

ESTRATEGIAS PARA EL INCREMENTO DE LA ADHERENCIA A LOS  
TRATAMIENTOS EN PACIENTES HIPERTENSOS: UNA REVISIÓN  
SISTEMÁTICA

SARA MILENA COSSIO LUJÁN  
EDITH MARITZA RESTREPO JARAMILLO

Asesora:

MERCEDES JIMÉNEZ BENÍTEZ  
PhD. en Psicología Clínica

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN, COLOMBIA

2017

*A la psicología,  
Mens sana in corpore sano*

## RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) supone el factor de riesgo más importante para las enfermedades crónicas no transmisibles, consideradas las primeras causas de mortalidad en el mundo (OMS, 2013). Pese a que se cuenta con tratamientos efectivos para la HTA, existe poco control de la enfermedad, y se han presentado evidencias que indican que la adherencia terapéutica puede mejorar dicho control. Por ello, se han planteado estrategias para el incremento de la adherencia, sin embargo, no se conoce el nivel de evidencia de los estudios que han trabajado esta temática.

Este estudio de revisión sistemática se desarrolló con el objetivo de determinar el nivel de evidencia y el grado de recomendación de las estrategias orientadas a incrementar la adherencia terapéutica en personas con HTA, en una muestra de investigaciones seleccionadas. La búsqueda y el análisis sistemático, arrojó una muestra final de 28 artículos los cuales fueron analizados con respecto a su nivel de evidencia y grado de recomendación de acuerdo a los criterios de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), encontrándose mayor prevalencia en los estudios que tenían un nivel de evidencia I.b y un grado de recomendación A, representando el 64% del total de la muestra, es decir, que más de la mitad de las investigaciones analizadas cumplen con un nivel alto de evidencia y pueden ser altamente recomendadas. Además, se halló que la estrategia que obtuvo mejores resultados fue la educativa/conductual, ya que 6 de 8 estudios que hicieron una intervención con dicha estrategia, se clasificaron en el nivel más alto posible para un diseño experimental (I.b, A) con resultados de aumento significativo y moderado de la adherencia.

Palabras clave: Hipertensión, adherencia, estrategias.

## ABSTRACT

Blood pressure suppose the most important risk factor for the chronic non communicable diseases, considered the first causes of mortality in the world. Despite the fact that effective treatments are available for hypertension, there is no control of the disease, and evidence has shown that therapeutic adherence can improve such control. Therefore, strategies have been proposed to increase adherence, however, the level of evidence from the studies that have worked on this topic is not known.

The purpose of this systematic review study was to determine the level of evidence and the degree of recommendation of the strategies aimed at increasing therapeutic adherence in people with hypertension, in a sample of selected research. The search and systematic analysis yielded a final sample of 28 articles which were analyzed with respect to their level of evidence and grade of recommendation according to the criteria of Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), there was a higher prevalence in the studies that had a level of evidence Ib and a grade of recommendation A, representing 64% of the total sample, wich means that more than half of the researches analyzed meet a high level of evidence and they can be highly recommended. In addition, the strategy that obtained the best results was the educational / behavioral one, since 6 of 8 studies that made an intervention with this strategy, were classified at the highest possible level for an experimental design (Ib, A) with results of significant and moderate increase in adherence.

Key Words: Hypertension, adherence, strategies, outcomes.

## CONTENIDO

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
CONTENIDO	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVO GENERAL	21
3.1. Objetivos específicos	21
4. MARCO TEÓRICO	22
4.1. Hipertensión arterial	22
4.1.1. Definición y caracterización clínica	22
4.1.2. Aspectos psicosociales de la HTA	23
4.1.3. Tratamientos indicados para la hipertensión arterial	24
4.2. Adherencia terapéutica	27
4.2.1. Factores moduladores de la adherencia	29
4.2.2. Estrategias para el incremento de la adherencia	34
5. METODOLOGÍA	37
5.1. Pregunta de investigación	37
5.2. Tipo de investigación	37
5.3. Alcance de la investigación	38
5.4. Diseño de la investigación	38
5.5. Instrumentos de recolección y evaluación de información	39
5.6. Procedimiento de recolección de información	41
5.6.1. Criterios de inclusión y exclusión	43
5.7. Procedimiento de análisis de la información	46
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
7. RESULTADOS	50
7.1. Caracterización de los estudios:	50
7.1.1. Distribución de la muestra de documentos, según año de publicación	50
7.1.2. Distribución de la muestra de documentos, según base de datos	51
7.1.3. Distribución de la muestra de documentos, según tipo de estudio	52

7.1.4. Distribución de la muestra de documentos, según alcance del estudio	53
7.1.5. Distribución de la muestra de documentos, según diseño de investigación	53
7.1.6. Distribución de la muestra de documentos, según país de publicación del estudio	54
7.1.7. Distribución de la muestra de documentos, según tamaño de muestra	55
7.1.8. Distribución de la muestra de documentos, según edad de los participantes	55
7.1.9. Distribución de la muestra de documentos, según etnia de los participantes	56
7.1.10. Distribución de la muestra de documentos, según método de medición de la adherencia	57
7.1.11. Distribución de la muestra de documentos, según duración de la intervención	57
7.1.12. Distribución de la muestra de documentos, según personal responsable de la intervención	58
7.1.13. Distribución de la muestra de documentos, según momentos de la evaluación	59
7.1.14. Distribución de la muestra de documentos, según incentivo económico a los participantes	60
7.1.15. Distribución de la muestra de documentos, según conceptualización de la adherencia	60
7.1.16. Categorías de las estrategias para el incremento de la adherencia	61
7.1.17. Niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios	64
7.1.18. Resultado de las intervenciones	66
7.2. Relación de variables	67
7.2.1. Nivel de evidencia y grado de recomendación	67
7.2.2. Nivel/grado de recomendación/ resultados	69
7.2.3. Método de medición/Resultados	70
7.2.4. Nivel de Evidencia/ Grado de Recomendación/ Estrategia/ Resultados	71
8. DISCUSIÓN	73
9. CONCLUSIONES	79
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
11. ANEXOS	90
ANEXO 1. Ficha de ingreso de datos	90
ANEXO 2. Listado de artículos seleccionados	92
ANEXO 3. Artículos de acuerdo al nivel de evidencia y grado de recomendación	96

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Clasificación de los niveles de evidencia y de los grados de recomendación de la SIGN.....	40
<b>Tabla 2:</b> Categorías de las variables tipo de estudio, diseño y alcance de la investigación.....	47
<b>Tabla 3:</b> Distribución de la muestra de documentos seleccionados, según año de publicación .....	51
<b>Tabla 4:</b> Distribución de muestra de artículos seleccionados según base de datos.....	52
<b>Tabla 5:</b> Distribución de la muestra según el tipo de estudio.....	53
<b>Tabla 6:</b> Distribución de la muestra según alcance del estudio.....	53
<b>Tabla 7:</b> Distribución de la muestra según diseño de investigación.....	54
<b>Tabla 8:</b> Distribución de la muestra según país de publicación .....	54
<b>Tabla 9:</b> Distribución de la muestra según tamaño de la muestra .....	55
<b>Tabla 10:</b> Distribución de la muestra según edad de los participantes.....	56
<b>Tabla 11:</b> Distribución de la muestra según etnia de los participantes.....	56
<b>Tabla 12:</b> Distribución de la muestra según método de medición.....	57
<b>Tabla 13:</b> Distribución de la muestra según duración de la intervención.....	58
<b>Tabla 14:</b> Distribución de la muestra según personal responsable de la intervención ..	59
<b>Tabla 15:</b> Distribución de la muestra según momentos de la evaluación.....	60
<b>Tabla 16:</b> Distribución de la muestra según incentivo económico.....	60
<b>Tabla 17:</b> Distribución de muestra según conceptualización de adherencia .....	61
<b>Tabla 18:</b> Distribución de la muestra según estrategias de intervención.....	63
<b>Tabla 19:</b> Niveles de evidencia.....	64
<b>Tabla 20:</b> Distribución de la muestra según grado de recomendación.....	65
<b>Tabla 21:</b> Distribución de la muestra según resultado de intervenciones .....	66
<b>Tabla 22:</b> Distribución de la muestra según nivel de evidencia y grado de recomendación.....	68
<b>Tabla 23:</b> Relación método de medición y resultados.....	70
<b>Tabla 24:</b> Distribución de estrategias .....	72

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Flujograma de estudios resultantes por la aplicación de los diversos criterios de inclusión y exclusión.....	45
<b>Figura 2:</b> Frecuencia de estudios, según estrategias utilizadas para incrementar la adherencia.	64
<b>Figura 3:</b> Frecuencia de estudios según nivel de evidencia .....	65
<b>Figura 4:</b> Frecuencia de estudios según grado de recomendación .....	66
<b>Figura 5:</b> Frecuencia de estudios según resultados sobre la adherencia a los tratamientos .....	67
<b>Figura 6:</b> Relación entre Nivel de evidencia y Grado de recomendación.....	68
<b>Figura 7:</b> Relación entre Nivel de evidencia, Grado de recomendación y resultados.....	69

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) es una condición médica que se presenta cuando las cifras tensionales están por encima de los valores considerados normales (entre 105 mm Hg y 120 mm Hg para la sistólica y en la diastólica entre 60 mm Hg y 80 mm Hg). En la actualidad, es considerada un problema de salud pública por su alta prevalencia y por su morbilidad a nivel mundial (OMS, 2013). Se estima que la HTA se presenta en aproximadamente un tercio de la población adulta actual, y que supone el factor de riesgo más importante para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tales como la cardiopatía isquémica, la enfermedad vascular cerebral, la insuficiencia renal y la retinopatía, entre otras (Acosta, Pérez, Noval, y Herrera, 2005). Estas enfermedades son consideradas las primeras causas de mortalidad en el mundo y, al respecto, las cifras observadas acerca de las muertes relacionadas con la HTA son preocupantes; se valora que casi un tercio del total de muertes por año, son debidas a enfermedades cardiovasculares (17,5 millones de muertes) de las cuales 9,4 millones se deben a complicaciones de la HTA, causando aproximadamente el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% por accidente cerebrovascular (OMS, 2015)

Estos datos de prevalencia y mortalidad se diferencian en función de las regiones y países según índices de desarrollo, a nivel económico. La mayor prevalencia de HTA se encuentra en la región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años y la más baja en la región de las Américas, con un 35%, considerándose también que la prevalencia de la HTA es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de ingresos bajos y medianos (40%). Estas diferencias, en términos

epidemiológicos, parecen deberse a diferentes factores, tales como el aumento y envejecimiento poblacional y otros asociados al comportamiento: dietas inadecuadas, uso nocivo de alcohol, inactividad física, sobrepeso y diversos estresores asociados a los modos de vida (economía, relaciones interpersonales, trabajo, entre otros) (OMS, 2013).

Además de los factores modificables propuestos por la OMS, el National Institute of Health (2015) hace referencia a factores no modificables como: antecedentes familiares, sexo, edad y raza o etnia. En este sentido, las causas genéticas son la principal razón por la que los antecedentes familiares son un factor de riesgo, debido a la sensibilidad al sodio y a la sal. Con respecto al sexo, se explica que los hombres tienen una mayor probabilidad de incidencia de HTA antes de los 55 años de edad, por su parte, en las mujeres es después de esta edad que aumenta la probabilidad. También se conoce que el riesgo de presentar HTA aumenta con la edad aunque, en la actualidad debido al sobrepeso, el riesgo de prehipertensión e HTA ha aumentado incluso en niños y adolescentes. Además en cuanto a la raza o grupo étnico, se ha encontrado que los adultos afrodescendientes tienden a tener HTA a una edad más temprana, con valores más altos de presión arterial y con menos probabilidad de alcanzar niveles de control planteados en el tratamiento, en comparación con la población blanca (OMS, 2015).

Otro factor adicional mencionado por la OMS (2013) hace referencia a la debilidad en los sistemas de salud como un determinante que influye en que un gran número de personas no cuente con el diagnóstico, tratamiento, ni el control de la enfermedad. En Colombia, pese a que se cuenta con tratamientos efectivos para un manejo adecuado de la HTA, los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud

(2007) muestran que sólo el 29% de diagnosticados tienen control de la HTA. En España se ha considerado como principal causa de la falta de control, la no adherencia a los tratamientos (Granados y Gil, 2007).

