

DOI: <https://doi.org/10.65558/tbda3943nc96w>

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD TOMATITAS, 2024

IMPACT OF A COMPREHENSIVE INTERVENTION ON THERAPEUTIC ADHERENCE AND KNOWLEDGE ABOUT ARTERIAL HYPERTENSION IN ADULTS AT TOMATITAS HEALTH CENTER, 2024

Fecha de recepción: 26/09/2025 | Fecha de aceptación: 16/12/2025

Huallpino Surculento Litzi Wara¹

¹ Medico Cirujano

Universidad Autonoma Juan Misael Saracho

ORCID: 0009-0005-4416-5389

Correspondencia de la autora: wara.surculento@gmail.com¹

Tarija - Bolivia

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEL CENTRO DE SALUD TOMATITAS, 2024

¹Huallpino Surculento Litzi Wara

Medico Cirujano

Universidad Autonoma Juan Misael Saracho

ORCID: 0009000544165389

Tarija, Bolivia

RESUMEN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que en Bolivia y en otros países de América Latina, se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte. La adherencia terapéutica es un indicador clave en su control. La OMS define la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las indicaciones acordadas con un profesional de la salud", además aclara que está directamente relacionado con un mejor resultado en la salud y disminución de complicaciones y costos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El objetivo fue determinar el grado de adherencia terapéutica y el nivel de conocimiento sobre HTA en adultos hipertensos de 30 a 80 años que acudieron a consulta de marzo a mayo de la gestión 2024 para posteriormente aplicar una intervención integral a grupo focal. El estudio fue descriptivo, transversal y prospectivo. Se incluyó una muestra no probabilística de 58 pacientes.

La información se obtuvo mediante un cuestionario voluntario, el Test de Morisky y un test de conocimientos sobre HTA. La adherencia al tratamiento aumentó de 34.5% antes de la intervención a 75.9% después de esta. El conocimiento sobre HTA incrementó de 17.2% a 93.1% posterior a la intervención. La intervención demostró ser efectiva en ambos parámetros.

ABSTRACT

High blood pressure is a chronic disease that in Bolivia and other Latin American countries is among the top five causes of death. Therapeutic adherence is a key indicator in its control. The WHO defines therapeutic adherence as "the degree to which a person's behavior matches the indications agreed upon with a health professional", further clarifying that it is directly related to better health outcomes and decreased complications and costs (Organización Mundial de la Salud, 2013).

The objective was to determine the degree of therapeutic adherence and the level of knowledge about hypertension in hypertensive adults aged 30 to 80 years old who attended a consultation from March to May of management 2024 and subsequently applied an integral intervention to a focus group. The study was descriptive, cross-sectional and prospective. A non-probabilistic sample of 58 patients was included

Information was obtained through a voluntary questionnaire, the Morisky test and an HTA knowledge test. Adherence to treatment increased from 34.5% before the intervention to 75.9% after the intervention. Knowledge about HTA increased from 17.2% to 93.1% after the intervention. The intervention proved to be effective in both parameters

Palabras Clave: Hipertensión arterial; Adherencia terapéutica; test de Morisky, Intervención integral; Grupo focal; Bolivia

Keywords: Arterial hypertension; Therapeutic adherence; Morisky test, integral intervention; Focus group; Bolivia

1. INTRODUCCIÓN

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la Hipertensión Arterial (HTA) causan anualmente 9,4 millones de muertes (Organización Mundial de la Salud, 2013). Además, es sabido que mientras más tiempo de exposición a la presión arterial elevada, mayor el daño vascular (riesgo residual) (Organización Mundial de la Salud, 2021). Por ello, lograr un adecuado y oportuno control de la hipertensión arterial es clave para la reducción de la mortalidad por eventos cardiovasculares

El último reporte sobre hipertensión de la Organización Mundial de la Salud, publicado el 2013, señala que, en países de ingresos bajos y medianos, como lo es Bolivia, existe una alta prevalencia de hipertensión arterial, con un mayor número de personas hipertensas sin diagnóstico, menor tasa de tratamiento y control inadecuado de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2013). Los datos disponibles para Bolivia, surgidos de la encuesta STEPS, cuentan de la existencia de un 15.9% de la población bajo tratamiento antihipertensivo con una presión arterial de $\geq 140/90$ mmHg (Ministerio de salud de Bolivia, 2020)

Las intervenciones en salud recomendadas desde la OMS para el control de estas enfermedades se enfocan en tratamientos farmacológicos y recomendaciones generales para cuidar la alimentación y adoptar estilos de vida saludables, pero el crecimiento de la prevalencia demuestra que hasta ahora estos tratamientos han sido insuficientes; es decir, la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos presuntamente es baja (Organización Mundial de la Salud, 2013). Esta baja adherencia se presenta como consecuencia de las barreras terapéuticas personales y las propias de los sistemas de salud.

