estudio realizado en donde se evidenció que una mejor coherencia, es decir conocimiento de la enfermedad, se relaciona significativamente con un valor de PAD más bajo.⁵⁷

Partiendo de que, la coherencia se puede explicar a partir del Modelo de Sentido Común de Autorregulación como la congruencia entre los marcadores percibidos de la enfermedad y las acciones de tratamiento, por ello, esta construcción llevaría a la persona a ejercer estrategias de afrontamiento,^{7,15,16} reflejadas en este caso en una alta adherencia terapéutica y, por ende, en resultados positivos con un mejor control de la PAD, lo cual se produce en el presente estudio. Poseyendo así relación entre componentes de las tres variables de interés, tal como se planteó en la substrucción teórica.

Finalmente, tal como se evidenció en el marco empírico la relación entre estas variables ha sido poco abordada en el ámbito internacional, mientras que en el nacional se carece totalmente de estudios. Por consiguiente, son necesarias más investigaciones que generen información, que confirmen los resultados obtenidos en el presente estudio, respecto a la influencia que podría tener la representación de la enfermedad total y sus dimensiones en los valores de presión arterial.

5.5.3 Adherencia terapéutica y presión arterial

La adherencia terapéutica a los medicamentos y el promedio de presión arterial diastólica se relacionan de manera significativa inversa, es así como, a medida que aumenta la adherencia a los medicamentos parece haber un menor nivel de presión arterial diastólica en las personas participantes.

Por tanto, los resultados respaldan que una alta adherencia puede generar un gran impacto en el control de la HTA, concordando con otro estudio realizado,⁶⁰ razón por la que un punto importante es el seguimiento por parte del personal de salud para que las personas tengan alta adherencia a su tratamiento farmacológico, identificando los factores que pueden estar interponiéndose en el consumo del mismo y ayudarle a las personas a implementar estrategias que le ayuden a recordar la dosis y el horario prescrito, especialmente a las personas adultas mayores que no tienen cuidadores.

Esta relación no se da entre la PAS y la adherencia terapéutica, presentándose discordancia en los resultados, que podría ser explicado al contemplar que pese a las medidas tomadas en la presente investigación para reducir el fenómeno de “bata blanca”, este pudo haberse generado afectando el nivel de PAS, puesto que se ha encontrado sobresaltos de forma más intensa de la PAS que de la PAD y mayor frecuencia de este fenómeno en personas adultas mayores.¹³⁵

También se debe destacar que hay autores que no encontraron correlación directa entre estas variables puesto que estiman que la disminución de la PA no depende solamente de la adherencia terapéutica,⁵⁹ sino que también se relaciona con el estilo de

vida de las personas y con casos de inercia terapéutica.⁵⁶ Por ello, sería necesario realizar más investigaciones que ratifiquen la relación o la contradigan.

Es así como las y los profesionales en enfermería podrían por medio del Proceso de Enfermería identificar en las personas con HTA las implicaciones que tienen las representaciones de la enfermedad en el manejo de la misma. Por ello, en caso de identificar una respuesta necesaria de abordaje con la persona, podrían enfocar los cuidados de enfermería en mejorar los conocimientos y creencias respecto a su HTA, así como, intervenciones dirigidas al cambio de comportamiento en salud, lo cual según parece sugerir la presente investigación podría favorecer los resultados proximales y distales de los procesos de autogestión de la persona.

En síntesis, los conocimientos y creencias de las personas participantes con HTA parecen influir en una parte de su conducta de autogestión, generando en ellos resultados proximales y distales lo que se ve reflejado en una alta adherencia terapéutica y niveles de PAD más bajos, sugiriendo un mejor estado de salud en estas personas.

Empero parece ser que la relación entre la representación de la enfermedad y los resultados en el estado de salud no está tan clara. Por tanto, se deben de realizar más investigaciones referentes al tema que ayuden a comprender el proceso de autogestión con base en las representaciones de la enfermedad.

Finalmente, posterior a identificar la representación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y el nivel de la PA en las personas adultas con HTA y con base en las correlaciones existentes, se logra establecer que efectivamente, como plantea la hipótesis, existe una relación entre la representación de la enfermedad y la adherencia terapéutica, así como entre la adherencia terapéutica y el nivel de PAD.

No obstante, no se logró identificar relación entre la presión arterial y la representación de la enfermedad, pese a ello, esta si se dió con algunas de sus dimensiones. Por último, tampoco se estableció una relación entre la adherencia terapéutica y el nivel de PAS.

5.6 Limitaciones

- Imposibilidad de verificar información proveniente de los expedientes clínicos de las personas participantes que permitiera corroborar los criterios de inclusión, así como, algunos de los datos generales de importancia, pese a su coordinación y previa autorización por parte de COOPESAIN, por limitante de tiempo.
- Ausencia del instrumento IPQ-B validado en población habitante de Costa Rica, así como el MMAS-8, lo que podría haber alterado los resultados obtenidos.
- Impedimento para comprobar el nivel real de adherencia terapéutica a los medicamentos por las y los participantes, puesto que el instrumento al ser de autorreporte posibilita que las personas omitan o modifiquen su respuesta original hacia una más aceptable socialmente, lo que dificulta una estimación más precisa de esta.
- Dinámicas propias del servicio de consulta externa, tales como la convocatoria de las personas para la pre consulta y consulta, lo que provocó múltiples interrupciones, alargando el tiempo empleado por la persona para completar el cuestionario y prolongando a su vez el periodo de recolección de datos.
- Ausencia de investigaciones en el país vinculadas con las variables estudiadas, así como de sus relaciones, y evidencia limitada disponible a nivel internacional, lo que repercutió en el análisis de los datos y dificultó contrastar los resultados encontrados.

Capítulo VI: Conclusiones

6.1 Conclusiones

Se identificó en las personas participantes una representación de la HTA total poco amenazadora, con tendencia a percibir la enfermedad como de tipo crónica, con poca afectación, bajo impacto emocional, sintomatología no tan grave, medianamente preocupante, sobre la que se tiene gran comprensión, así como control y que es causada principalmente por factores como el estrés, herencia/genética y alimentación/obesidad.

En cuanto a la adherencia terapéutica a los medicamentos, las personas presentaron una adherencia alta en su mayoría, seguida de adherencia media, con referencia de casi nunca experimentar dificultad para seguir con el tratamiento, siendo el mayor obstáculo la presencia de olvidos simples.

Se observó que la presión arterial de las personas se clasificó de manera contrapuesta de acuerdo con las categorías de la AHA y la CCSS, de tal forma que con la primera prevaleció el nivel de presión arterial no controlada, mientras que con la segunda que maneja rangos más bajos predominó la controlada.