La adherencia a los tratamientos es entendida según la OMS como: “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (2003). Este concepto no solo ha ido tomando relevancia en el ámbito médico sino también en el psicológico debido a su naturaleza conductual y a sus componentes cognitivos, motivacionales y volitivos. Es así como Silva, Galeano y Correa (2005) plantean una definición de adherencia en la que se involucra al paciente en un rol más activo: “comportamiento de la persona que coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a consultas programadas, tomar medicamentos prescritos, realizar cambios de estilo de vida recomendados, completar análisis o pruebas solicitados”.

Atendiendo a esta definición, Silva, Galeano y Correa (2005) establecen que la causa más común de falla terapéutica es una inadecuada adherencia. Los autores expresan su preocupación frente a esta problemática debido a las cifras de la no adherencia en la población colombiana (59% de personas no tienen adherencia), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento con el tratamiento (33% al 69%). Granados y Gil (2007), por su parte, evidencian cifras similares en España, en donde solo el 13,5% de pacientes dicen no tener dificultades en el

cumplimiento de las prescripciones realizadas por el profesional, mientras que el resto informan tener problemas en una o varias de las prescripciones terapéuticas.

Al respecto, la OMS (2013) propone que las principales prescripciones terapéuticas para el control de la HTA son: una alimentación balanceada, bajo consumo de sal, restricción en el consumo de alcohol y tabaco, actividad física regular, tratamiento farmacológico, y el control del estrés y la ira. Una dieta saludable en la que se reduzca el consumo de grasas saturadas y trans, el colesterol, el azúcar y especialmente el sodio, disminuyen el riesgo de tener un peso elevado, el cual a su vez, puede ser un factor de riesgo para la HTA debido al endurecimiento y estrechamiento de las arterias (National Institutes of Health, 2011). La actividad física, por su parte, ha demostrado ser de gran beneficio, dado que después de episodios que impliquen una posterior rehabilitación cardíaca y en el que se lleve a cabo una constante actividad física, solo se reportan índices de 0.75% para causa de muerte cardiovascular y una reducción del 20% de la mortalidad total y de muerte súbita; en este sentido, el ejercicio (especialmente el aeróbico) permite que el corazón lata más fuerte y se aumente el oxígeno en el organismo, lo cual ayuda a la regulación de la presión arterial (Oldrige, Guyatt y Fischer, 1998).

En cuanto al manejo adecuado de manifestaciones emocionales, tales como el estrés, la ira y la ansiedad, se considera que resulta recomendable debido a que dichas manifestaciones aumentan la frecuencia cardíaca y la necesidad de oxígeno del miocardio, bloqueando así los procesos de oxigenación del corazón y, consecuentemente, incrementando la presión. (Ahmadi, Hajsadeghi y Ebrahimi, 2011;

Dimsdale, 2008). Con respecto al tabaquismo, si bien no se ha identificado su influencia en la aparición de la HTA, sí supone un factor de riesgo en la evolución y pronóstico enfermedad (Coca y Aranda, 2009).

El seguimiento de cada una de las prescripciones terapéuticas mencionadas tiene un efecto significativo en el control de la HTA. Según los estudios realizados por la Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial Primaria (HTA) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (2013), se encontró que la pérdida de peso, producto de cambios dietarios, se asocian con una disminución significativa de la tensión arterial tanto sistólica como diastólica, en un 6,0 mmHg IC95% 3,4 a 8,6 y 4,8 mmHg IC95% 2,7 a 6,9, respectivamente. Por su parte, se relacionó la reducción de consumo de sodio con una importante disminución de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica (3,4 mmHg IC95% 2,3 a 4,5 y 2,2 mmHg IC95% 1,5 a 3, respectivamente). Respecto a la prescripción del aumento del ejercicio físico se presentaron disminuciones significativas de las cifras de presión sistólica en un 3,1 mmHg, IC95% 0,7 a 5,5 y para la diastólica en un 1,8 mmHg, IC95% 0,2 a 3,5 mmHg. Por último, se concluyó también que la reducción del consumo de alcohol y tabaco está asociada con la disminución de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica (3,4 mmHg IC95% 0,9 a 6, 3,4 mmHg IC95% 1,5 a 5,4, respectivamente). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la calidad de la evidencia encontrada en dicha guía es moderada.

Consecuentemente a estos antecedentes y evidencias acerca de que una mayor adherencia terapéutica puede mejorar el control de la HTA, se han planteado diversas

estrategias para el aumento de la misma. Entre éstas, Sánchez (2005) realiza una agrupación de las estrategias planteadas para el incremento de la adherencia en seis categorías, atendiendo a los hallazgos de diversas investigaciones. Estos grupos de estrategias son, según este autor: intervenciones simplificadoras del tratamiento, intervenciones informativas/educativas, intervenciones de apoyo familiar/social, intervenciones con dinámica de grupos, intervenciones de refuerzo conductual, y combinación de intervenciones. Sin embargo, ésta no es la única propuesta de categorización de las distintas estrategias existentes, Simoni, Hardeman, Mant, Farmer y Kinmonth (2013), en su revisión sistemática presenta las siguientes categorías: información verbal/consejos sobre la enfermedad y el tratamiento farmacológico, la prevención secundaria, la fijación de objetivos, el suministro de la información impresa/material de asesoramiento, la detección de la depresión, instrucciones personalizadas y la atención integrada.

Al respecto, varios autores han intentado recolectar y reorganizar la información arrojada por estudios empíricos a través de revisiones sistemáticas y meta-análisis, para entender la problemática de la falta de adherencia a los tratamientos antihipertensivos desde varios ángulos, con el fin de encontrar estrategias que mitiguen dicha problemática y que permitan un adecuado control de la HTA (Lemstra y Alsabbagh, 2014; Ajay, Shazia y Neil, 2009; Khatib, et al. 2014; Maimaris, Paty, Perel, Legido-Quigley, Balabanova, Nieuwlaat, y Mckee, 2013; Matthes, Albus, 2014; Simoni, et al. 2013).

En cuanto a las estrategias para el aumento específico de la adherencia a los tratamientos antihipertensivos, se han encontrado en las investigaciones diversos enfoques para abordar el tema, tales como las barreras para la adherencia, los indicadores de riesgo y la influencia de los sistemas de salud (Maimaris, et. al. 2013; Lemstra, Alsabbagh, 2014; Khatib, et. al, 2014). Por otra parte, múltiples estudios se han enfocado exclusivamente en recoger información sobre estrategias para mejorar la adherencia, pero sólo respecto a los tratamiento farmacológicos (Morgado, Rolo, Macedo, Pereira, y Castelo, 2010; Simoni, et al. 2013; Yusuf, et al. 2014).

Autores como Espinosa, García y Sanz (2012) expresan cierta insatisfacción en la conclusión de su trabajo, dado que encuentran inconsistencias en los resultados de los diversos estudios revisados, detectando problemas metodológicos tales como: seguimientos insuficientes de los pacientes, inadecuados tamaños de muestra, problemas con el uso de medidas psicológicas validadas y estandarizadas, problemas de clasificación de los participantes hipertensos y normo-tensos a partir de las medidas clínicas (inclusión en los estudios de los fenómenos de hipertensión clínica aislada e hipertensión enmascarada), y el que muchos estudios incluyen a participantes hipertensos y otros con trastornos cardiovasculares, lo cual podría afectar negativamente la elaboración de estrategias adecuadas para incrementar la adherencia a los tratamientos de los pacientes hipertensos. Consecuentemente, se plantea la necesidad de reorganizar dicha información con base en estudios rigurosos que arrojen resultados certeros y confiables.

Finalmente, se encuentra un déficit en la identificación de la efectividad de las estrategias para el aumento de la adherencia, al igual que se dificulta observar qué hace que una estrategia sea más o menos efectiva que otra (Matthes y Albus, 2014). Esto lleva a repensar qué tan efectivas son dichas estrategias en los tratamientos antihipertensivos y cuáles podrían ser las más adecuadas para el incremento de dicha adherencia.

Por todo ello, se plantea la siguiente pregunta de investigación en el presente estudio: ¿Cuál es el nivel de evidencia, el grado de recomendación y los resultados de las investigaciones que estudian las estrategias orientadas al aumento de la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial?

## 2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente se tiene registro de estudios dirigidos al conocimiento de las estrategias para el aumento de la adherencia a los tratamientos, hecho que indica que hay un notable interés por el abordaje del tema (Lemstra y Alsabbagh, 2014; Ajay, et al. 2009; Khatib, et al. 2014; Maimaris, et al. 2013; Matthes y Albus, 2014; Simoni, et al. 2013). Sin embargo, aunque este tema sea foco de investigación, se encuentran estudios que hallan en sus resultados inconsistencias debido a fallas metodológicas (Espinosa, et al. 2012) y otros que plantean las dificultades para definir la efectividad de las estrategias utilizadas para el aumento de la adherencia de los pacientes a los tratamientos antihipertensivos (Matthes y Albus, 2014).

Por consiguiente se concluye que más que investigar el tema, es necesario organizar la información existente, es decir, desarrollar un análisis riguroso que permita determinar el nivel de evidencia y el grado de recomendación de los estudios, cuyo trabajo se dirija a las estrategias para el aumento de la adherencia a los tratamientos en pacientes hipertensos.

La realización del análisis planteado podría traer consigo diferentes ventajas, pues se tendría una visión clara de los hallazgos encontrados acerca de las estrategias que han sido estudiadas en las diferentes investigaciones, permitiendo con esto servir de base tanto para investigaciones futuras como para la implementación de programas de salud.

Respecto al ámbito investigativo, es importante mencionar que el hecho de organizar y analizar la información acerca de la evidencia y grado de recomendación de los estudios sobre las estrategias para el aumento de la adherencia en pacientes hipertensos, haría parte del proyecto macro: *Programa Determinantes Sociales e Inequidades en el Control de la Hipertensión Arterial (ProDSICHA): Mecanismos, Impacto e Intervención.*”, el cual se desarrolla conjuntamente por la Universidad de los Andes, la Universidad de Antioquia y la Universidad Tecnológica del Chocó; por lo que esta investigación aportaría bases teóricas tanto al proyecto como a la comunidad científica en general, generando conocimiento basado en evidencia científica. Además, tener un estudio que organice los datos existentes acerca de las mencionadas estrategias para el aumento de la adherencia, permitiría encontrar elementos de análisis para la implementación de diferentes programas útiles en el control de la hipertensión en las instituciones prestadoras de servicios sanitarios que han sido investigadas. A partir de dicho análisis, se propiciarían recomendaciones generales acerca de las estrategias identificadas en las instituciones analizadas, además de la orientación de programas más generales de política, logrando así, una mejoría de los recursos y servicios sanitarios.

De igual manera, la información organizada no solo estaría disponible para los profesionales de la salud, sino también para todo tipo de persona que requiera de dicha información, ya sea para su propio beneficio o el de la sociedad.

Ante las necesidades y retos mencionados, una forma pertinente para recoger y organizar la información de una manera rigurosa y adecuada, es la elaboración de una

revisión sistemática que posibilite observar de manera clara el nivel de evidencia de los estudios que hay acerca de las estrategias para el incremento de la adherencia en HTA.

Una revisión sistemática consiste en resumir y analizar de manera sistemática, la evidencia existente acerca de una pregunta específica (Letelier, Manríquez y Rada, 2005). Su principal objetivo es entonces, reunir toda la evidencia empírica sobre un determinado tema, la cual debe cumplir con ciertos criterios de elegibilidad ya establecidos, para así dar respuesta a una pregunta de investigación. Además, con el propósito de minimizar sesgos, las revisiones sistemáticas hacen uso de métodos sistemáticos y explícitos, aportando así resultados más fiables (Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0, 2011). Todo lo anterior implica que, al combinar la información aportada por una serie de estudios, se logra identificar la consistencia en los resultados, lo cual se dificultaría analizar en un estudio particular, ya que la revisión sistemática permite el incremento del tamaño muestral, aumentando así el poder estadístico (Emparranza y Urreta, 2005).