A ello hay que añadir la presencia de mitos y creencias en las personas en contra de los tratamientos, la violencia, falta de apoyo familiar, sedentarismo y el consumo de alcohol principalmente.

La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial, predominando sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, pero aún es más baja en países en desarrollo (Aguilar y otros, 2012)

Como resultado, se tienen mayores tasas de hospitalización, aumento en los costos sanitarios y fracasos terapéuticos, dando como consecuencia una mayor prevalencia, menor control de la enfermedad y, por tanto, una mala calidad de vida. (Rosas-Chávez y otros, 2019)

El propósito de esta investigación es implementar este programa de intervención encaminado a lograr que el paciente se empodere de su problema de salud, a través de la adquisición de conocimientos de información que responda a las necesidades individuales para generar un cambio de comportamiento, que ponga en marcha modos de vida saludables, para alcanzar objetivos terapéuticos, mejorar y mantener la calidad de vida impidiendo sus complicaciones y muertes

2. MÉTODOS:

La información fue recolectada por el programa SOAPS, para poder identificar a los pacientes con Hipertensión Arterial y cuantos fueron atendidos en el periodo de marzo a mayo de la gestión 2024 en el Centro de Salud Ambulatorio Tomatitas

2.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, con diseño pre-post intervención, orientado a evaluar el impacto de una intervención integral a grupo focal sobre la adherencia terapéutica y el ni-

vel de conocimiento en pacientes con hipertensión arterial.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTREO

La población estuvo constituida por 67 pacientes hipertensos que acudieron a consulta médica regular en el Centro de Salud Ambulatorio Tomatitas durante el período de estudio.

La muestra estuvo conformada por 58 pacientes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, considerando la accesibilidad y la aceptación voluntaria de los participantes.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio pacientes adultos de ambos sexos, con edades comprendidas entre 30 y 80 años, diagnosticados con hipertensión arterial y que se encontraban bajo tratamiento farmacológico continuo por un período mínimo de seis meses. Asimismo, participaron pacientes con diferentes niveles de instrucción, hispanohablantes, que acudieron a consulta médica regular en el Centro de Salud Ambulatorio Tomatitas durante los meses de marzo a mayo de la gestión 2024 y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se excluyeron pacientes menores de 30 años o mayores de 80 años, personas sin diagnóstico confirmado de hipertensión arterial y pacientes transitorios. Asimismo, se excluyeron pacientes hipertensos que no acudían a controles ni seguimiento médico, aquellos que se encontraban hospitalizados, en estado de emergencia o shock, así como pacientes con comorbilidades asociadas, tales como diabetes mellitus, hipo o hipertiroidismo. También se excluyeron pacientes con enfermedades neurodegenerativas, alteraciones cognitivas, problemas de audición o del lenguaje que dificultaran la comunicación verbal y la adecuada participación en la intervención.

2.4. INSTRUMENTOS

- La información se obtuvo mediante un cuestionario auto administrado con variables socio-demográficas, clínicas y percepciones sobre la enfermedad.
- Para el nivel de conocimiento se empleó el Cuestionario de Conocimientos sobre Hipertensión y para la adherencia terapéutica el Test de Morisky de 4 ítems (Estrada Reventos y otros, 2013) (Anexo 1-2)

2.5. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

La intervención integral consistió en tres etapas con talleres educativos de 90 minutos fundamentados en el aprendizaje significativo de Ausubel con registro de asistencia y participación familiar

En la primera etapa pre intervención-convocatoria: se recopilaron datos aportados por los pacientes durante la encuesta, se explicó las actividades a realizar durante la intervención. Se procedió a recolectar mediante un cuestionario sus datos sociodemográficos y clínicos. Con el propósito de evaluar el grado de conocimiento que poseía cada paciente a cerca de su patología y el grado de adherencia terapéutica (Organizacion Mundial de la Salud , 2010). Se procedió a invitar a los pacientes y familiares mediante llamadas telefónicas y en algunos casos con visitas domiciliarias para la capacitación.