En cuanto a las correlaciones se esperaba que ante una representación de la enfermedad más amenazante las personas presentaran una mayor adherencia terapéutica a los medicamentos, sin embargo, los resultados sugieren que la relación se presenta de manera inversa, es decir, ante una representación más amenazante de la enfermedad las personas tendieron a presentar una menor adherencia terapéutica.

Asimismo, se observó que a mayor coherencia, es decir, comprensión de la enfermedad, mayor control personal sobre la enfermedad y/o mayor percepción de control por parte del tratamiento farmacológico, las personas expresaron mayor adherencia terapéutica a los medicamentos.

Por otra parte, se esperaba que a mayor adherencia terapéutica a los medicamentos menores fuesen los niveles de presión arterial sistólica y diastólica, lo cual, si se presentó de acuerdo con los datos obtenidos, sin embargo, sólo con el nivel de presión arterial diastólica. Asimismo, se esperaba que ante una representación de la

enfermedad más amenazadora se presentaran niveles de presión arterial menores, pese a ello, en los resultados esta relación no fue significativa.

No obstante, algunas dimensiones de la representación de la enfermedad estaban relacionadas con la presión arterial, siendo que a mayor preocupación menor era el nivel de presión arterial sistólica y a menor coherencia, es decir, menos comprensión de la enfermedad se presentó niveles más altos de presión arterial diastólica.

De acuerdo con el planteamiento teórico de esta investigación, los conocimientos y creencias parecen estar participando en una parte de la conducta de autogestión (adherencia a los medicamentos) y esto finalmente parece repercutir en el estado de salud de la persona. Es así que parece ser que la representación de la enfermedad ofrece un acercamiento a una parte del proceso de autogestión que llevan a cabo las personas, donde parece determinar de manera directa los resultados proximales en cuanto estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, mientras que de manera indirecta podría estar determinando los resultados distales en cuanto estado de salud.

Lo cual parece sugerir que una mejor comprensión de las representaciones de las enfermedades tales como la HTA en la población habitante de Costa Rica tiene el potencial de dirigir futuras intervenciones desde un enfoque de autogestión en enfermería, no sólo para prevenir complicaciones en personas con enfermedades cardiovasculares, sino también para mejorar la calidad de vida de estas.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Futuras Investigaciones

- Validar en Costa Rica el Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad (IPQ-B).
- Uso de instrumentos de medición de la adherencia terapéutica más precisos, como la combinación de cuestionarios de autorreporte con otro método que permita contrastar las respuestas de las personas. Una opción podría ser el empleo de la taxonomía NOC para evaluar la adherencia terapéutica, o métodos más objetivos como smart pill boxes, pill refiles. Asimismo, la medición ambulatoria o en los hogares de las personas para evitar el efecto de “bata blanca”.
- Se pueden incluir como variables de estudio las representaciones de la medicación, zona geográfica (rural), participación en grupos comunitarios de apoyo en HTA, asociaciones y afectos relacionados con la medicación, la adherencia terapéutica no farmacológica (estilo de vida), factores relacionados con la adherencia terapéutica y la medición de índices antropométricos para evidenciar sobrepeso u obesidad.
- Se debe considerar la investigación de la representación de la enfermedad en otras patologías, así como, ante la presencia de dos o más enfermedades crónicas de manera conjunta.
- Una evaluación más precisa de la comprensión real de la enfermedad, para contrastar con la percibida.
- Elaboración de estudios de corte longitudinal para observar posibles variaciones en el tiempo.

6.2.2 Centros de Atención en Salud: CCSS, COOPESAIN y afines

- Evitar la inercia terapéutica, como parte del manejo de hipertensión arterial.
- La actualización de los protocolos de detección, diagnóstico y tratamiento de la HTA utilizados, de acuerdo a lo que establecen las guías de la AHA para una atención más apropiada.

6.2.3 COOPESAIN

- Seguir incentivando el desarrollo de investigaciones con la población que atiende.
- Emplear otras estrategias de divulgación para mejorar la captación de personas con HTA, para que participen en los grupos de la cooperativa con actividades relacionadas a mejorar el manejo de la hipertensión arterial.

Tales como, que en la pre-consulta se les proporcione una invitación impresa a participar en el grupo para personas con HTA y las actividades relacionadas, sobre las que se les mantendrá informadas mediante el ingreso al Facebook de la cooperativa, o mediante el correo electrónico de la persona.

Así también se podría hacer uso de las pantallas que se encuentran ubicadas en los módulos y pasillos de espera para informar sobre el desarrollo de actividades relacionadas.

- Tomar en cuenta las representaciones de la enfermedad en la autogestión de la misma, desde las intervenciones dirigidas por enfermería. Para lo cual se pueden desarrollar intervenciones tales como:

Establecimiento de una consulta de enfermería para las personas con enfermedades crónicas como la HTA, donde por medio del proceso de enfermería se brinde cuidado personalizado a las personas que asisten de manera presencial, así como, por medios electrónicos como el correo, WhatsApp, Facebook o una app específica para esta población.

Asimismo, en estas consultas se puede utilizar como método diagnóstico una vez validado en Costa Rica, el Cuestionario Breve de Percepción de la enfermedad (IPQ-B). Además, se puede dar el seguimiento de los planes de enfermería haciendo uso también del aporte de información que proveen los ATAPS que visitan a las personas calificadas como casos de riesgo.

El desarrollo de actividades dinámicas en la cooperativa, con apoyo de los estudiantes de enfermería del curso de gerencia enfocadas en la prevención primaria y secundaria de la HTA.

Asimismo, establecer vínculos con líderes comunales para la capacitación de estos, así como de otros voluntarios, para la ejecución de actividades los fines de semana, dirigidas a las personas con HTA y de prevención primaria, como rally, alimentación saludable, manejo del estrés y emociones con un enfoque de salud mental. Donde se involucre a las redes de apoyo de la persona.

El uso de buzones físicos en la cooperativa y plataformas digitales como el Facebook y el correo electrónico para solventar dudas o consultas de las personas usuarias, así como, proporcionarles información, donde se trabaje de manera interdisciplinaria desde enfermería con el personal de medicina y farmacia, con énfasis en autogestión de la HTA, haciendo uso de estrategias como el neuromarketing en videos, donde, además, se podría incluir a personas con HTA. Que incluso pueden proyectarse en las pantallas ubicadas en el centro de salud.