Así mismo, la búsqueda y análisis riguroso de publicaciones a través de la selección de criterios de calidad y evaluación, permite unas conclusiones más pertinentes en comparación con otras metodologías como la revisión narrativa, la cual ha sido criticada por ofrecer poca información y cuestionar la comparabilidad de los estudios, sobre su diseño y sobre su validez (Fernández, Borrell y Plasencia, 2001).

Es así como este tipo de metodología trae consigo grandes ventajas, tales como: la síntesis de la información, que permite la resolución de cuestiones y dudas acerca de

un tema específico de una forma más eficiente; la detección de déficits en la evidencia científica en ciertas áreas de estudio; la posibilidad de plantear nuevas hipótesis que impulsen a los investigadores a estudiar y profundizar más en ciertos temas, y el incremento del poder estadístico, como se ha mencionado anteriormente.

Consecuentemente a estas ventajas, se benefician proveedores, usuarios, pacientes, investigadores y todas las personas encargadas de la creación de políticas sanitarias, dado que los hallazgos derivados facilitarían la toma de decisiones sanitarias con la identificación, evaluación e interpretación de la evidencia encontrada, la cual es presentada de una manera más accesible a través de las revisiones sistemáticas.

(Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0, 2011).

### **3. OBJETIVO GENERAL**

Revisar sistemáticamente el nivel de evidencia, el grado de recomendación y los resultados de las investigaciones sobre las estrategias orientadas al aumento de la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial.

#### **3.1. Objetivos específicos**

- Seleccionar la muestra de estudios a analizar a través de una estrategia de búsqueda.
- Categorizar las estrategias orientadas al aumento de la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial, según el análisis de los resultados en la muestra de estudios seleccionados.
- Identificar los resultados de las estrategias orientadas a aumentar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en la muestra de estudios seleccionados.
- Clasificar los estudios seleccionados de acuerdo al nivel de evidencia y el grado de recomendación.
- Relacionar los resultados de las estrategias orientadas para aumentar la adherencia con los niveles de evidencia y los grados de recomendación en la muestra de estudios.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Hipertensión arterial**

#### **4.1.1. Definición y caracterización clínica**

El producto de la fuerza con la que la sangre presiona las paredes de las arterias a medida que es bombeada por el corazón, es llamado, tensión arterial, la cual no es invariable, sino que oscila durante el ciclo cardíaco. Cuando el corazón se contrae, se produce la tensión arterial sistólica, presentándose con ella mayor presión sobre las arterias y, cuando el corazón se relaja entre un latido y el otro, se da la tensión arterial diastólica, siendo el momento de menor nivel de presión (Arrivillaga, Correa, y Salazar, 2007).

La presión arterial es medida en términos de mercurio (mm Hg) y los estándares de normalidad se ubican en un rango entre 105 mm Hg y 120 mm Hg para la sistólica y en la diastólica entre 60 mm Hg y 80 mm Hg. Manejar estos niveles de normalidad, permiten el funcionamiento eficiente de órganos vitales y, con ello, un adecuado estado de salud (OMS, 2013).

Cuando esta tensión es constantemente alta (tensión arterial sistólica igual o mayor a 140 mm Hg y diastólica igual o superior a 90 mm Hg) y la afluencia de sangre por los vasos sanguíneos es excesivamente alta, es nombrada hipertensión arterial (HTA), la cual es considerada una enfermedad crónica asintomática que tiene como implicación un trabajo mayor del corazón para bombear la sangre (OMS, 2013).

La HTA es una enfermedad multifactorial, en donde aspectos genéticos, ambientales y psicológicos pueden favorecer su aparición y es clasificada por la OMS (2013) en dos categorías:

- Hipertensión esencial, primaria o idiopática: Su origen no puede establecerse, y es la más frecuente (90% de los casos).
- Hipertensión arterial secundaria o sintomática: producto de una enfermedad identificada, como afecciones en los riñones o enfermedades en las glándulas endocrinas.

#### **4.1.2. Aspectos psicosociales de la HTA**

Arrivillaga et al. (2007) plantean que la presencia de factores como la obesidad, el alto consumo de sal y/o de alcohol y la falta de actividad física, pueden facilitar la aparición de la HTA, al igual que otros factores de carácter psicológico como el estrés, la ira, la hostilidad y el patrón de conducta tipo A. Este último está constituido, según Fernández, Martín y Domínguez (2006) por las siguientes manifestaciones:

- Componentes formales tales como: voz alta, habla rápida y excesiva actividad psicomotora, entre otros.
- Conductas abiertas o manifiestas tales como: urgencia en el tiempo, velocidad e hiperactividad, entre otras.
- Aspectos motivacionales tales como: competitividad, ambición, motivación al éxito, etc.
- Actitudes y emociones compuestas por hostilidad, impaciencia ira y agresividad.

- Aspectos cognitivos tal como la necesidad de control ambiental.

Otros factores de tipo sociodemográficos y culturales como el sexo, la edad y la raza han sido estudiados con el fin de determinar su influencia en el surgimiento de la HTA, encontrándose que el sexo masculino, la raza negra y ser mayor de 55 años son posibles factores de riesgo, al igual que las condiciones socioeconómicas bajas, la desorganización social y los conflictos familiares, entre otros (Arrivillaga, et al., 2007).

Algunos de estos factores de riesgo (a excepción de los factores genéticos) pueden ser ampliamente modificados, debido a que el comportamiento voluntario es de gran influencia sobre dichos factores, por lo cual las estrategias de intervención dirigidas al cambio de la conducta son decisivas para la prevención y la modificación de los mismos (Fernández, et al. 2006)

Todo lo anterior es de gran importancia, debido a que un control inadecuado de la HTA puede traer como consecuencias problemas graves de salud tales como: infarto de miocardio, hipertrofia ventricular, insuficiencia cardíaca, aneurismas, zonas de debilidad en la pared vascular, fugas de sangre hacia el cerebro (accidentes cerebrovasculares) y otras deficiencias como: insuficiencia renal, ceguera, rotura de los vasos sanguíneos y deterioro cognitivo (OMS, 2013)

#### **4.1.3. Tratamientos indicados para la hipertensión arterial**

Las implicaciones de la HTA a nivel social y epidemiológico ha generado preocupación por buscar mecanismos que ayuden al control de la enfermedad y, con ello, la

prevención de enfermedades como las cardiovasculares y cerebrovasculares, dado que la HTA es un factor de riesgo crucial para las mismas. Sin embargo, los tratamientos farmacológicos para la HTA no son suficientes para dicho propósito, debido a que si bien éstos generalmente permiten un adecuado control de la presión, no reducen la mortalidad y morbilidad asociada al exceso de presión. Es por ello que los tratamientos para la HTA requieren ser complementados con cambios de hábitos y de estilos de vida saludables, que fortalezcan los efectos de la medicación; generándose entonces la necesidad de que la HTA sea abordada no sólo desde el ámbito médico, sino que requiere ser considerada desde lo psicológico (Arrivillaga, et al. 2007).

Iniciando esta revisión inicialmente por los tratamientos farmacológicos, cabe mencionar que los medicamentos más utilizados para el control de la HTA son: los diuréticos tiazídicos, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, los bloqueantes de los canales de calcio de acción prolongada, los betabloqueantes, las estatinas y aspirina. Estos medicamentos generan efectos en diferentes vías, como la eliminación del exceso de sal y líquidos del organismo, la disminución de los latidos cardíacos, y la relajación y dilatación de los vasos sanguíneos (OMS, 2013).

La elección de los fármacos por parte del médico, depende del paciente hipertenso, ya que se busca individualizar la terapia del paciente, con el fin de darle al mismo un tratamiento integral según el grado de riesgo cardiovascular que presente. Adicionalmente, el médico tiene en cuenta si la persona tiene alguna otra enfermedad que pueda ser alterada, ya sea positiva o negativamente por el tipo de medicamento, además del costo económico y de la posología, ya que una dosis sencilla de

medicamentos puede permitir un mejor cumplimiento en el consumo del mismo (Coca y Aranda, 2009).

Respecto a las intervenciones psicológicas, éstas se dirigen a modificar la conducta para la adquisición de estilos de vida saludables, buscando el desarrollo de habilidades y conductas de autocuidado, en donde el hipertenso logre incluir en su comportamiento cotidiano pautas que ayuden a prevenir enfermedades cardiovasculares y a controlar la HTA como tal. Estos hábitos incluyen el ejercicio físico y el adecuado control de la alimentación y del peso, las restricciones en el consumo de alcohol y de tabaco, además del manejo adecuado del estrés, la ira, la hostilidad y los demás factores psicológicos que puedan alterar la presión (Arrivillaga, et al., 2007).

Por otro lado, cabe señalar en este ámbito el uso de las tecnologías para medir la tensión arterial por parte de los propios pacientes, las cuales suponen herramientas útiles para detectar el estado de la presión. Algunos de estos instrumentos son: el dispositivo para medir la tensión arterial, la báscula, el dispositivo para medir la glucemia y las tiras reactivas para determinar la albuminuria. Al respecto, resulta recomendable que los mismos pacientes midan su presión arterial dado que la autoevaluación puede facilitar la detección temprana, el seguimiento del tratamiento farmacológico, los comportamientos saludables y la importancia de la consulta médica (OMS, 2013). Esto indica que, para lograr el control de la HTA, no es suficiente solo con el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas o cambios en los hábitos de vida, sino que requiere de una integración de ambas y de la conciencia del paciente frente a su enfermedad, sus implicaciones y su responsabilidad en el tratamiento.

## 4.2. Adherencia terapéutica

Para hacer referencia a la adherencia, se cuenta con diversos términos, tales como adhesión y cumplimiento (Martín, 2004). Haynes (1979; citado en Martín, 2004), considera que el concepto de *cumplimiento* se relaciona con nivel de responsabilidad del paciente para asumir adecuadamente las prescripciones médicas, tanto en el tratamiento farmacológico como en el seguimiento de la dieta, y la modificación de la conducta para adquirir estilos de vida adecuados para el control de su enfermedad. Este término remite a una conducta de obediencia por parte del paciente frente a las prescripciones o instrucciones dadas por el médico y, por lo tanto, se centraría en el profesional de la salud, atribuyéndole un papel pasivo al paciente y, debido a esto, esta concepción ha llegado a ser criticada (Karoly 1993; citado en Amigo, Fernández y Pérez, 2010).

La OMS en su Reunión sobre Adherencia Terapéutica llevada a cabo en Ginebra en el 2001, observa varias dificultades a la hora de definir el término de adherencia, debido a que su definición inicial, la expresión “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”, presentaba falencias en dos aspectos: el término “médico”, pues no abarcaba todas las intervenciones para las enfermedades crónicas; e “instrucciones”, ya que, como se mencionó previamente, se pone al paciente en un rol pasivo frente al profesional (OMS, 2004). Debido a estas insuficiencias en la definición de término adherencia, se adopta una nueva definición basada en las definiciones de Haynes (1979) y Rand (1993), a saber: “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p.3).

Para ampliar el concepto de adherencia, Martin (2004) incluye en los tratamientos aspectos como: el seguimiento de una dieta, no fumar, ejercicio físico regular, evitación del estrés, control del alcohol y visitas regulares al médico. Por otra parte, los planteamientos de Zaldivar (2003) da a entender la adherencia como un conjunto de conductas en las cuales el paciente acepta tomar parte de un tratamiento, siguiéndolo de manera continua y constante, cambiando con él sus comportamientos de riesgo al incorporar conductas saludables a su estilo de vida.

Consecuentemente, parece que el objetivo entonces de promover la adherencia en los pacientes radica en la implicación del paciente en su tratamiento y en la conciencia sobre su enfermedad, con el fin de promover el autocontrol, la regulación, y el manejo adecuado y constante de su tratamiento aún sin la supervisión del personal médico (Arrivillaga, et al., 2007).

En este sentido, la adherencia podría ser concebida como un proceso complejo de autorregulación, el cual engloba tres etapas consecutivas: a) acuerdo del paciente con el programa presentado por el profesional de la salud y el desarrollo de éste; b) adherencia y seguimiento continuo; y c) incorporación de prácticas saludables (Zaldivar, 2003).