En la segunda etapa-talleres-intervención: (04-06-2024) se realizó capacitación con talleres educativos interactuantes aplicando el aprendizaje significativo de Ausubel, partiendo de los conocimientos que los pacientes tienen de su enfermedad, reforzando y ampliando los mismos, en el CSA Tomatitas y en las consultas domiciliarias a comunidad.

- El investigador actuó como facilitador del taller observando la dinámica del grupo y creando una atmósfera propicia para el adecuado manejo del mismo.

- Se utilizó técnicas de enseñanza como diálogo simultáneo, lluvia de ideas, preguntas y respuestas para extraer conocimientos de los pacientes y con el apoyo de técnicas audiovisuales (proyector de imágenes) a través de videos y diapositivas para reforzar conocimientos.
- Ejecución del taller: se procedió a recoger la firma de asistencia; se anunció los objetivos de la capacitación. Mediante técnicas señaladas anteriormente se logró la participación activa de los asistentes

Este procedimiento se aplicó para cada taller, los temas que se trataron en cada uno fueron los siguientes:

Primer Taller: Información partiendo de conocimientos que tienen los pacientes sobre definición de HTA, síntomas, factores que intervienen, posibles causas y efectos.

a) Debate de corto cinematográfico "hipertensión", se definió objetivos cuyo fin fue transmitir información sobre el tema y lograr compromisos.

Segundo Taller: Qué es la adherencia terapéutica, causas e importancia del cumplimiento terapéutico. Revisión de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico:

a) Sistemas de recuerdo horario: alarmas horarias, reloj despertador, alarma en el celular, llamadas telefónicas por familiar, mensajes a teléfonos móviles. Ej. "tome la pastilla de la hipertensión con el desayuno", que tome la medicación con alguna actividad cotidiana, acostumbrarse a tomar la medicación con el desayuno, al acostarse etc

b) Sistema de recuerdo de pautas posológicas: etiquetas adhesivas con pictogramas de posología que se pegan en la caja del medicamento, fichas calendario de cumplimiento (donde la hora de toma es anotada con una cruz cuando se toma cada pastilla),

se entregó material para iniciar un buen seguimiento al tratamiento.

Tercer Taller: mejorar la adherencia al tratamiento con el apoyo de la familia en la realización de hábitos saludables físicos y alimentación. (Apoyo de Nutricionista quien brindó material y capacitación al investigador). Importancia de la relación profesional de salud-paciente y la percepción positiva.

En la tercera etapa post intervención se volvió a evaluar en los pacientes el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento utilizando los tests ya mencionados.

ANÁLISIS DE DATOS

Finalmente, los datos obtenidos fueron analizados mediante Microsoft Excel 2016, aplicando estadística descriptiva a través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión según correspondía. Los resultados se organizaron en tablas y gráficos para facilitar su interpretación.

Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar el efecto de la intervención integral sobre la adherencia terapéutica, se aplicó la prueba de McNemar, considerando las mediciones pre y post intervención en los mismos participantes. El análisis evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones ($p < 0,05$), lo que indica que el incremento observado en la adherencia terapéutica no se debió al azar, sino al efecto de la intervención educativa aplicada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información. El estudio contó con la autorización institucional correspondiente y no presentó conflictos de interés

3. RESULTADOS

Durante el período comprendido entre marzo y mayo de 2024 acudieron a consulta 67 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Ambulatorio Tomatitas, de los cuales 58 aceptaron participar en el estudio, representando el 86,6 % del universo (Tabla 1).

TABLA 1: PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN EL CENTRO DE SALUD AMBULATORIO TOMATITAS, MARZO-MAYO 2024

DETALLE	Nº	PORCENTAJE
UNIVERSO	67	100%
PACIENTES PARTICIPANTES	58	86,6%

*Fuente: Carpetas Familiares y Sistema SOAPS,
Elaboración propia*

En relación con la distribución por sexo, se observó un ligero predominio del sexo femenino con el 51,7 % , mientras que el 48,3 % correspondió al sexo masculino (Tabla 2).

TABLA 2: PREVALENCIA SEGÚN EL SEXO DE PACIENTES CON HTA QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD AMBULATORIO TOMATITAS DE MARZO A MAYO DE LA GESTIÓN 2024

DETALLE	Nº	PORCENTAJE
MASCULINO	28	48.3%
FEMENINO	30	51.7%
TOTAL	58	100%

*Fuente: base de datos de la investigación,
Elaboración propia*

Respecto a la edad, el grupo etario más representado fue el de 60 a 69 años con 18 casos (31,0 %), seguido por los grupos de 50 a 59 años y de 70 a 80 años, ambos con 16 casos (27,6 %). Por otro lado los grupos etarios de 30 a 39 años y de 40 a 49 años registraron la menor frecuencia con 4 casos (6.9%) respectivamente (Tabla 3).