6.2.4 Escuela de Enfermería, UCR

- Establecer dentro de los contenidos de los diferentes módulos el uso más amplio de teorías y modelos propios de enfermería, así como de otras disciplinas que ayuden a comprender los fenómenos de interés para enfermería en investigación y las prácticas clínicas.
- La consideración de la representación de la enfermedad en los contenidos e intervenciones de enfermería en los diferentes módulos, desde un enfoque de autogestión.
- Una formación más adecuada en investigación, con una mejora en los contenidos de los cursos impartidos al respecto durante la carrera.
- Promover el desarrollo de investigaciones por parte de los docentes.
- Promover el consumo de investigaciones en el estudiantado.

6.2.5 Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica

- Abogar por que en los diferentes espacios laborales de los profesionales en enfermería se incentive y facilite el desarrollo continuo de investigaciones necesarias para el fortalecimiento de la disciplina.

7. Referencias Bibliográficas

1. OMS. Hipertensión en el mundo. 2013;1–39. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
2. Ministerio de Salud de Costa Rica. Análisis de Situación de Salud Costa Rica 2014. Minist Salud Costa Rica [Internet]. 2014;1–193. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
3. Sociedad Paraguaya de Hipertensión arterial. Consenso Paraguayo de Hipertension Arterial 2015. Rev virtual Soc Parag Med Int [Internet]. 2016;3(2):11–57. Disponible en: [10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03\(02\)11-057](http://10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(02)11-057)
4. Wong R. Perfil actual de la hipertensión arterial en Costa Rica [Internet]. CCSS, Dirección de Desarrollo de la Salud. 2013. Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=266&Itemid
5. OMS. Monitoreo de avances: En materia de las enfermedades no transmisibles 2017 [Internet]. 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259806/9789243513027-spa.pdf;jsessionid=47ECA4FE14DB3AC8CAFB873C886D8FD2?sequence=1>
6. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook [Internet]. 2009;57(4):217-225.e6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
7. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. J Behav Med [Internet]. 2016;39(6):935–46. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
8. Caja Costarricense de Seguro Social. Vigilancia de factores de riesgo

- cardiovascular. 2014. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>
9. Ministerio de salud. Boletín Estadístico de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Costa Rica del año 2015. 2015. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/notificacion-individual/3167-boletin-de-morbilidad-enfermedades-de-declaracion-obligatoria-2015-2/file>
 10. Pomares A, Vázquez M, Ruíz E, Aldereguía G. Therapeutic Adherence in Patients with Arterial Hypertension. *Rev Finlay* [Internet]. 2017;7:81–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf03207.pdf>
 11. Chávez A, Zúñiga E, Chávez S. Placebo. En: Abel Hernández Chávez., editor. *Farmacología general: Una guía de estudio* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?sectionid=96951426&bookid=1489&jumpsectionID=96951621&Resultclick=2#1115738011>
 12. CEPAL. Objetivos del milenio. 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/18/S1700334_es.pdf
 13. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: Background and Intervention Development. *Rev Lit Arts Am* [Internet]. 2009;23(3):3–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778019/>
 14. González M. Modelo de Representación de la Enfermedad y Salud. ¿Se aplicaría a las enfermedades crónicas de las vías digestivas? *Rev la Soc Venez Gastroenterología* [Internet]. 2017;71(4):137–42. Disponible en: <http://www.genrevista.org/index.php/GEN/article/viewFile/374/pdf>
 15. Leventhal H. The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness : The Self- Regulation of Health and Illness Behaviour. 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/284686251_The_Common-Sense_Model_of_Self-Regulation_of_Health_and_Illness_The_Self-Regulation_of_Health_and_Illness_Behaviour

16. Quiceno MJ, Vinaccia S. Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2010;25:56–83. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/285354218_Percepcion_de_Enfermedad_Una_aproximacion_a_partir_del_Illness_Perception_Questionnaire
17. Wolf ZR, Heinzer MM. Substruction: Illustrating the connections from research question to analysis. *J Prof Nurs* [Internet]. 1999;15(1):33–7. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S8755722399800234/1-s2.0-S8755722399800234-main.pdf?_tid=9f2d7b44-4109-4c7f-b6c0-eee68d9b0525&acdnat=1542644061_0667c7e6f2a98e4360240d019e82bdea
18. Hinshaw AS. Problems in Doing Research. *West J Nurs Res* [Internet]. 1979;1(4):319–24. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/019394597900100410>
19. Zauszniewski JA. Operationalization of a Nursing Model for Psychiatric Nursing Research. *West J Nurs Res* [Internet]. 1995;17(4):435–47. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/019394599501700407>
20. Dulock HL, Holzemer WL. Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Nurs Sci Q* [Internet]. 1991;4(2):83–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/089431849100400209>
21. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* [Internet]. 2006;60(6):631–7. Disponible en: [https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(05\)00491-5/fulltext](https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(05)00491-5/fulltext)
22. Valencia F, Mendoza S, Luengo L. Evaluation of Morisky medication adherence scale (MMAS-8) in older adults of a primary health care center in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017;34(2):245–9. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200245&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Barrett KE, Barman SM, Boitano S, Brooks HL. La sangre como fluido circulatorio y la dinámica del flujo sanguíneo y linfático. En: *Ganong Fisiología*

- médica, 25e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2016. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1127846182>
24. Garza NE. Presión arterial. En: Manual de laboratorio de fisiología, 6e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1124916662>
 25. Nguyen HB, Huang DT, Pinsky MR. Vigilancia hemodinámica. En: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, editores. Tintinalli Medicina de urgencias, 8e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1152880787>
 26. Whelton P, Carey R. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2018;71(17):127–248. Disponible en: <http://www.onlinejacc.org/content/accj/71/19/e127.full.pdf>
 27. Sutters M. Systemic Hypertension. En: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, editores. Current Medical Diagnosis & Treatment 2019 [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. Disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1157788307>
 28. Ibrahim H, Manohar P. Systemic Arterial Hypertension and Antihypertensive Drugs. En: Elmoselhi A, editor. Cardiology: An Integrated Approach [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2017. Disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1146875608>
 29. Kotchen TA. Hypertensive Vascular Disease. En: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018. Disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1158301915>