Es por ello que el término adherencia terapéutica ha sido aceptado y se ha considerado más adecuado que el de cumplimiento, debido a que éste sugiere la conducta activa del paciente en su proceso, presentando una interacción y comunicación entre el usuario y los profesionales de la salud, con respecto a las recomendaciones y

prescripciones para el tratamiento y control de la enfermedad (OMS, 2003; Martín, 2004). Aun así, todavía se encuentran discusiones acerca de qué término es más adecuado; un ejemplo de ello es lo planteado por García (2010) acerca de que el término adecuado es adhesión, dado que adherencia sólo sería la cualidad de lo adherente, mientras que adhesión implica la acción y el efecto de adherirse a algo.

#### **4.2.1. Factores moduladores de la adherencia**

Bonilla (2007) propone que existe un conjunto de factores generales internos y externos (genéticos y psicosociales respectivamente), que son considerados como influyentes respecto al cumplimiento de los tratamientos y las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud.

Al respecto, la OMS (2003) plantea que la adherencia es un fenómeno multidimensional, el cual está determinado por la interacción de factores determinados, los cuales son agrupados en cinco categorías:

##### *a) Factores socioeconómicos*

Hace referencia a variables como la pobreza, el analfabetismo, los niveles educativos bajos, el desempleo, el bajo apoyo social, la inestabilidad en las condiciones de vida, la lejanía a los centros médicos, los costos altos de transporte y de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, los cuales pueden afectar la adherencia a los tratamientos. Muchos de estos factores son estresores para el

sujeto, alterando así la tensión arterial. Un ejemplo de ello podría ser cuando una persona no logra adquirir sus medicamentos debido a la falta de dinero, lo cual afecta el estado emocional del sujeto, tanto como la misma adherencia (Amigo, Fernández y Pérez, 2010).

Específicamente, respecto al apoyo social, tanto la familia como los amigos son importantes para que el paciente se adhiera a los tratamientos. DiMatteo (citado por Marks, et al. 2008) encontró en su metaanálisis el gran impacto del apoyo social en la adherencia, hallando en sus resultados que el grado de adherencia aumenta o disminuye según el nivel de unión o conflicto en las familias de los pacientes. Por lo tanto, atendiendo a Marks: “cuanto menor sea el apoyo social y cuánto más aislados de la sociedad estén los pacientes, será menos probable que sigan las directivas médicas” (Marks, et. al. 2008, p. 332).

*b) Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria:*

**Para Maichenbaum y Turk (citado por Marks, et. al. 2008):**

La adherencia es mayor cuando la remisión a un especialista se considera parte de la evaluación y no como el último recurso, cuando el cuidado implica un seguimiento y es personalizado, cuando las citas son individuales y los tiempos de espera se reducen, cuando el tratamiento está disponible, cuando el tratamiento está cuidadosamente supervisado a través de visitas a domicilio, cuidados especiales, etc., cuando existen

vínculos buenos entre los servicios de pacientes internos y externos y cuando el personal tiene una actitud muy positiva hacia el tratamiento. ( p.337).

En este sentido, la relación entre los profesionales de la salud y el paciente ha sido asociada con la adherencia. En este grupo de factores se tienen en cuenta las actitudes del profesional y la empatía, y se sugiere que la actitud de ayuda y colaboración del terapeuta podría potenciar la adherencia a los tratamientos. Con respecto a los sistemas de atención, se ha observado que un mal servicio podría ser un factor negativo para la adherencia. Aspectos en la planta física del centro médico también pueden afectar la constancia del sujeto en la asistencia a los controles de la enfermedad, dado que si el paciente no se siente a gusto, encontrará maneras de evitar la asistencia a éste (Amigo, et al. 2010).

c) *Factores asociados a la enfermedad*

Estos factores dependen de las situaciones por las que debe pasar el paciente debido a su condición médica, por lo que los síntomas podrían ser variables determinantes con respecto al cumplimiento de las prescripciones realizadas por el profesional. Si los síntomas son fuertes o molestos, podría haber una mayor probabilidad de adherencia; por el contrario, en enfermedades como la HTA donde los síntomas son menos notorios, hay una mayor posibilidad de que la persona no cumpla con sus tratamientos (Amigo, et al. 2010). Es así como la característica asintomática disminuye la preocupación del paciente por ajustarse a los tratamientos minimizando la

percepción del riesgo, lo cual lo podría llevar precisamente a desarrollar actividades que contribuyen negativamente al control de la HTA (Marks, et.al. 2008).

d) *Factores relacionados con el tratamiento*

La complejidad del régimen médico es un aspecto que puede afectar la adherencia, ya que la atención deficiente puede producir frustración en el usuario; la duración de los tratamiento de por vida puede llegar a ser considerado como un esfuerzo que no vale la pena, ya que de igual forma no habrá cura para su enfermedad (Amigo, et al. 2010). Por otra parte Masur (citado por Marks, et. al., 2008) considera que la disminución de la adherencia no se debe precisamente a la duración del tratamiento sino a la ausencia de síntomas, ya que los tratamientos a largo plazo suelen recomendarse para enfermedades crónicas de pocos síntomas visibles, como lo es la HTA. Otros factores, como la inadecuada supervisión por parte del personal sanitario pueden llevar a que la persona se sienta sin apoyo profesional en su proceso de control de la problemática. Por otra parte, los fracasos en tratamientos anteriores predisponen al sujeto para no adherirse; así como los cambios en el tratamiento, ya que éstos se pueden percibir como retrocesos en el proceso generando malestar en la persona. La no inmediatez de mejoría es un facilitador para la desesperanza en el paciente hipertenso, y los efectos secundarios podrían ser considerados peores que la misma enfermedad (Amigo, et al. 2010).

e) *Factores asociados con el paciente*

Las expectativas del paciente frente a la enfermedad (creencias, percepciones, actitudes) influyen en la adherencia. Asociado al concepto de expectativa, se propone el de autoeficacia, el cual se refiere a la convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados (Bandura, citado en Amigo, et al., 2010) Las expectativas de autoeficacia son consideradas por la OMS (2003) como determinantes en la adherencia, siempre que se disponga del repertorio conductual y de los efectos (incentivos) correspondientes.

Otros factores que podrían afectar la adecuada adherencia a los tratamientos según Amigo, et al. (2010) son: el olvido, el estrés, la angustia por los efectos adversos, la baja motivación, el percibir el tratamiento como innecesario, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, la baja percepción de mejoría por el tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, la comprensión inadecuada de la enfermedad y el tratamiento, la no percepción de riesgo en la enfermedad, la comprensión inadecuada de las instrucciones, la baja asistencia a las entrevistas de seguimiento y a las clases motivacionales o de psicoterapia, y los sentimientos negativos.

#### **4.2.2. Estrategias para el incremento de la adherencia**

La conducta adherente de un paciente es más compleja de lo que se piensa. A veces, desde el quehacer de los programas sanitarios, se ha considerado que la simple prescripción o indicación terapéutica de una conducta de salud (p.ej., tomar medicamentos, hacer ejercicio físico, desarrollar una dieta balanceada, no fumar o acudir a las citas de control, etc.) por parte del personal sanitario garantiza la adquisición o cambio de esa conducta por parte de los pacientes de manera directa.

Sin embargo, desde el campo de la psicología de la salud, hoy se sabe que el desarrollo de una conducta en salud supone un proceso de cambio en el que se dan diferentes etapas en la adquisición de la conducta, las cuales relacionada con múltiples factores que la condicionan. Entre estos factores, resultan importantes resaltar los que están relacionados con los mismos programas sanitarios y con sus prácticas a la hora de transmitir la información acerca de las conductas de salud o de adherencia terapéutica, las características del propio paciente y su entorno familiar, y/o asuntos relacionados con la enfermedad (Bimbela y Gorrotxategi, 2001).

Respecto a los programas sanitarios, lo planteado respecto a la conducta de salud implica la necesidad de elaborar estrategias que permitan la adquisición o el mantenimiento de una conducta, en este caso, la de adherencia. Es por ello que se han diseñado una variedad de programas de intervención con el propósito de incrementar la adherencia terapéutica en algunas enfermedades crónicas en las que el seguimiento de

las prescripciones médicas resulta esencial para su curso y manejo, tales como en el caso de la diabetes y el control de la presión arterial.

Dentro de estas estrategias generales más utilizadas para la promoción y prevención de la salud y para la mejoría de la adherencia al tratamiento, se encuentran la educación del paciente y la modificación de la conducta (Arrivillaga, et al. 2007).

La educación del paciente se relaciona con distintas estrategias y métodos útiles para lograr cambios duraderos en sus conocimientos, actitudes, creencias, valores y habilidades. Las intervenciones educativas suelen realizarse a nivel grupal, valiéndose de diversas metodologías participativas que permiten a los pacientes tener un rol activo y protagonista, el cual facilita aprendizajes y promueve mayores compromisos con los acuerdos y cambios (Bimbela y Gorrotxategi, 2001).

A su vez, los cambios comportamentales son un elemento básico en la construcción de estrategias para el incremento de la adherencia, ya que conductas tales como la alimentación balanceada, el ejercicio físico, la toma de medicamentos y la adecuación de horarios, son algunos de los hábitos que hacen parte del tratamiento terapéutico y control de las enfermedades cardiovasculares. Para la modificación de conductas poco saludables, se tienen en cuenta elementos como la responsabilidad del paciente frente a su enfermedad, el refuerzo y la motivación, por medio del uso de técnicas como el autoregistro, los contratos conductuales, el establecimiento de metas y los sistemas de refuerzo (Bimbela y Gorrotxategi, 2001; Arrivillaga, et al. 2007).

Cabe agregar que la construcción de estrategias para el aumento de la adherencia terapéutica implica una optimización de las habilidades de comunicación de los profesionales con los pacientes, con sus familiares y con otros profesionales de la salud. Las habilidades de comunicación resultan de gran utilidad para la adherencia terapéutica, como refuerzo de los logros de los pacientes, tanto antes de comenzar procesos de modificación de estilos de vida (promoviendo y estructurando hábitos) como en el mantenimiento de conductas saludables (previniendo recaídas) (Bimbela y Gorrotxategi, 2001).

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Pregunta de investigación**

Según los estudios publicados en los últimos 10 años, ¿Cuál es el nivel de evidencia, el grado de recomendación y los resultados de las investigaciones que estudian las estrategias orientadas al aumento de la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial?

### **5.2. Tipo de investigación**

La revisión sistemática según Medina y Barría (2010) es un proceso que busca identificar y sintetizar la información dada por una revisión de la literatura, a través de la búsqueda y selección de datos relevantes según ciertos criterios establecidos y con una metodología clara y reproducible, con el fin de dar a conocer los resultados de diversas investigaciones. Por otra parte, puede ser definida según Beltrán (2005) como: “un estudio integrativo, observacional, retrospectivo, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta” (p. 62). Siguiendo con este autor, se plantea que este tipo de metodología es adecuada cuando se presenta una pregunta de investigación relacionada con la efectividad clínica, permitiendo así desarrollar una síntesis coherente de las investigaciones.

Según el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones - versión 5.1.0 (2011), los elementos principales de una revisión sistemática son:

Un conjunto de objetivos claramente establecidos, con criterios de elegibilidad de estudios previamente definidos. Una metodología explícita y reproducible. Una búsqueda sistemática que identifique todos los estudios que puedan cumplir los criterios de elegibilidad. Una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos. Una presentación sistemática y una síntesis de las características y resultados de los estudios incluidos (p.16).