TABLA 3: PREVALENCIA SEGÚN GRUPO ETARIO DE PACIENTES CON HTA QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD AMBULATORIO TOMATITAS DE MARZO A MAYO DE LA GESTIÓN 2024

EDAD	Nº	PORCENTAJE
30 a 39 años	4	6.9%
40 a 49 años	4	6.9%
50 a 59 años	16	27.6%
60 a 69 años	18	31.0%
70 a 80 años	16	27.6%
TOTAL	58	100%

*Fuente: Base de datos de la investigación
Elaboración propia*

En cuanto al nivel de instrucción, la mayoría de los participantes presentó escolaridad primaria (48,3 %), seguido de pacientes analfabetos (20,7 %). Un menor porcentaje reportó estudios secundarios, técnicos o superiores (Tabla 4).

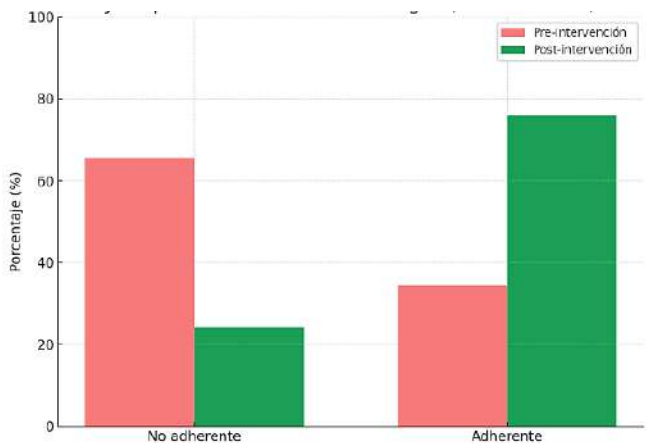
TABLA 4: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON HTA QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD AMBULATORIO TOMATITAS DE MARZO A MAYO DE LA GESTIÓN 2024

DETALLE	Nº	PORCENTAJE
Analfabeto	12	20.7%
Primaria	28	48.3%
Secundaria	8	13.8%
Técnico	8	13.8%
Superior	2	3.4%
TOTAL	58	100%

*Fuente: Base de datos de la investigación
Elaboración propia*

Al analizar la adherencia terapéutica, antes de la intervención integral se evidenció que el 65,5 % de los pacientes no cumplía adecuadamente el tratamiento, mientras que solo el 34,5 % presentaba buena adherencia. Posterior a la intervención, la proporción de pacientes adherentes aumentó a 75,9 %, reduciéndose los no adherentes a 24,1 % (Tabla 5).

TABLA 5: ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN INTEGRAL (CSA TOMATITAS, 2024)



De manera similar, el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial mostró un incremento significativo. Antes de la intervención, solo el 17,2 % de los pacientes alcanzaba un nivel alto de conocimiento; después de la intervención, este porcentaje se elevó a 93,1 %. Paralelamente, el nivel bajo de conocimiento se redujo a 0 % y el nivel medio a 6,9 % (Tabla 6).

TABLA 6: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN EL CENTRO DE SALUD AMBULATORIO TOMATITAS EN LA GESTIÓN 2024

	Pre- intervención		Post- intervención	
	Nª	PORCENTAJE	Nª	PORCENTAJE
Bajo	20	34.5%	0	0%
Medio	28	48.3%	4	6.9%
Alto	10	17.2%	54	93.1%
TOTAL	58	100%	58	100%

*Fuente: Base de datos de la investigación
Elaboración propia*

4. DISCUSIÓN

Esta investigación evidenció un bajo nivel inicial de adherencia terapéutica y conocimiento sobre (HTA) en los pacientes del Centro de Salud Tomatitas, con predominio de mujeres y adultos mayores entre 60 y 69 años. Estos resultados coinciden con reportes latinoamericanos (Achury Beltrán y otros, 2012)

La edad constituye un factor de riesgo no modificable, y es esperable encontrar una mayor prevalencia de HTA en los grupos etarios más avanzados, debido a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Resultados similares fueron descritos por Fernández López, quien reporta rangos etarios predominantes entre los 58 y 65 años en población hipertensa (Achury Beltrán y otros, 2012)

Asimismo, el predominio del sexo femenino observado en este estudio concuerda con investigaciones realizadas en América Latina y con indicadores regionales de salud, que reportan una ligera mayor prevalencia de hipertensión arterial en mujeres (Chacon , 2013).