30. Vongpatanasin W. Systemic Hypertension. En: Crawford MH, editor. CURRENT Diagnosis & Treatment: Cardiology, 5e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2017. Disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1139743256>
31. Arguedas J. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la presión arterial elevada en los adultos 2014. Ampmd [Internet]. 2014;1(152):1–14. Disponible en: [http://www.cimgbc.sld.cu/Articulos/Guias para el manejo de la presion arterial.pdf](http://www.cimgbc.sld.cu/Articulos/Guias%20para%20el%20manejo%20de%20la%20presion%20arterial.pdf)
32. Fiorrille P, Mohler ER. Atherosclerotic Risk Factors : Hypertension [Internet]. Ninth Edit. Vol. 1, Rutherford's Vascular Surgery. Elsevier Inc.; 2014. 453-463.e2 p. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4557-5304-8.00030-3>
33. Caja Costarricense de Seguro Social. Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Organ Panam la Salud 3e [Internet]. 2009:138. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/hipertension09.pdf>
34. Ibarra O, Morillo R. Medicina del comportamiento: una guía para la práctica clínica. McGraw-Hill; 2017. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
35. George M. Understanding and Improving Medication Adherence. En: Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease 3e [Internet]. 2018: 452–8. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/book/3-s2.0-B9780323429733000494?scrollTo=%23hl0000497>
36. Ofman SD, Iris C, Girardi P, Cófreces P. Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según género. 2015;21(1):59–70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100006
37. Zumbado J, Zumbado M. Prevalencia Y Manejo De La Hipertensión Arterial En Consultorio Privado En Santa Bárbara-Heredia, Costa Rica. Rev Costa Rica Salud Pública [Internet]. 2011;20:48–51. Disponible en:

- <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v20n1/art9v20n1.pdf>
38. Perez A. Self-Management of hypertension in hispanic adults. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2011;20(4):347–65. Disponible en: <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1177/1054773811411582>
 39. Zabler B, Tsai PY, Fendrich M, Cho Y, Taani MH, Schiffman R. Effect of a nurse case management intervention for hypertension self-management in low-income African Americans. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2018;71:199–204. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.06.011>
 40. Shahaj O, Denny D, Schwappach A, Pearce G, Epiphaniou E, Parke HL, et al. Supporting self-management for people with hypertension: a meta-review of quantitative and qualitative systematic reviews. *J Hypertens* [Internet]. 2018; Publish Ah. Disponible en: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/publishahead/Supporting_self_management_for_people_with.97401.aspx
 41. Grey M, Schulman D, Knafl K, Reynolds NR. A revised Self- and Family Management Framework. *Nurs Outlook* [Internet]. 2015;63(2):162–70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.10.003>
 42. Fix GM, Cohn ES, Solomon JL, Cortés DE, Mueller N, Kressin NR, et al. The role of comorbidities in patients' hypertension self-management. *Chronic Illn* [Internet]. 2014;10(2):81–92. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1742395313496591>
 43. Godoy A. Representaciones cognitivas y emocionales del cáncer y la hipertensión: Aplicaciones del Modelo de autorregulación en la población sana [Internet]. Tesis Doctoral. 2015;7:39. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/43570/26117075.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
 44. Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: A cross-sectional study. *Int J Equity Health*

- [Internet]. 2017;16(1):1–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5493849/>
45. Pinto M, Garcia A. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [Internet]. 2017. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 46. Zurera I, Caballero MT, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2014;17(4):251–60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 47. Lebrón D. Medication adherence among older adults : a qualitative descriptive study [Internet]. Tesis Doctoral. University of Phoenix; 2012. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/1152549671?accountid=28692>
 48. Chen SL, Tsai JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011;48(2):235–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.005>
 49. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2012;28(8):442–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015>
 50. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2012;8(5):371–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.09.002>
 51. Jankowska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2016;10:2437–47. Disponible

- en: <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.2147/PPA.S117269>
52. Al-Noumani H, Wu J-R, Barksdale D, Knafl G, AlKhasawneh E, Sherwood G. Health Beliefs and Medication Adherence in Omanis With Hypertension [Internet]. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. University of North Carolina at Chapel Hill; 2016. Disponible en: https://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2018/11000/Health_Beliefs_and_Medication_Adherence_in_Omanis.5.aspx
 53. Saarti S, Hajj A, Karam L, Jabbour H, Sarkis A, El Osta N, et al. Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients. *J Hum Hypertens* [Internet]. 2016;30(5):341–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/jhh.2015.86>
 54. Padilla MA. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, HNERM [Internet]. Univ San Marcos. 2007. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2504/Padilla_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 55. Ruiz TA. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba [Internet]. Universidad Veracruzana. 2009;1. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Adri.pdf>
 56. Hekler EB, Lambert J, Leventhal E, Leventhal H, Jahn E, Contrada RJ. Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. *J Behav Med* [Internet]. 2008;31(5):391–400. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=34303494&site=ehost-live&scope=site>
 57. Yang L, Winslow B, Taylor E, Pothier P. Health perception and adherence with blood pressure control among rural Chinese adults with hypertension. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017;74(9):2135–44. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley->

- com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/full/10.1111/jan.13722
58. Zabihi R, Ashktorab T, Banaderakhshan H, Zaeri F. Adherence to therapeutic regimens in patients with hypertension. *ARYA Atheroscler J* [Internet]. 2012;8:190–4. Disponible en: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L41886247%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16037729>
 59. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2015;34(1):18–27. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602015000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 60. Noack K, Cornejo G, Noack K, Castillo JA. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay , 2012 . *Rev Anacem* [Internet]. 2014;7(2):75–8. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=95691745&site=ehost-live&scope=site>
 61. Espinoza L, Monge J. Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. *Cuad Investig UNED* [Internet]. 2009;1(2):163–70. Disponible en: <http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/cuadernos/article/view/226>
 62. Arce V, Reyes M, Venegas L, Cantillo V, Guadamuz K. Análisis de adherencia terapéutica en personas con enfermedad cardiovascular. Un enfoque desde la “Teoría de la autogestión individual y familiar de Ryan y Sawin”, en grupos comunitarios durante el año 2017. Universidad de Costa Rica; 2018.
 63. Universidad de Costa Rica. Reglamento de Trabajos Finales de Graduación [Internet]. 2017:9. Disponible en: http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf
 64. Gómez M. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica

- [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Editorial Brujas; 2016:190. Disponible en: <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/a/44342/introduccion-a-la-metodologia-de-la-investigacion-cientifica--2--ed.->
65. COOPESAIN RL. Historia [Internet]. 2014. Disponible en: <http://web.coopesain.sa.cr/inicio/index.php/component/content/article/108-coopesain/73-historia>
 66. Cárdenas J. Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud Soc* [Internet]. 2014;5(2):210–44. Disponible en: <http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/899/729>
 67. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2000;18(2):129–38. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997/869>
 68. Landeros E, Benavides R, Frederickson K, Martínez M del C, Celis M. Análisis de concepto: “decisión de cambio” para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos. *Aquichan* [Internet]. 2013;13(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2036/3056>
 69. Bula JA. Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7053/1/539455.2011.pdf>
 70. Ng TS. Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). *J Physiother* [Internet]. 2012;58(3):202. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70116-9](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70116-9)
 71. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Heal* [Internet]. 2015;30(11):1361–85. Disponible en:

- [https://www.fmhs.auckland.ac.nz/assets/fmhs/som/psychmed/petrie/docs/2015 Systematic review of Brief IPQ.pdf](https://www.fmhs.auckland.ac.nz/assets/fmhs/som/psychmed/petrie/docs/2015%20Systematic%20review%20of%20Brief%20IPQ.pdf)
72. De Raaij EJ, Schröder C, Maissan FJ, Pool JJ, Wittink H. Cross-cultural adaptation and measurement properties of the Brief Illness Perception Questionnaire-Dutch Language Version. *Man Ther* [Internet]. 2012;17(4):330–5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X12000513>
 73. Morisky DE, Ang A, Krousel M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* [Internet]. 2008;10(5):348–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18453793>
 74. Martínez DP, Díaz RA. El efecto de bata blanca sobre los pacientes. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria* [Internet]. 2013;20(5):256–73. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207213705747>
 75. Amigo I, Fernández C, Herrera J. Seis actuaciones del profesional de enfermería para prevenir los falsos diagnósticos de hipertensión: La hipertensión de bata blanca y el efecto de bata blanca. *Index Enferm* [Internet]. 2005;14(51):55–8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300011
 76. Universidad de Costa Rica. Lineamientos del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para investigaciones con seres humanos biomédicas y no biomédicas. [Internet]. 2016:29. Disponible en: [https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/Lineamientos Comité Ético Científico2\(1\).pdf](https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/Lineamientos%20Comité%20Ético%20Científico2(1).pdf)
 77. Parody E, Vásquez AF. Prevalencia y factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes de un programa integral de crónicos en un centro de atención primaria de Cali: comparación de diferentes test de adherencia. *Pharm Care España*; [Internet]. 2019;21(1). Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/487/395>

78. Barbecho ML. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del Cantón Gualaceo 2015 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27113>
79. Fontal PA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga Valle [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/47146/>
80. Baena JM, Gómez C, Vilató M, Vásquez EJ, Byram AO, Vidal M. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Atención Primaria* [Internet]. 2011;43(7):336–42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-registro-del-historial-farmacoterapeutico-historia-S0212656710004063>
81. Rosa F, Montijano AM, Ília C, Zambrana JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2005;22(11):515–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100003&lng=es.
82. Palacios D, Hernández V, Jiménez R, Valle B, Fernández C, Carrasco P. Has the prevalence of health care services use increased over the last decade in elderly people? A Spanish population-based survey. *Maturitas* [Internet]. 2013;76(4):326–33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.016>
83. Fernández C, Hidalgo JD, Cerdá R, Requena M, Sánchez C, Urbistondo L, et al. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy* [Internet]. 2006;75(2):131–9. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/15961181>
84. Aguilar I, Carrera P, Solsona S, Sartolo MT, Rabanaque MJ. Utilización de

- servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Atención Primaria* [Internet]. 2016;48(4):235–43. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715002115>
85. Medina C, Salvador X, Teresa M, Gallo P. Patrones de utilización de los servicios sanitarios en Cataluña. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011;137:42–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311700288>
86. Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica [Internet]. San José, Costa Rica; 2008. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html>
87. INEC. Población Joven y Adulta Costa Rica [Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/social/poblacion-joven-y-adulta>
88. INEC. Población Adulta Mayor Costa Rica [Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/social/poblacion-adulta-mayor>
89. Jiménez L. Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Rev. Costarric. Salud Pública* [Internet]. 2014;23(1):68–74. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000100012&lng=en.
90. Valverde L. Guía cognitivo conductual emocional para la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial esencial dirigida a familiares y cuidadores en los EBASIS Concepción- San Diego- San Juan de Tres Ríos [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2014. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/1930>
91. Gutiérrez ML, Lopetegi P, Sánchez I, Garaigordobil M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2012;27(2):72–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-cumplimiento-terapeutico->

- pacientes-con-hipertension-S1134282X11001722
92. Romero G, Parra DI, Sánchez R, Rojas LZ. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2017;49(1):37-44. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000100037&lng=en. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017004>.
 93. Menéndez E, Delgado E, Fernández F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2016;69(6):572–8. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-prevalencia-diagnostico-tratamiento-control-hipertension-articulo-S030089321600035X>
 94. Urrea JK. Hipertensión arterial en la mujer. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2018;25:13–20. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302590>
 95. Ledón L. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011;37(3):324–37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300013
 96. Quiceno JM, Vinaccia S. Illness perception: an approximation from the Illness Perception Questionnaire. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2010;25:56–83. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000100004
 97. Rodríguez MJ, Castillo F. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011;20(3):160–4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132->

- 12962011000200005.
98. Flórez IE. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av en Enfermería* [Internet]. 2009;27(2):25-32. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12965/13999>
 99. Gómez de Brítez E, Samudío M. Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social. *Mem InstInvestig Cienci Salud* [Internet]. 2014;12(2):43–58. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/issue/view/48/showToc>
 100. Barnes DM, Lu JH. Mexican Immigrants’ and Mexican Americans’ Perceptions of Hypertension. *Qual Health Res* [Internet]. 2012;22(12):1685–93. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049732312458181>
 101. Fort MP, Alvarado N, Peña L, Mendoza C, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013;14:131. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24007205>
 102. Duwe EA, Holloway BM, Chin J, Morrow DG. Illness experience and illness representation among older adults with hypertension. *Health Educ J* [Internet]. 2018;77(4):412–29. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0017896917751553>
 103. Stack RJ, Bundy C, Elliott RA, New JP, Gibson JM, Noyce PR. Patient perceptions of treatment and illness when prescribed multiple medicines for co-morbid type 2 diabetes. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2011;4:127–35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21779144>
 104. Pickett S, Allen W, Franklin M, Peters RM. Illness Beliefs in African Americans With Hypertension. *West J Nurs Res* [Internet]. 2013;36(2):152–70. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0193945913491837>
 105. Norfazilah A, Samuel A, Law P, Ainaa A, Nurul A, Syahnaz MH, et al. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC.