### **5.3. Alcance de la investigación**

El alcance de la investigación es de tipo descriptivo, el cual pretende mostrar con exactitud las características o propiedades de un fenómeno a través de la medición o recolección de datos acerca de las estrategias orientadas al aumento de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

### **5.4. Diseño de la investigación**

Esta investigación tiene un diseño no experimental de corte transversal, dado que los datos a recoger no son contrastados con respecto al tiempo, es decir, que el estudio no involucra un seguimiento de varios momentos, sino que busca específicamente la descripción de variables y el análisis de su incidencia e interrelación para definir unos resultados, en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## **5.5. Instrumentos de recolección y evaluación de información**

Para la realización de la revisión sistemática, se hizo uso inicialmente del Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones - versión 5.1.0 (2011), el cual ha sido desarrollado por los Grupos de Metodología de la Colaboración Cochrane. Este manual se centra en las revisiones sistemáticas sobre los efectos de las intervenciones y proporciona una guía metodológica en la cual se tratan temas tales como: la formulación de la pregunta, los criterios de elegibilidad de los estudios, la estrategia de búsqueda, la extracción de datos, los sesgos intra-estudio, el análisis de los datos, los sesgos del informe, y la presentación e interpretación de resultados. A nivel general, puede plantearse que este manual supone una guía de gran utilidad en la toma de decisiones acerca de los métodos que se emplean en el desarrollo de las revisiones sistemáticas.

La guía de revisiones sistemáticas Cochrane ha sido utilizada en el presente estudio para la formulación de la pregunta, para el establecimiento de los criterios de elegibilidad y para la búsqueda y extracción de datos. En cuanto al análisis del nivel de evidencia y el grado de recomendación de la muestra de estudios seleccionada, se ha utilizado una adaptación de la guía Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Fernández y Villada, 2015). Esta medida de clasificación es pertinente en esta investigación debido a que permite considerar la calidad metodológica de los estudios que componen las revisiones sistemáticas, y porque hace énfasis en el análisis cuantitativo y en la reducción del error sistemático (Manterola y Zavando, 2009).

A continuación se presenta la Tabla 1 los criterios de los niveles de evidencia y de los grados de recomendación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), según la adaptación de Fernández y Villada (2015).

Tabla 1

*Clasificación de los niveles de evidencia y de los grados de recomendación de la SIGN*

<b>Nivel de evidencia</b>	
<b>I.a.</b>	La evidencia científica procede de revisiones sistemáticas, meta-análisis, de experimentos controlados y aleatorios
<b>I.b.</b>	La evidencia científica procede de, al menos, un experimento controlado y aleatorio.
<b>II.a.</b>	La evidencia científica procede de, al menos, un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
<b>II.b.</b>	La evidencia científica procede de, al menos, un estudio cuasi experimental, bien diseñado.
<b>III</b>	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
<b>IV</b>	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
<b>Grado de Recomendación</b>	
<b>A</b>	Corresponde a los niveles de evidencia científica I.a y I.b. Existe una evidencia ‘buena’ con base en la investigación para apoyar la recomendación.
<b>B</b>	Corresponde a los niveles de evidencia científica II.a, II.b y III. Existe una evidencia ‘moderada’ con base en la investigación para apoyar la recomendación.
<b>C</b>	Corresponde al nivel de evidencia IV. La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.

Nota: Recuperado de Fernández, J; y Villada, J. (2014) Análisis de evidencia en investigaciones sobre toma de decisiones entre 2002 y 2012. Avances en Psicología Latinoamericana 33(1). p. 105-120.

## 5.6. Procedimiento de recolección de información

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se realizó una búsqueda bibliográfica, la cual permitió dar cuenta de las estrategias que se han implementado para el incremento de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Las bases de datos utilizadas se presentan a continuación, las cuales se encontraban disponibles en el Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia en el momento de la investigación:

- **PubMed:** PubMed es un servicio de la National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos). Incluye más de 14 millones de referencias a artículos biomédicos desde 1950. Estas referencias son obtenidas del MEDLINE y otras revistas de ciencias de la vida. Nota: Este recurso de acceso libre permite consultar otros recursos disponibles en las bases de datos suscritas por el Sistema de Bibliotecas o por otras bibliotecas universitarias de la ciudad.
- **LILACS:** Índice de referencia de la literatura técnico-científica en Ciencias de la Salud en América Latina y el Caribe, de libre acceso a 630 revistas aproximadamente. Disponible desde 1990.
- **Ebsco:** Base de datos multidisciplinaria con acceso a más de 12.000 títulos de revistas de editores de todo el mundo, los cuales están agrupados en 10 Bases de Datos Bibliográficas principales, a saber: Fuente Académica, Master File Complete, News Paper Source, Academic Search Complete, Business Source Complete, Masterfile Complete, Newspaper Source, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Regional Business News.

- **APA PsycNET:** Contiene referencias y resúmenes de artículos de revistas, capítulos de libros e informes técnicos, además de referencias de tesis en el campo de la psicología y aspectos psicológicos de disciplinas relacionadas; por ejemplo: medicina, psiquiatría, enfermería, sociología, educación, farmacología, fisiología, lingüística, antropología, negocios y derecho. La cobertura de las revistas, que va desde 1887 a la actualidad, incluye documentos internacionales seleccionados de más de 1.300 publicaciones periódicas escritas en más de 25 lenguas. La cobertura de capítulos y libros actuales incluye documentos de todo el mundo publicados en inglés desde 1987 hasta la actualidad. Cada año se incluyen más de 55.000 referencias mediante actualizaciones regulares.
- **EMBASE:** Esta Base de Datos es producida por Elsevier, con más de 19 millones de registros en temas del área Biomédica y la Farmacología. Se pueden encontrar publicaciones producidas desde 1964 y se complementa con la colección de MEDLINE, la cual es producida por US National Library of Medicine. Esta Base de Datos se actualiza diariamente y los documentos se indexan 10 días después de la publicación

La búsqueda en estas bases de datos se realizó mediante la combinación de los descriptores: Hyertension, Adherence y Outcomes. Los resultados arrojados fueron filtrados y clasificados según los criterios de inclusión y exclusión de los estudios, obteniendo finalmente la muestra que fue llevada a análisis.

### **5.6.1. Criterios de inclusión y exclusión**

En la revisión sistemática se incluyeron únicamente artículos encontrados con los descriptores hipertension, adherence y outcomes, publicados en los últimos 10 años (2006-2016) en los idiomas inglés y español.

Se excluyeron aquellos estudios en los que: 1) no se mencionaba la HTA, 2) se mencionaba la HTA pero no era el tema principal del estudio; 3) no se mencionaba el concepto de adherencia; 4) cuyo objetivo principal no era mejorar la adherencia; 5) se buscaba mejorar la adherencia pero la estrategia era confusa; 6) no se identificaba una estrategia para mejorar la adherencia; y 7) protocolos de proyectos a desarrollar y por tanto sin resultados.

De la aplicación de la estrategia de búsqueda en las bases de datos se obtuvieron un total de 1128 documentos, de los cuales 387 se extrajeron de la base de datos PubMed, 531 de EMBASE y 1392 de LILACS. Por su parte, las bases de datos Ebsco y APA PsycNET no arrojaron resultados de la estrategia de búsqueda.

De estos 1128 artículos se excluyeron 990 en un primer filtro al aplicar los criterios de exclusión 1, 2 y 3 a los contenidos de los abstracts o resúmenes de los documentos, obteniéndose como resultado un total de 138 artículos que abordaban la HTA y la adherencia como temas principales. A estos 138 artículos se aplicaron los criterios de exclusión 4, 5 y 6 en un segundo filtro mediante la revisión exhaustiva de los abstracts y de los apartados de metodología de los documentos, obteniéndose como resultado la exclusión de 104 documentos y contándose con un total de 34 artículos en

los que se evidenciaba la descripción de una estrategia orientada a mejorar la adherencia en pacientes con hipertensión arterial que fuera replicable. Finalmente, al revisar de manera exhaustiva los contenidos completos de estos 34 artículos se excluyeron 6 de ellos al aplicar un tercer filtro porque se presentaban protocolos de diversas estrategias a la vez para ensayos controlados aleatorizados en los que no se podían diferenciar los impactos específicos de cada una de ellas, obteniéndose finalmente una muestra total de 28 artículos, de los cuales tres correspondían a revisiones sistemáticas y/o meta-análisis, uno a una revisión documental y 24 a estudios empírico-analíticos. A continuación, se presenta la Figura 1 correspondiente al flujograma de estudios resultantes por la aplicación de los diferentes criterios de inclusión y exclusión.

## Aplicación de criterios de exclusión

## Resultados

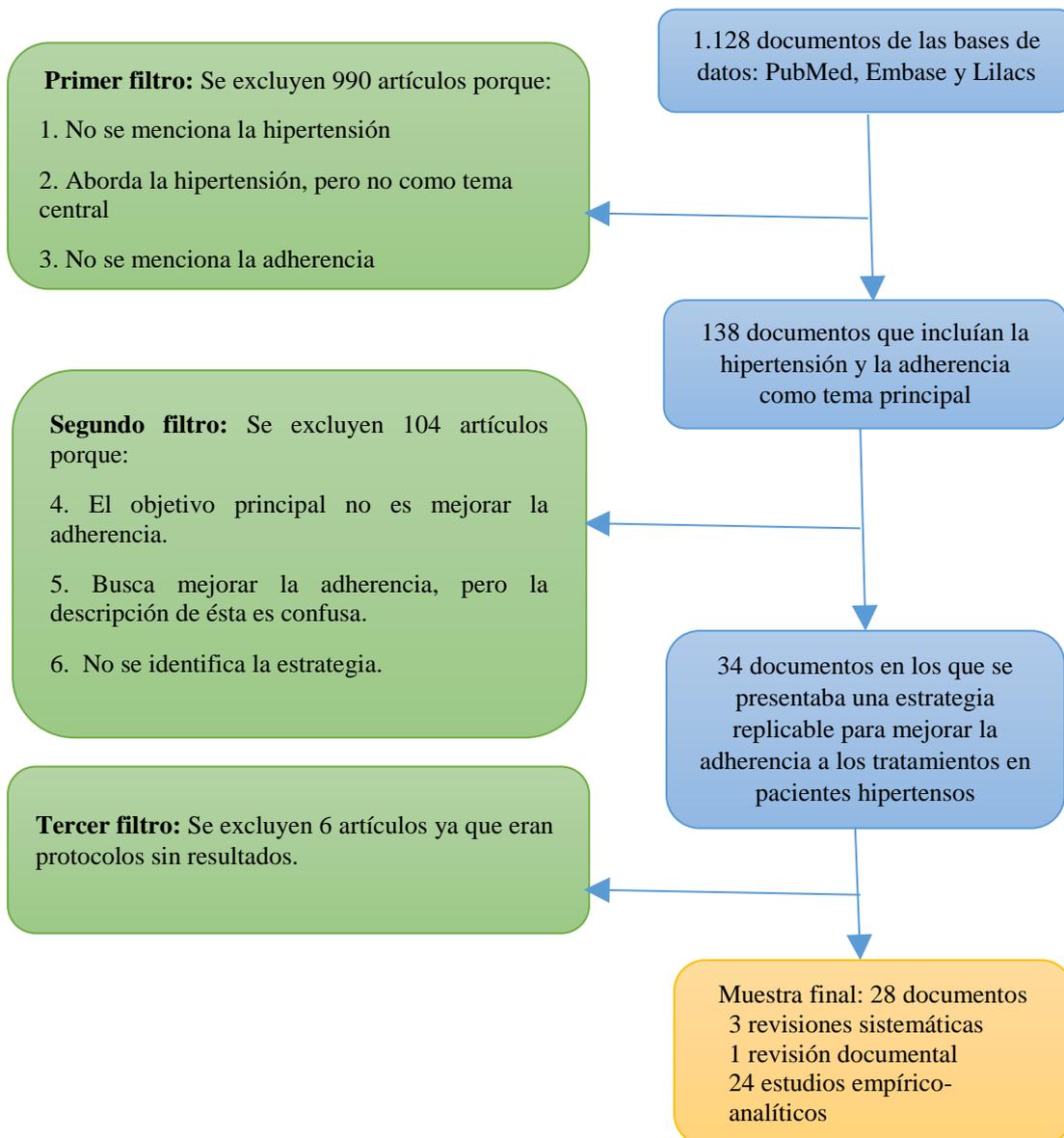


Figura 1: Flujograma de estudios resultantes por la aplicación de los diversos criterios de inclusión y exclusión.