La elevada proporción de participantes con solo educación primaria o sin escolaridad refuerza la relación entre bajo nivel educativo, menor conocimiento de la enfermedad y dificultad para adherirse al tratamiento, hallazgo descrito también en otros países de la región se describe una asociación similar entre bajo nivel educativo y deficiente control de la hipertensión arterial, a diferencia de lo observado en países europeos, donde estas diferencias son menos marcadas (Córdoba López, 2012).

La intervención integral aplicada al grupo focal generó cambios significativos tanto en el nivel de conocimiento como en la adherencia terapéutica. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos que demuestran que las intervenciones educativas estructuradas favorecen el conocimiento y el control de la hipertensión arterial. Investigaciones similares reportan incrementos del conocimiento entre el 20 % y el 45 % tras intervenciones educativas, como lo descrito por Córdoba (2012). Sin embargo, en el presente estudio se observó un impacto mayor, lo que podría atribuirse al enfoque multimodal, participativo y al acompañamiento familiar implementado.

Diversos factores influyen en la adherencia, entre ellos las creencias personales, el temor a los efectos adversos de la medicación y la complejidad del régimen farmacológico. En este estudio, la mayoría de los pacientes recibían monoterapia, condición que la literatura asocia a una mayor adherencia por su simplicidad (Reinike, 2006). Además, se identificó que una comunicación cercana, centrada y empática con el paciente, junto con el refuerzo continuo de conocimientos, son elementos esenciales para sostener los logros obtenidos (Sidorkiewicz, 2019). Resultados comparables fueron descritos por Vane-

gas en un estudio cuasi experimental, donde se evidenció un aumento significativo del nivel de conocimientos adecuados tras una intervención educativa en pacientes hipertensos (Chacon , 2013).

En conjunto, estos hallazgos demuestran que las intervenciones educativas integrales del personal de salud, adaptadas al contexto sociocultural, constituyen una estrategia efectiva para mejorar la adherencia terapéutica y el conocimiento de la HTA en la atención primaria. Replicar este enfoque en otros centros de salud bolivianos podría contribuir al control de una de las principales causas de morbimortalidad en el país.

5. CONCLUSIONES

Las evidencias obtenidas en la investigación indican que los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial fueron en su mayoría mujeres en un rango de edad de 60 a 69 años, el estado civil casado/a, la ocupación más frecuente fue labores de casa y en su mayoría con estudios solo hasta primaria.

La mayoría de los participantes involucrados presentó antecedentes de familiares con HTA, el tratamiento más frecuente fue con una sola droga siendo en la mayoría casos de pacientes con familiares o parejas cercanas.

Antes de la intervención la adherencia terapéutica era baja, predominando los pacientes no adherentes (65.5%)

Tras la intervención integral a grupo focal fue efectiva, la misma favoreció a un mayor nivel de conocimiento de HTA que llevaran a una mejor adherencia terapéutica, alcanzando (75.9%) también teniendo un nivel de conocimiento sobre HTA que se incrementó notablemente, pasando de 17.2% a 93.1% con conocimiento alto.

Un 63.8% de los pacientes hipertensos antes de la intervención integral a grupo focal referían que el apoyo de la familia no era importante en una buena

adherencia terapéutica, posterior a la intervención un 94.8% reconociendo que el apoyo de la familia era de gran importancia.

La intervención integral demostró ser efectiva y constituye una estrategia viable para su aplicación en otras unidades de salud.

6. LIMITACIONES

El estudio se realizó en un solo centro de salud, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos geográficos.

La evaluación de la adherencia terapéutica se basó en instrumentos de autorreporte, lo que puede introducir sesgo de deseabilidad social.

El seguimiento de los pacientes se realizó a corto plazo, por lo que no fue posible evaluar la sostenibilidad de los efectos de la intervención en el largo plazo.