- Malaysian Fam physician Off J Acad Fam Physicians Malaysia [Internet]. 2013;8(3):19–25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25893053>
106. De la Rosa JM, Acosta M. Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. Rev Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2017; 21(3):361–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000300007
107. Rivera A, Méndez E. Mortalidad y egresos hospitalarios por enfermedad renal crónica compatibles con enfermedad crónica de causas no tradicionales, Costa Rica. Acta Méd Costarric [Internet]. 2016; 58(1):1–14. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022016000100001
108. Miguel PE, Sarmiento Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. ACIMED [Internet]. 2009; 20(3):92–100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007
109. Evans R, Pérez J, Bonilla R. Análisis de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Costa Rica entre los años 1920-2009. Arch Cardiol México [Internet]. 2016;86(4):358–66. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-analisis-mortalidad-por-enfermedades-cerebrovasculares-S1405994016300404>
110. Evans R, Bonilla R, Pérez J. Tendencias y características de la Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio en Costa Rica de 1970 al 2014. Población y Salud en Mesoamérica [Internet]. 2020;17(2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/39926>
111. Heid AR, Pruchno R, Wilson-Genderson M. Illness Representations of Multiple Chronic Conditions and Self-Management Behaviors in Older Adults: A Pilot Study. Int J Aging Hum Dev [Internet]. 2018;87(1):90–106. Disponible en:

- <https://doi.org/10.1177/0091415018771327>
112. Chen AT. Information use and illness representations: Understanding their connection in illness coping. *J Assoc Inf Sci Technol* [Internet]. 2015;66(2):340–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/asi.23173>
 113. Duwe EA, Koerner KM, Madison AM, Falk NA, Insel KC, Morrow DG. Defining older adults' perceived causes of hypertension in the Brief Illness Perception Questionnaire. *Health Educ J* [Internet]. 2014;73(6):731–45. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0017896913516096>
 114. Perez A. Acculturation, Health Literacy, and Illness Perceptions of Hypertension among Hispanic Adults. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2014;26(4):386–94. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659614524785>
 115. Pacheco V, Viladrich C, Pujol E, Cabezas C, Núñez M, Roura P, et al. Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Aten Primaria* [Internet]. 2012;44(5):280–7. Disponible en: DOI: 10.1016/j.aprim.2010.11.022
 116. Ramos LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015; 16(2):175–89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006
 117. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga A, Barragán B, Fernández MN, González M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2014;214(6):336–44. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271>
 118. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana de Farmacia* [Internet]. 2013; 47(4):468–74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

- 75152013000400006
119. Martín L, Bayarre H, Corugedo M, Vento F, La Rosa Y, Orbay M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2015;41(1):33–45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21438819004>
 120. Rodríguez MÁ, García E, Rodríguez A, Pérez EM, Amariles P, Martínez F, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. *Pharm Care España* [Internet]. 2012;14(4):138-45. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/80>
 121. Haidari A, Moeini M, Khosravi A. The Impact of Peer Support Program on Adherence to the Treatment Regimen in Patients with Hypertension: A Randomized Clinical Trial Study. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2017;22(6):427–30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29184579>
 122. Fernández U. Adherencia al tratamiento y tipo de fármacos usados en pacientes polimedicados [Internet]. Universidad de La Rioja; 2015. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001058.pdf
 123. Kleppe M, Lacroix J, Ham J, Midden C. ‘A necessary evil’: associations with taking medication and their relationship with medication adherence. *Psychol Health Med* [Internet]. 2017;22(10):1217–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1316412>
 124. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2019;98(27):e16116–e16116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31277112>
 125. Garrido EM, García I, García JC, García F, Ortega I, Bueno A. Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria

- urbano. *Rev Calid Asist* [Internet] 2011;26(2):90-96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estudio-pacientes-polimedicados-mayores-65-S1134282X10001454>
126. Jiménez LG, Fernández X. Caracterización del uso de medicamentos en personas adultas mayores, Costa Rica 2007. *Rev Costarric Salud Pública* [Internet]. 2008; 17(33):47–55. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292008000200009&lng=en.
127. Goverwa TP, Masuka N, Tshimanga M, Gombe NT, Takundwa L, Bangure D, et al. Uncontrolled hypertension among hypertensive patients on treatment in Lupane District, Zimbabwe, 2012. *BMC Res Notes*. [Internet]. 2014;7(1):1–8. Disponible en: doi: 10.1186/1756-0500-7-703
128. Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH, et al. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bull World Health Organ*. [Internet]. 2014;92(1):10-19. Disponible en: doi: 10.2471/BLT.13.121954
129. Campos I, Hernández L, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hypertension in Mexican adults: Prevalence, diagnosis and type of treatment. *Ensanut MC 2016. Salud Publica Mex*. [Internet]. 2018;60(3):233–43. Disponible en: doi: 10.21149/8813.
130. Ghofrani H, Weaver FA, Nadim MK. Resistant hypertension: Medical management and alternative therapies. *Cardiol Clin* [Internet]. 2015;33(1):75–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccl.2014.09.003>
131. Andersen MJ, Agarwal R. Kidney parenchymal hypertension. *Nephrology Secrets: Fourth Edition*. Elsevier Inc. [Internet]. 2019: 438–443. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-47871-7.00072-1>
132. Elliott WJ, Peixoto AJ, Bakris GL. Primary and Secondary Hypertension. *Eleventh E. Brenner and Rector's The Kidney*, Elsevier Inc.; [Internet]. 2016:1522-1566. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4557-4836->

- 5.00047-3
133. Petrák O, Zelinka T, Štrauch B, Rosa J, Šomlóová Z, Indra T, et al. Combination antihypertensive therapy in clinical practice. The analysis of 1254 consecutive patients with uncontrolled hypertension. *J Hum Hypertens*. [Internet]. 2016;30(1):35–9. Disponible en: doi: 10.1038/jhh.2015.24.
 134. Sabio R, Parodi R, Coca A. Impact of cognitive biases in therapeutic inertia in arterial hypertension: Not everything is as it seems. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2019;37(2):78-81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183719300534>
 135. Salazar PM, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión arterial en el adulto mayor. *Cardiol clín*. [Internet] 2016;13(3):87–9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>

8. Anexos

8.1 Anexo 1: Cuestionario de Datos Generales

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

Código Identificación:

Instrumento de recolección de datos

Tesis: *La representación de la enfermedad y su relación con resultados de la autogestión de la hipertensión arterial en personas adultas.*

A continuación, se le presenta una serie de preguntas con la finalidad de conocer algunos datos generales sobre usted, así como sus conocimientos y creencias sobre su presión alta y cómo utiliza su tratamiento. El cuestionario se divide en tres partes, por favor conteste con la mayor sinceridad posible.

Parte I: Cuestionario de Datos Generales

I. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____

II. Sexo:

0. () Mujer

1. () Hombre

2. () Otro: _____

III. Género:

0. () Femenino

1. () Masculino

2. () Otro: _____

IV. ¿Cuál es la ocupación u oficio que tiene? _____

V. Lugar de Residencia (Cantón-Distrito): _____

VI. ¿Con quién vive?:

0. () Solo

1. () Su pareja

2. () Familiares

3. () Amigos

4. () Otro: _____

VII. ¿Cuenta con al menos una persona que se preocupa por su bienestar y la apoya?:

0. () Sí

1. () No

Si respondió sí indique qué relación tiene con esta persona:

0. () Pareja

1. () Madre

2. () Padre

3. () Hija/hijo

4. Otro: _____

VIII. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?:

0. () Ninguna.