## **5.7. Procedimiento de análisis de la información**

Para el análisis de la muestra de estudios obtenida tras la búsqueda en las bases de datos, y la aplicación de los tres filtros según los criterios de exclusión, se diseñó una ficha en la que se debían diligenciar algunos datos de los artículos y las siguientes variables: año del artículo, base(s) de datos en las que fue encontrado, tipo de estudio, alcance del estudio, diseño de investigación, país, muestra, edad de los participantes, etnia, personal encargado de la intervención, evaluación, método de medición de la adherencia, duración de la intervención, tipo de estrategia orientada a mejorar la adherencia, concepto de adherencia, nivel de evidencia, grado de recomendación y resultados de la estrategia (ver Anexo 1).

Con respecto a las variables: tipo de estrategia, concepto y método de medición de la adherencia, en el análisis de los estudios se identificaron algunas categorías, las cuales se encuentran expuestas y desarrolladas en los resultados. Además, el análisis de la variable de resultados de la estrategia, se diligenció en las fichas teniendo en cuenta el aumento de la adherencia tras la implementación de la estrategia planteada en cada estudio. Las categorías utilizadas fueron: la adherencia aumenta significativamente, la adherencia aumenta moderadamente, y no se presenta aumento de la adherencia. Por otra parte, variables como el nivel de evidencia y grado de recomendación, fueron analizadas teniendo en cuenta los criterios de la SIGN (Ver Tabla 1). Las variables de tipo, alcance y diseño de la investigación, fueron categorizadas según los aportes de Hernández, Fernández y Baptista (2014), a revisar en el Tabla 2 a continuación.

Tabla 2

*Categorías de las variables tipo de estudio, diseño y alcance de la investigación*

<i>Tipo de Estudio</i>	
<i>Empírico Analítico</i>	Estudios en los que se pone a prueba, mediante experimentos controlados, cuasiexperimentos, mediciones transversales o longitudinales.
<i>Revisión Documental</i>	Revisiones de la literatura disponible sobre un tema específico, en un periodo de tiempo definido.
<i>Diseño</i>	
<i>Experimental</i>	En el que se manipulan tratamientos, estímulos, influencias o intervenciones (denominadas variables independientes) para observar sus efectos sobre otras variables (las dependientes) bajo estrictos controles.
<i>Cuasiexperimental</i>	En el que se manipula, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes. Difiere del diseño experimental en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre los datos a partir de menores controles, como por ejemplo la asignación no aleatoria de los individuos a los grupos.
<i>Preexperimental</i>	Diseño de un solo grupo cuyo grado de control es mínimo.
<i>Transversal</i>	En el que se recolectan datos en un único momento, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.
<i>Longitudinal</i>	Recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias.
<i>Alcance</i>	
<i>Descriptivo</i>	Describe propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.

<b><i>Comparativo</i></b>	Tiene como propósito conocer la diferencia que exista entre dos o más categorías o variables en un contexto en particular
<b><i>Correlacional</i></b>	Tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más categorías o variables en un contexto en particular.
<b><i>Explicativo</i></b>	Pretende establecer las causas de los eventos o fenómenos que se estudian

---

Nota: adaptación según los aportes de Hernández, Fernández y Baptista (2014)

Posteriormente, se procedió a ingresar los datos diligenciados en la ficha en una tabla de Excel, organizando y categorizando la información para obtener los resultados de cada variable.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según los planteamientos del Código Deontológico y Bioético, publicado por el Colegio Colombiano de Psicólogos en el año 2006 (Ley 1090), para esta revisión sistemática se tendrán en cuenta los siguientes artículos encontrados en el capítulo 7 del título VII, los cuales exigen el respeto por los derechos de propiedad intelectual, así como el adecuado uso de información, además de la rigurosidad en la metodología usada:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

Artículo 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

## **7. RESULTADOS**

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos del análisis de los estudios seleccionados sistemáticamente de acuerdo a los objetivos inicialmente propuestos. En primer lugar, se analizan los datos de los estudios para una caracterización de los mismos y en un segundo momento, se presentarán la relación entre las principales variables.

### **7.1. Caracterización de los estudios:**

El total de la muestra de investigaciones seleccionadas está conformada por 24 estudios empírico-analíticos, tres revisiones sistemáticas y/o meta-análisis, y una revisión documental (Ver anexo 2).

#### **7.1.1. Distribución de la muestra de documentos, según año de publicación**

La producción sobre las estrategias para aumentar la adherencia en pacientes hipertensos, fue desarrollada con mayor frecuencia en los años 2010 y 2015 con cuatro artículos por año cada uno, representando así el 16,7% de las investigaciones seleccionadas respectivamente. Le siguen en términos de frecuencia los años 2008, 2011 y 2014 con tres estudios cada uno; y el 2007, 2012 y 2013 con dos estudios por año cada uno. Finalmente, del año 2016 sólo un artículo fue seleccionado para la muestra (Ver Tabla 3).

Tabla 3

*Distribución de la muestra de documentos seleccionados, según año de publicación*

Variable	N		
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	
2007	2	8,3	
2008	3	12,5	
2009	0	0	
2010	4	16,7	
Año de publicación	2011	3	12,5
	2012	2	8,3
	2013	2	8,3
	2014	3	12,5
	2015	4	16,7
	2016	1	4,2
	Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

Como puede observarse en la Tabla 3, la distribución de la muestra de documentos seleccionados en el estudio no presenta ningún crecimiento o decrecimiento atendiendo a los años de publicación analizados (2006-2016).

### **7.1.2. Distribución de la muestra de documentos, según base de datos**

La distribución de los artículos, de acuerdo a las bases de datos usadas para esta revisión sistemática, fue la siguiente: 33,3% fueron estudios que se encontraron simultáneamente en las bases de datos Embase, Lilacs y PubMed; el 25% de los mismos fueron encontrados en las bases de datos Embase y Lilacs simultáneamente; otro 25% corresponde a los que fueron encontrados sólo en Lilacs; el 12,5% solamente en

Embase y, el 4,2% de las investigaciones fueron halladas tanto en Embase como en PubMed. Finalmente en las bases de datos APA PsycNET y Ebsco no se encontraron artículos con los descriptores utilizados (Ver Tabla 4).

Tabla 4

*Distribución de muestra de artículos seleccionados según base de datos*

Variable	N		
	fi	%	
Embase-Lilacs-PubMed	8	33,3	
Embase-Lilacs	6	25,0	
Lilacs	6	25,0	
Base de Datos	Embase	3	12,5
	Embase- PubMed	1	4,2
	Apa PsycNET	0	0
	Ebsco	0	0
	Total	24	100,0

*Nota:* N= Muestra total; fi= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

De acuerdo a los resultados, se observa que 15 de los 24 artículos seleccionados (62,8%) se encontraban publicados en más de una base de datos de manera simultánea, y que 18 de los 24 documentos habían sido publicados en la base de datos Embase, lo cual corresponde al 75% de la muestra de estudios.

### **7.1.3. Distribución de la muestra de documentos, según tipo de estudio**

Se observó una total frecuencia de investigaciones de tipo empírico-analítico, debido principalmente a los intereses en cuanto al análisis de las variables de esta revisión sistemática (Ver Tabla 5).

Tabla 5

*Distribución de la muestra según el tipo de estudio*

Variable	N		
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	
Tipo de Estudio	Empírico Analítico	24	100
	Revisión Documental	0	0
	Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

#### 7.1.4. Distribución de la muestra de documentos, según alcance del estudio

La mayoría de los estudios encontrados fue de tipo descriptivo-correlacional (79,2%), seguido por los estudios de tipo comparativo (20,8%). No se encontraron estudios de alcance únicamente descriptivo (Ver Tabla 6).

Tabla 6

*Distribución de la muestra según alcance del estudio*

Variable	N		
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	
Nivel (Alcance)	Descriptivo-Comparativo	5	20,8
	Descriptivo-Correlacional	19	79,2
	Total general	24	100,0

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

#### 7.1.5. Distribución de la muestra de documentos, según diseño de investigación

De los 24 documentos seleccionados, 18 (75%) correspondían a investigaciones con diseño de corte experimental (ensayos controlados aleatorizados), cuatro (17%) a estudios longitudinales y dos (8%) preexperimentales (Ver Tabla 7).

Tabla 7

*Distribución de la muestra según diseño de investigación*

Variable		N	
		<i>f<sub>i</sub></i>	%
Diseño	Experimental (ensayo controlado aleatorizado)	18	75
	Longitudinal	4	17
	Preexperimento	2	8
	Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### 7.1.6. Distribución de la muestra de documentos, según país de publicación del estudio

Se halló que 12 de los 24 estudios seleccionados (50%) fueron desarrollados en los Estados Unidos de América, mientras que la otra mitad de estudios de la muestra habían sido realizados en 11 países diferentes de Europa y Asia (ver Tabla 8).

Tabla 8

*Distribución de la muestra según país de publicación*

Variable		N	
		<i>f<sub>i</sub></i>	%
País	Estados Unidos	12	50,0
	Países Bajos	2	8,3
	Australia	1	4,2
	Dinamarca	1	4,2
	España	1	4,2
	Irán	1	4,2
	Italia	1	4,2
	Japón	1	4,2
	Malasia	1	4,2
	Pakistán	1	4,2
	Polonia	1	4,2
	Portugal	1	4,2
	Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### 7.1.7. Distribución de la muestra de documentos, según tamaño de muestra

De las 24 investigaciones analizadas se encontró que el 33,3% contaban con muestras comprendidas entre 101 y 200 personas, seguido de aquellos estudios que intervinieron entre 301 y 600 personas, lo cuales representaban el 25% de los estudios. Por su parte, en el 16,6% de las investigaciones se contó con muestras menores a 100 personas, y con el mismo porcentaje se encontraban dos estudios en los que la muestra superaba los 601 participantes. Finalmente, solamente dos estudios (8,3%) contaban con muestras comprendidas entre 201 y 300 personas (Ver Tabla 9).

Tabla 9

*Distribución de la muestra según tamaño de la muestra*

Variable	N		
	fi	%	
Muestra	Entre 0 y 100 Personas	4	16,6
	Entre 101 y 200 Personas	8	33,3
	Entre 201 y 300 Personas	2	8,3
	Entre 301 y 600 Personas	6	25
	De 601 en adelante	4	16,8
	Total	24	100,0

*Nota:* N= Muestra total; fi= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

Los resultados muestran que 14 de los 24 estudios analizados (58,3%) contaban con tamaños de muestras inferiores a los 300 sujetos.

### 7.1.8. Distribución de la muestra de documentos, según edad de los participantes

En cuanto a la edad de los participantes de los estudios analizados, se halló que en un 50% de los estudios los participantes eran personas mayores de 18 años sin establecer

límites en el rango de edad superior, un 33% especificaban límites en los rangos de edades y un 17% no especificaban la edad de los participantes (Ver Tabla 10).

Tabla 10

*Distribución de la muestra según edad de los participantes*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Edad	Desde los 18 años	50
	Limites en los rangos de edades	33
	No Refiere	17
	Total	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

**7.1.9. Distribución de la muestra de documentos, según etnia de los participantes**

La mayoría de los estudios analizados no referían la etnia de sus participantes (79,2%) y en sólo 5 estudios (20,8%) la muestra correspondía específicamente a personas afrodescendientes (Ver Tabla 11).

Tabla 11

*Distribución de la muestra según etnia de los participantes*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Etnia	Afrodescendientes	20,8
	No refiere	79,2
	Total	100,0

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### 7.1.10. Distribución de la muestra de documentos, según método de medición de la adherencia

Se observó una mayor frecuencia de estudios en los que se medía la adherencia mediante sistemas microelectromecánicos (MEMs, Micro Electromechanical Systems) (29,2%) y con el reclamo de medicamentos en farmacias (29,2%). Los métodos de medición menos utilizados en la muestra de estudios fueron: las adaptaciones de la escala Morisky (4,2%), el autoregistro (4,2%) y la combinación de MEMs con la escala Morisky (4,2%) (Ver Tabla 12).