7. BIBLIOGRAFÍA

-  Achury Beltrán, L. F., Achury Saldaña, D. M., Rodríguez Colmenares, S., Sepúlveda Carrillo, G., Padilla Velasco, M., Lauro Umaña, Y., & Martínez, M. (2012). Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 14(2), 63-84. <https://doi.org/0124-2059>
-  Córdova López, P. (2012). EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LOS. Eficacia de la intervención educativa para pacientes diabéticos e hipertensos. Ecuador. <https://share.google/WOWBBzWKcbcQq1kAe>
-  Estrada Reventos, D., Ho Wong, T., Agudo Ugena, J., Arias Barr, P., Capillas Pérez, R., Gibert Llorach, E., . . . Salamero Baró, M. (2013). Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. , 66(5), 377-384. Revista Española de Cardiología, 30(4), 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2013.05.003>

-  Aguilar, J., Alamo, M., & Montes, E. (2012). Adherencia Terapéutica. 4(3). http://ac.els-cdn.com/S2254887414000836/1-s2.0-S2254887414000836-main.pdf?_tid=11417d44-1626-11e5-95d9-00000aab-0f26&acdnat=1434679026_7409c5547ef-481286b5e1877ccc4ab41.
-  Chacon, J. (2013). Prevalencia de Hipertensión arterial en adults mayores. Revista hispanoamericana de salud Publica, 12(3), 201-210.
-  Ministerio de salud de Bolivia. (2020). Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Bolivia.
-  Organización Mundial de la Salud. (2010). Adherence to long-term therapies. <https://iris.who.int/handle/10665/42682?utm>
-  Organización Mundial de la Salud. (2013). A global brief on hypertension.
-  Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence
-  Organización Mundial de la Salud. (2021). Global status report on noncommunicable diseases.
-  Reinike, E. (2006). Adherencia en monoterapia y politerapia. Revista Latinoamericana de Hipertensión.
-  Rosas-Chávez, G., Romero-Visurraga, C., & Ramírez, A. (2019). El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2019.362.4279>
-  Sidorkiewicz, S. (2019). Patients' perceptions of medication importance. Patient Preference and Adherence, 13.

ANEXOS

ANEXO 1 Encuesta para evaluar el conocimiento de hipertensión arterial



" ENCUESTA PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL

Estimado/a: *Lidia Wera Huallpa Juvenal*



1. ¿Cuántos años hace que Ud. es hipertenso/a? 0-5 () 6-10 () Más de 10 ()
2. ¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa? 140/90 () 160/95 () 130/85 ()
3. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida? Sí () No () No lo sé ()
4. ¿Le han explicado qué es la hipertensión? Sí () No () No recuerdo ()

RIESGOS DE LA HIPERTENSIÓN

5. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos? Sí () No () No lo sé ()
6. ¿Tener la arterial elevada puede producir problemas al corazón? Sí () No () No lo sé ()
7. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis? Sí () No () No lo sé ()
8. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro? Sí ☒ No () No lo sé ()
9. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones? Sí () No () No lo sé ()

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN

10. Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? Sí () No ☒ No lo sé
11. Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del Corazón? ☒ Sí () No () No lo sé
12. Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? Sí ☒ No () No lo sé ()
13. Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? Sí ☒ No ()

DIETA

14. ¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso? Sí () No () No lo sé ()
15. Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial? Sí () No () No lo sé ()
16. ¿Es aconsejable reducir el consumo de sal? Sí () No () No lo sé ()

MEDICACIÓN

17. ¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación? Sí () No () No lo sé ()
18. ¿Toma medicación para la hipertensión? Sí () No () No lo sé ()
19. ¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial? Sí () No () No lo sé ()
20. ¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada? Sí ☒ No () No lo sé

MODIFICACIONES DE ESTILOS DE VIDA

21. ¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial? Sí ☒ No () No lo sé ()
22. ¿Cree que caminar cada día 1/2 - 1 h (MEDIA HORA O UNA HORA), puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? Sí () No () No lo sé ()

23. ¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión? Sí ☒ No

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

24. ¿Piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarle? Sí ☒ No () No lo sé ()
25. ¿Piensa que el medico/a, enfermera/o, y farmacéutico pueden ayudarle? Sí () No () No lo sé ()

ANEXO 2. Test de Morinski-Gr REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



” ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSOS DE 30 A 80 AÑOS ATENDIDOS DE MARZO A MAYO DEL 2024 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL”

Interna: Litzi Wara Huallpino Surculento



INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A LA MEDICACION. TEST DE MORINSKI-GREEN-LEVINE

Instrucciones: marque una “X” la opción que más se aproxime a la verdad.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su HTA?		
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?		

ADHERENTE	SI	NO
RESULTADO		