1. () Primaria incompleta.

2. () Primaria completa.

3. () Secundaria incompleta.

4. () Secundaria completa.

5. () Técnica completa.

6. () Técnica incompleta.

7. () Parauniversitaria completa.

8. () Parauniversitaria incompleta.

9. () Universitaria Diplomado completa.

10. () Universitaria Diplomado incompleta.

11. () Universitaria Bachillerato completa.

12. () Universitaria Bachillerato incompleta.

13. () Universitaria Licenciatura completa.

14. () Universitaria Licenciatura incompleta.

15. () Universitaria Maestría completa.

16. () Universitaria Maestría incompleta.

17. () Universitaria Doctorado completa.

18. () Universitaria Doctorado incompleta.

19. () Universitaria Posdoctorado completa.

20. () Universitaria Posdoctorado incompleta.

Indique en qué área:

*Vía de Administración: oral (boca) - intramuscular (inyectado en músculo) - intravenosa (inyectado en venas) - subcutánea (inyectado por debajo de la piel) - tópica (piel) - sublingual (bajo la lengua) - oftálmica (ojos) – ótica (oídos).

8.2 Anexo 2: Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad IPQ-B

Cuestionario breve de percepción de la enfermedad.

En las siguientes preguntas, por favor marque con un círculo el número que mejor representa su opinión.

1. ¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me afecta absolutamente nada							Afecta absolutamente mi vida			

2. ¿Cuánto cree usted que durará su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy poco tiempo									Para siempre	

3. ¿Cuánto control siente usted que tiene sobre su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente ninguno									Control total	

4. ¿En qué medida cree usted que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente nada									Ayuda muchísimo	

5. ¿En qué medida siente usted síntomas debido a su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente ningún síntoma									Síntomas graves	

6. ¿En qué medida está usted preocupado por su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente nada preocupado									Extremadamente	

7. ¿En qué medida siente usted que entiende su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No la entiendo nada									La entiendo muy claramente	

5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí	No
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí	No
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	

8.4 Anexo 4: Protocolo de Medición de la Presión Arterial

Pasos Clave para la Medición adecuada de la Presión Arterial	Instrucciones Específicas
<i>Paso 1: Prepare correctamente a la persona.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Mantenga a la persona relajada, sentada en una silla con los pies apoyados en el piso adecuadamente y con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, durante al menos 5 minutos. La persona no debe de haber consumido cafeína, realizado ejercicio o fumado, al menos en los 30 minutos anteriores a la medición de la presión arterial. Asegurarse de que la persona haya vaciado su vejiga. Ni la persona ni el observador deben hablar en el período de reposo ni durante la medición de la presión arterial. Remueva la región de la ropa que recubre la zona del brazo en la que se colocará el manguito del esfigmomanómetro. Las mediciones realizadas mientras la persona se encuentra sentada o acostada en

	una mesa de examinación, no cumplen con estos criterios
<i>Paso 2: Use la técnica correcta para las mediciones de la presión arterial.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilice un dispositivo de medición de la presión arterial que haya sido validado y asegúrese de que el dispositivo sea calibrado periódicamente. 2. Proporcione apoyo al brazo de la persona (por ejemplo, colocándolo sobre un escritorio). 3. Coloque la mitad del brazalete o manguito en la parte superior del brazo de la persona, al nivel de la aurícula derecha (el punto medio del esternón). 4. Utilice el tamaño de manguito correcto, de manera que rodee el 80% del brazo, y observe si se usa un tamaño de manguito más grande o más pequeño que lo necesario. 5. El diafragma o la campana del estetoscopio se pueden usar para mediciones por el método auscultatorio.
<i>Paso 3: Tome las mediciones correctas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de la presión arterial elevada e hipertensión arterial.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la primera visita, registre la presión arterial en ambos brazos. Utilice el brazo que da la lectura más alta para las lecturas posteriores. 2. Separe las mediciones repetidas de la presión arterial por 1–2min. 3. Para las determinaciones mediante el método auscultatorio, use una estimación palpada de la presión de obliteración del pulso radial para estimar la presión arterial sistólica. Infle el brazalete o manguito del esfigmomanómetro 20–30 mm Hg por encima de este nivel para una determinación por auscultación del nivel de presión arterial de la persona. 4. Para el método auscultatorio, desinfe la presión del brazalete a 2 mm Hg por segundo y escuche los sonidos de Korotkoff.
<i>Paso 4: Documente correctamente las lecturas precisas de la presión arterial.</i>	1. Registre la presión arterial sistólica y diastólica. Si utiliza el método auscultatorio registre la presión arterial

	sistólica como el primer sonido de Korotkoff, y la ausencia de sonidos como la presión arterial diastólica, utilizando el número par más cercano. 2. Anote la hora de la toma más reciente de la medicación para el control de la hipertensión arterial.
<i>Paso 5: Promedie las lecturas.</i>	Use un promedio de 2 lecturas obtenidas en dos ocasiones para estimar el nivel de presión arterial de la persona.
<i>Paso 6: Proporcione las lecturas de la presión arterial a la persona.</i>	Proporcione a las personas las lecturas de la presión arterial sistólica y diastólica, tanto, verbalmente como por escrito.

Traducido del original en inglés.²⁶

8.5 Anexo 5: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

ESCUELA DE ENFERMERÍA

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La representación de la enfermedad y su relación con resultados de la autogestión de la hipertensión arterial en personas adultas.

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: Dra. Ana Laura Solano López.

Nombre de las Sustentantes: Evelyn Moya Martínez y Avixely Vargas Blanco

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante:

Número de teléfono: _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Es parte de la tesis para optar por la Licenciatura en Enfermería de la UCR, elaborada por parte de Evelyn Moya y Avixely Vargas, bajo la tutoría de la Dra. Ana Laura Solano López, PhD. El objetivo del estudio es analizar las relaciones entre lo que usted sabe y cree de la presión arterial alta y cómo maneja su presión arterial y toma sus pastillas. Por lo tanto, para poder participar en el estudio usted debe ser mayor de edad, tener un diagnóstico de presión arterial alta (hipertensión arterial) y estar bajo tratamiento médico.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Su participación voluntaria en este estudio consiste en completar un cuestionario sobre información personal, conocimientos y creencias acerca de la presión arterial alta y las pastillas que toma para esta; además, se le medirá la presión arterial. Esto se llevará a cabo en una sola sesión el día de su consulta en las instalaciones de COOPESAIN Tibás, y tiene una duración aproximada de 45 minutos. También, vamos a necesitar información de su expediente de salud acerca de las enfermedades que usted tiene y los medicamentos con las dosis que usted toma; esta información la necesitamos primero para saber si realmente usted es candidato o candidata para participar en este estudio y si lo es, entonces necesitamos recolectar esta información para entender mejor su proceso de enfermedad. Como sabemos que los datos del expediente son privados y confidenciales requerimos que usted nos autorice a revisar su información de salud.