Tabla 12

*Distribución de la muestra según método de medición*

Variable		N	
		<i>f<sub>i</sub></i>	%
Método de medición de la adherencia	Reclamo de medicamentos en farmacias	7	29,2
	MEMs	7	29,2
	Escala de Morisky	4	16,7
	Conteo de Píldoras	2	8,3
	MEMs/Escala de Morisky	1	4,2
	Cuestionarios Propios del Estudio	1	4,2
	Autoregistro/Autoregistro	1	4,2
	Adaptación de Escala Morisky	1	4,2
	Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### 7.1.11. Distribución de la muestra de documentos, según duración de la intervención

Respecto a la duración de las intervenciones para mejorar la adherencia analizadas en los estudios, se encontró que el 37,5% se llevaron a cabo entre 5 y 6 meses y el 25% tuvo una duración de 10 a 12 meses; por su parte, las intervenciones que duraron más de

dos años, al igual que aquellas que duraron en los rangos de tiempo de 1 a 2, de 3 a 4, y de 7 a 9 meses, representaron cada uno el 8,3% de los artículos, con una frecuencia de 2 artículos por rango de tiempo; finalmente, aquellas intervenciones que duraron entre 13 y 24 meses, representaron un 4,2% de la muestra total, con un solo estudio (Ver Tabla 13).

*Tabla 13*

*Distribución de la muestra según duración de la intervención*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Duración de la Intervención	Entre 5 y 6 meses	37,5
	Entre 10 y 12 meses	25,0
	De 2 años en adelante	8,3
	Entre 1 y 2 meses	8,3
	Entre 3 y 4 meses	8,3
	Entre 7 y 9 meses	8,3
	Entre 13 y 24 meses	4,2
	Total	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

#### **7.1.12. Distribución de la muestra de documentos, según personal responsable de la intervención**

En cuanto al personal encargado de hacer las intervenciones con el fin de mejorar la adherencia en pacientes hipertensos, en el 25% de los estudios correspondían a personal de salud en general (administradores en salud o trabajo en conjunto entre varios profesionales); en el 20,8% de los casos fueron desarrollados por médicos o no se refería qué tipo de profesional haría la intervención; en un 16,7% de los casos lo llevaron a cabo profesionales farmacéutas, en el 12,5% auxiliares de investigación y

sólo en dos estudios (4,2%) las intervenciones estuvieron a cargo de enfermeras (Ver Tabla 14).

Tabla 14

*Distribución de la muestra según personal responsable de la intervención*

Variable	N	
	fi	%
Personal de Salud en general	6	25,0
Médicos	5	20,8
Personal	5	20,8
No refiere	5	20,8
Farmaceutas	4	16,7
Auxiliares de Investigación	3	12,5
Enfermeras	1	4,2
Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; fi= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### **7.1.13. Distribución de la muestra de documentos, según momentos de la evaluación**

El 79,2% de los estudios seleccionados para la muestra, desarrollaron intervenciones que tenían tanto evaluación pre-intervención como post-intervención. Aquellos que solamente evaluaron los datos post-intervención representaron un 12,5% del total y los que hicieron sólo evaluación pre-intervención representaron el 4,2%. Para el 4,2% restante no aplicaba el análisis de la evaluación de la intervención por el tipo de diseño del estudio (Ver Tabla 15).

Tabla 15

*Distribución de la muestra según momentos de la evaluación*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
<b>Evaluación</b>	Evaluación Pre/Post intervención	79,2
	Evaluación Post-intervención	12,5
	Evaluación Pre-intervención	4,2
	No Aplica	4,2
	Total	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

#### **7.1.14. Distribución de la muestra de documentos, según incentivo económico a los participantes**

La mayoría de los estudios seleccionados no brindaron incentivo económico a los participantes, representando el 87,5% del total. Por su parte, el 12,5% de los estudios sí lo hicieron (Ver Tabla 16).

Tabla 16

*Distribución de la muestra según incentivo económico*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Incentivo económico	No	87,5
	Si	12,5
	Total	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

#### **7.1.15. Distribución de la muestra de documentos, según conceptualización de la adherencia**

La mayoría de las investigaciones analizadas conceptualizaban la adherencia como el cumplimiento de la medicación (88%). Sólo el 12 % de los estudios, incluían en su conceptualización de la adherencia la adquisición de conductas saludables (Ver Tabla 17).

Tabla 17

*Distribución de muestra según conceptualización de adherencia*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Cumplimiento de la Medicación	21	88
Cumplimiento de Conductas Saludables	1	4
Concepto de Adherencia	1	4
Cumplimiento de la Medicación y Conductas Saludables	1	4
Cumplimiento de rutina de ejercicios	1	4
Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

### 7.1.16. Categorías de las estrategias para el incremento de la adherencia

Tras el análisis sistemático de las características bibliométricas de la muestra de estudios, se lograron identificar seis categorías de estrategias de intervención para el incremento de la adherencia terapéutica, las cuales no solo eran implementadas como única estrategia, sino que se encontraron en algunos casos combinadas entre sí. A continuación presentamos la descripción las categorías resultantes en la muestra de estudio, correspondientes a las estrategias utilizadas en las investigaciones para el incremento de la adherencia:

- **Estrategia Farmacológica:** en este tipo de estrategia se incluyeron aquellos estudios que hacían comparaciones entre los tipos de fármacos antihipertensivos o en las dosis de medicamentos y su relación con la adherencia, buscando con ello determinar qué medicamentos y/o en qué dosis sería recomendable suministrar a los pacientes hipertensos para incrementar la adherencia.
- **Estrategia Educativa:** en esta categoría se incluyeron los estudios en los que se daba información a los participantes respecto al diagnóstico, tratamiento, control

y/o recomendaciones de la HTA. Esta información podía ser verbal o escrita, en uno o en varios momentos durante el proceso.

- **Estrategia de Acompañamiento:** las estrategias de acompañamiento hacían referencia a aquellas en las cuales el personal encargado de la intervención estaba constantemente haciendo visitas domiciliarias apoyando a los participantes en diferentes momentos de la intervención. Además, se incluyeron de igual manera aquellas intervenciones en las que se recurría a un familiar o amigo del participante que pudiera servir de apoyo en su tratamiento.
- **Estrategia Conductual:** este tipo de estrategia hace uso del refuerzo positivo (retroalimentación del proceso, incentivos económicos, llamadas telefónicas y mensajes de texto, entre otros) para intervenir en la motivación del paciente, con el fin de generar cambios en sus conductas de adherencia.
- **Estrategia de Autocontrol:** las intervenciones que se categorizaban como autocontrol, eran aquellas en las que se buscaba incrementar la adherencia del paciente dándole un rol activo en el tratamiento y en el control de su enfermedad, a través del uso del auto registro y la auto medición de la presión como herramientas principales.
- **Estrategia de Recordatorio:** esta estrategia consistía en recordar al paciente acerca de la toma de su medicamento de diferentes maneras, tales como: mensajes de texto, llamadas telefónicas y dispositivos electrónicos, entre otros.

Considerando la categorización presentada previamente, se encontró que un 33,3% de los estudios utilizaban una estrategia combinada educativa/conductual, a la cual le seguía con un 16,7% la estrategia farmacológica; y en un 12,5% las estrategias educativas únicamente o las estrategias de recordatorio. Sólo en el 8,3% de los estudios

se utilizaron estrategias de autocontrol y, finalmente, las estrategias combinadas “educativa/autocontrol”, “educativa/acompañamiento”, “conductual/acompañamiento” y “educativa/acompañamiento/autocontrol”, representaron cada una un porcentaje de 4,2% del total de la muestra (Ver Tabla 18).

Tabla 18

*Distribución de la muestra según estrategias de intervención*

Variable	N		
	fi	%	
Estrategias	Educativa/Conductual/ Farmacológica	8	33,3
	Educativa	4	16,7
	Recordatorio	3	12,5
	Autocontrol	3	12,5
	Educativa/Autocontrol	2	8,3
	Educativa/ Acompañamiento	1	4,2
	Conductual/Acompañamiento	1	4,2
	Educativa/Acompañamiento/Conductual	1	4,2
	Total	24	100

*Nota:* N= Muestra total; fi= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

A continuación, se presenta la representación gráfica de las frecuencias de las diferentes categorías de estrategias en la muestra de estudios analizados (Ver Figura 2).

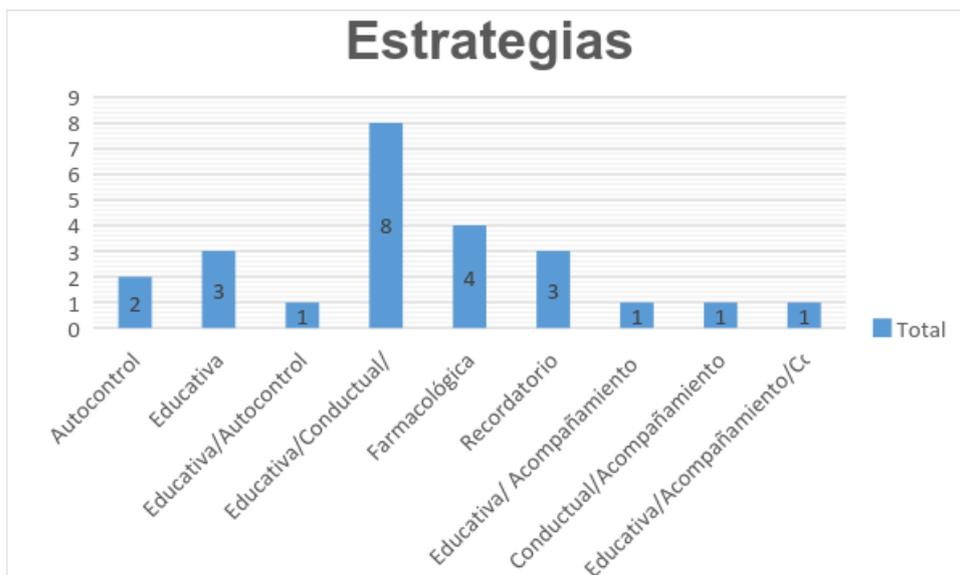


Figura 2. Frecuencia de estudios, según estrategias utilizadas para incrementar la adherencia.

### 7.1.17. Niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios

El análisis de la muestra de 28 artículos, presenta que solo un 11% de los estudios fueron meta-análisis y revisiones sistemáticas que obtuvieron un nivel I. a. La mayor prevalencia se halló en el nivel I. b con un 64%. En el siguiente nivel, II. a, se clasificó el 14% de los estudios, mientras que el nivel II. b, un 7%. Finalmente, 4% pertenecía al nivel de evidencia IV (ver anexo 3).

Tabla 19

*Niveles de evidencia*

Variable	N		
	$f_i$	%	
Niveles de evidencia	I. b	18	64
	II. a	4	14
	I. a	3	11
	II. b	2	7
	IV	1	4
Total	28	100	

Nota: N= Muestra total;  $f_i$ = Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia



Figura 3: Frecuencia de estudios según nivel de evidencia

El 75% de los 28 estudios, obtuvieron un grado de recomendación A, es decir, que se trataba de artículos de investigación con un nivel alto de evidencia. Por otra parte, un 21% de la muestra tienen un grado de recomendación B en la clasificación, esto es debido a que su evidencia es moderada. Por último, solo un 4% de los estudios obtuvo un grado de recomendación C, pues se trataba de un estudio documental cuya evidencia procede de la opinión de expertos (ver anexo 3).

Tabla 20

*Distribución de la muestra según grado de recomendación*

Variable		N	
		<i>f<sub>i</sub></i>	%
Grado de Recomendación	A	21	75
	B	6	21
	C	1	4
	Total	28	100

Nota: N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia



Figura 4: Frecuencia de estudios según grado de recomendación

### 7.1.18. Resultado de las intervenciones

Los resultados de las intervenciones realizadas en las 24 investigaciones empírico-analíticas, en cuanto al incremento de la adherencia a los tratamientos, fueron de un 54,2% para un aumento moderado, seguido de un 41,7% para un aumento significativo. Finalmente, solo un 4,2% de las intervenciones no presentó aumento en la adherencia.