¿Usted está de acuerdo con que revisemos estos datos de su expediente?:

Sí

No

C. RIESGOS: Como parte de su participación usted puede presentar los siguientes inconvenientes: incomodidad, molestia y/o ansiedad al medir la presión arterial

o bien al contestar alguna pregunta del cuestionario, ya que, tiene preguntas relacionadas con sus creencias y conocimientos en relación a la presión arterial alta. Para minimizar el grado de incomodidad debido a la medición de la presión arterial, se utilizará la misma técnica que utilizan en la Cooperativa cuando usted asiste a consulta, así también, las investigadoras cuentan con formación universitaria en medir la presión arterial, además, el procedimiento se realizará explicándole paso a paso, de tal forma que usted lo comprenda y se le proporcionará la mayor comodidad posible durante la medición.

Por otra parte, en caso de que presente alguna molestia por las preguntas usted puede decidir no contestar la pregunta y también puede decidir retirarse por completo del estudio, si así lo desea.

Finalmente, puede suceder que a raíz de que se le tome la presión arterial se note que usted presenta niveles muy bajos o muy altos, en dado caso se solicitará una valoración por parte del personal de salud de COOPESAIN, para que le proporcionen la atención que usted necesite.

- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio usted conocerá el valor de presión arterial que tiene actualmente. Por otra parte, también se generará conocimiento sobre el manejo de la presión arterial alta en personas adultas, lo cual podría ser de beneficio para la atención de esta población a nivel de COOPESAIN, al aportar conocimiento a los profesionales en salud para una mejor atención a las personas que presentan presión arterial alta a nivel nacional.

Finalmente, se le informará acerca de los resultados que obtuvo por medio de un folleto impreso que también tendrá información científica sobre la presión alta (hipertensión arterial) y si usted lo desea se le comunicará sobre los resultados de la investigación a través de panfletos o correo electrónico, carteles en las instalaciones de COOPESAIN y/o publicaciones en las redes sociales del centro de salud.

- E. VOLUNTARIEDAD:** Su participación en este estudio es voluntaria y puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, ni a ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.
- F. CONFIDENCIALIDAD:** Cabe destacar que todos los datos que nos dé serán confidenciales, se garantizará su privacidad y sólo los involucrados directamente en este estudio tendrán acceso a la información que nos brinde. Además, en la publicación de los resultados de la investigación su información podría aparecer no de manera individual, sino de forma anónima como parte del grupo de personas que participaron. Se utilizará en lugar de información personal un código de identificación. Su información será resguardada en la escuela de enfermería de la Universidad de Costa Rica.
- G. INFORMACIÓN:** Antes de dar su autorización debe hablar con la profesional responsable o sus colaboradoras sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la Dra. Ana Laura Solano López, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, al teléfono (2511-3178) en el horario (lunes a viernes de 7 am a 3 pm). Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- H.** Usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en

forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del testigo

Lugar, fecha y hora

8.6 Anexo 6: Cuestionario de Pre-Selección

1. ¿Tiene actualmente un diagnóstico médico de HTA?
2. ¿Toma algún tratamiento para la HTA?
3. ¿Cuál es su edad en años?
4. ¿Tiene más de 6 meses de diagnóstico de HTA?
5. ¿Se encuentra embarazada actualmente o lo estuvo recientemente?
6. ¿Tiene a alguna persona que le asista en la toma de medicamentos?
7. ¿Pertenece a algún grupo organizado de personas con HTA o que informen sobre esta?

8.7 Anexo 7: Fármacos Empleados para Enfermedades Crónicas.

Tabla Anexo 7.

Distribución de participantes por fármaco y grupo terapéutico empleado en el manejo de enfermedades crónicas (n=81).

Fármacos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Fármacos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Corticoesteroides	6	7.4	Inmunosupresores	2	2.5
<i>Prednisona</i>	1	1.2	<i>Azatioprina</i>	1	1.2
<i>Budesonida</i>	1	1.2	<i>Leflunomida</i>	1	1.2
<i>Beclometasona</i>	3	3.7	Antihistamínicos	4	4.9
<i>Propionato de Fluticasona</i>	1	1.2	Antagonista H1		
Hormona Tiroidea	5	6.2	<i>Clorfeniramina</i>	3	3.7
<i>Levotiroxina</i>	5	6.2	<i>Loratadina</i>	1	1.2
AINES	4	4.9	Ansiolíticos	5	6.2
<i>Tenoxicam</i>	1	1.2	Difenilpiperazina		
<i>Dexketoprofeno</i>	1	1.2	<i>Hidroxicina</i>	3	3.7
<i>Ibuprofeno</i>	1	1.2	Anticolinérgico		
<i>Indometacina</i>	1	1.2	<i>Dimenhidrinato</i>	1	1.2
Anticonvulsivantes	7	8.6	Benzodiazepina		
<i>Valproato de Sodio</i>	2	2.5	<i>Lorazepam</i>	1	1.2
<i>Fenitoína</i>	1	1.2	Antirreumático no esteroideo	1	1.2
<i>Gabapentina</i>	1	1.2	<i>Glucosamina</i>	1	1.2
<i>Clonazepam</i>	3	3.7	Antidepresivos	6	7.4
Broncodilatadores	6	7.4	Inhib. Recapt. Serotonina		
Anticolinérgicos			<i>Fluoxetina</i>	2	2.5
<i>Bromuro de Ipratropio</i>	2	2.5	<i>Escitalopram</i>	1	1.2
Agonista B2 Adrenérgico			Tricíclico		
<i>Salbutamol</i>	1	1.2	<i>Amitriptilina</i>	2	2.5
<i>Formoterol</i>	1	1.2	<i>Imipramina</i>	1	1.2
<i>Anoro</i>	1	1.2	Anticoagulante	1	1.2
Antagonista recep.			<i>Warfarina</i>	1	1.2
Leucotrienos			Antigotoso	1	1.2
<i>Montelukast</i>	1	1.2	<i>Alopurinol</i>	1	1.2