Tabla 21

*Distribución de la muestra según resultado de intervenciones*

Variable	N	
	<i>f<sub>i</sub></i>	%
Resultados	Aumenta la Adherencia Significativamente	13 54,2
	Aumenta la Adherencia Moderadamente	10 41,7
	No se Presenta Aumento de la Adherencia	1 4,2
	Total	24 100

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

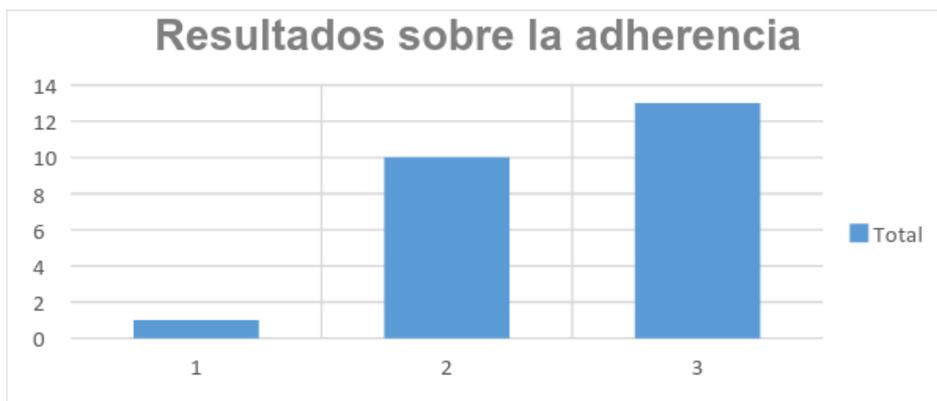


Figura 5: Frecuencia de estudios según resultados sobre la adherencia a los tratamientos.

## 7.2. Relación de variables

### 7.2.1. Nivel de evidencia y grado de recomendación

La relación entre las categorías de nivel de evidencia y grado de recomendación, muestran que un 64% de la muestra de estudios tenían un nivel de evidencia I. b y un grado de recomendación A, es decir que más de la mitad de las investigaciones estudiadas cumplen con un nivel alto de evidencia y pueden ser altamente recomendadas. Por otra parte, un 14% de estudios se encuentran clasificados en el nivel de evidencia II. a y el grado de recomendación B. En cuanto al nivel más alto de evidencia y de recomendación, I. a, A, solo un 11% de los estudios obtuvieron esta clasificación. En el siguiente nivel de evidencia, II. b, y el grado de recomendación B, se ubicó un 7% de la muestra de investigaciones. Por último en el nivel IV y grado de recomendación C, solo se halló un 4% de la muestra (ver anexo 3).

Tabla 22

*Distribución de la muestra según nivel de evidencia y grado de recomendación*

Variable	N		
	$f_i$	%	
Nivel de Evidencia y Grado de Recomendación	I. a A	3	10,7
	I. b A	18	64,3
	II. a B	4	14,3
	II. b B	2	7,1
	IV C	1	3,6
	Total	28	100

*Nota:* N= Muestra total;  $f_i$ = Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

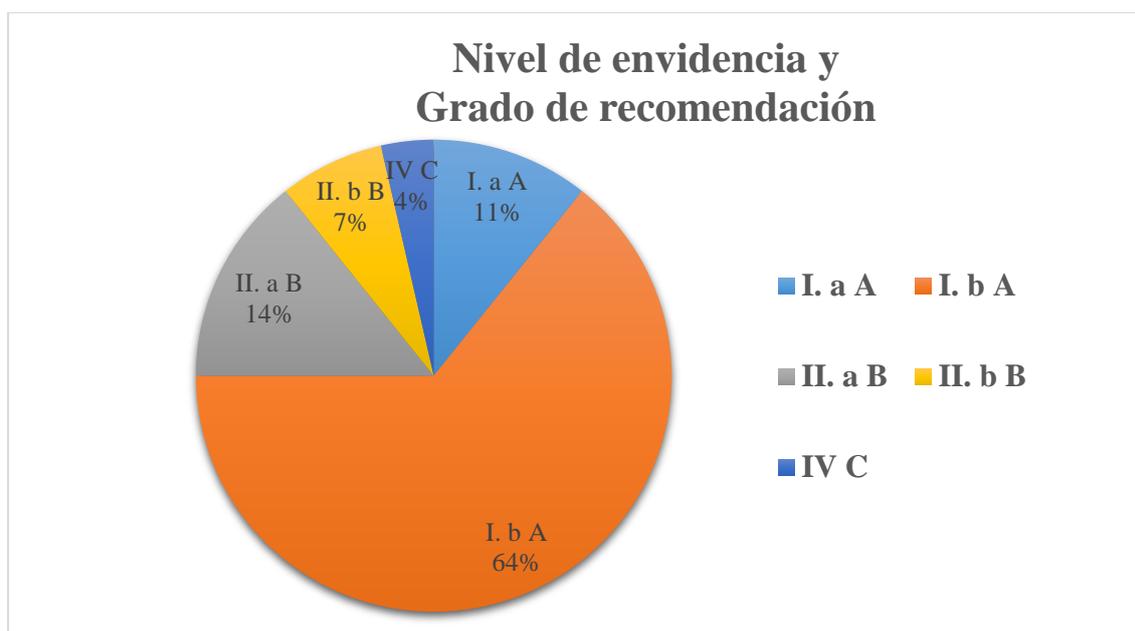


Figura 6: Relación entre Nivel de evidencia y Grado de recomendación

### 7.2.2. Nivel/grado de recomendación/ resultados

Relacionando estas tres variables, se encontró que la mayoría de los estudios tenían un nivel I.b, con un grado de recomendación A, y un aumento moderado de adherencia como resultado, representando el 42%. Por otra parte, aquellos estudios que tenían el mismo nivel de evidencia y el mismo grado de recomendación, pero cuyo resultado implicaba un aumento significativo de la adherencia, representaron el 33%. En cuanto al nivel de evidencia II.a con grado de recomendación B, los estudios que aumentaron la adherencia significativamente conformaban el 13%, mientras que aquellos del mismo nivel y grado de recomendación que aumentaban la adherencia moderadamente, comprendían el 4%. Finalmente, aquellos estudios de nivel de evidencia II.b, con grado de recomendación B y con un aumento significativo de la adherencia, implicaron el 8% del total de estudios seleccionados.

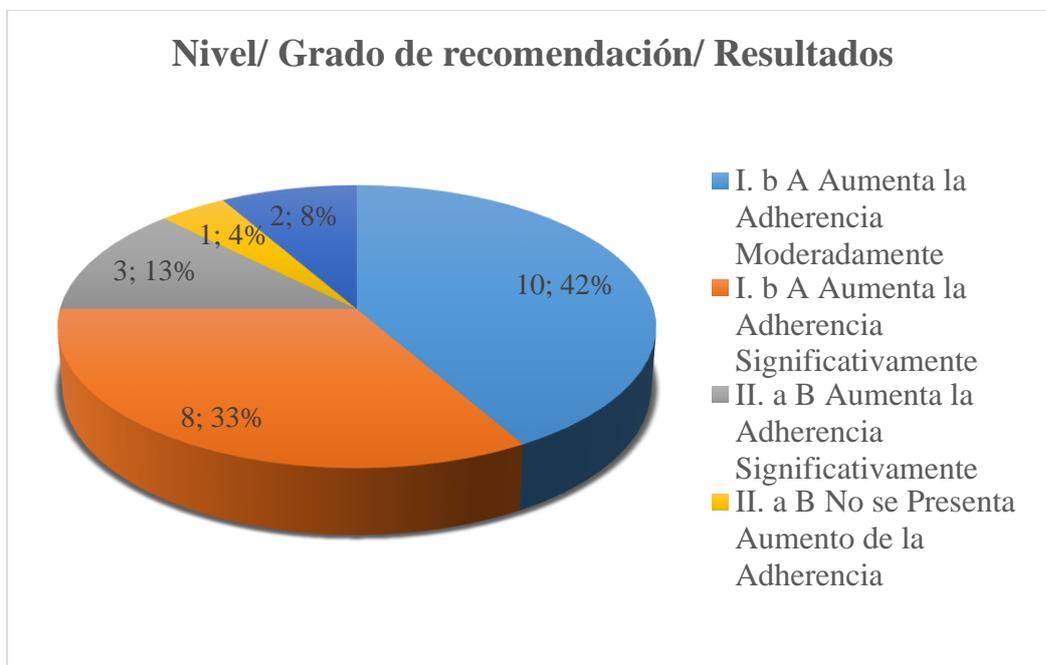


Figura 7: Relación entre Nivel de evidencia, Grado de recomendación y resultados

### 7.2.3. Método de medición/Resultados

Aquellos métodos de medición de la adherencia, que se asociaban con un aumento moderado de la misma, fueron los MEMs y la escala de Morisky con un 16,7% y un 8,2% respectivamente; mientras que los demás instrumentos como el autoregistro, el conteo de píldoras, los cuestionarios propios de los estudios, y los MEMs aplicados con la Escala de Morisky, representaron cada uno un 4,2%. Los estudios que como resultado tenían un aumento significativo de la adherencia, se asociaron en su mayoría con el reclamo de medicamentos en farmacias como el método de medición, con un 29,2%, siguiendo los MEMs con un 8,3% al igual que la Escala de Morisky con el mismo porcentaje. Finalmente, sólo el 4,2 de los estudios no presentó cambios en la adherencia con el MEMs como método de medición.

Tabla 23

*Relación método de medición y resultados*

Variable	N		
	<i>f<sub>i</sub></i>	%	
Método de medición/ Resultado	Aumenta la Adherencia Moderadamente	10	41,7
	Autoregistro/Autoregistro	1	4,2
	Conteo de Píldoras	1	4,2
	Cuestionarios Propios del Estudio	1	4,2
	Escala de Morisky	2	8,3
	MEMs	4	16,7
	MEMs/ Escala de Morisky	1	4,2
	Aumenta la Adherencia Significativamente	13	54,2
	Adaptación de Escala Morisky	1	4,2
	Conteo de Píldoras	1	4,2
Escala de Morisky	2	8,3	
MEMs	2	8,3	
Reclamo de Medicamentos en Farmacias	7	29,2	
No se Presenta Aumento de la Adherencia	1	4,2	
MEMs	1	4,2	
Total	24	100	

*Nota:* N= Muestra total; *f<sub>i</sub>*= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia

#### **7.2.4. Nivel de Evidencia/ Grado de Recomendación/ Estrategia/ Resultados**

La relación entre estas cuatro variables permite observar de una manera más amplia y clara cuales fueron las estrategias presentadas en la muestra de 24 estudios que obtuvieron mejores resultados, además de clasificaciones más altas según el nivel de evidencia y grado de recomendación (Ver tabla 24)

En total se hallaron 10 estudios que se ubicaron en las categorías de nivel de evidencia I. b, grado de recomendación A, con resultados de aumento moderado de la adherencia. De las 10 investigaciones 3 implementaron la estrategia combinada “educativa/conductual”, 2 de “autocontrol”, y otros 2 solo “educativa”. Otras estrategias que se relacionaron con estas variables fueron: “recordatorio” (1), “educativa/acompañamiento” (1), y “educativa/acompañamiento/conductual (1).

En las categorías de nivel de evidencia I. b, grado de recomendación A, cuyo resultado indicaban un aumento significativo de la adherencia, se clasificaron 8 estudios, de los cuales 3 desarrollaron una intervención “educativa/conductual” y 2 de “recordatorio”. Estrategias como la “educativa” (1), “educativa/autocontrol” (1), y “acompañamiento/conductual” (1) también se relacionaron con el aumento significativo de la adherencia y la clasificación I. b A.

Por otra parte, la relación del nivel de evidencia II. a, grado de recomendación B, y el resultado de aumento significativo de la adherencia, mostró 3 investigaciones,

las cuales estudiaron el efecto de la estrategia “farmacológica” en el aumento de la adherencia.

En las variables de nivel de evidencia II. a, grado de recomendación B, y sin aumento de la adherencia como resultado, solo se halló una investigación la cual implementó una estrategia “farmacológica”.

Finalmente, se encontró que en la relación de nivel de evidencia II. b, con grado de recomendación B, cuyo resultado era el aumento significativo de la adherencia, solo se presentan dos estudios de la muestra (24), realizándose en ambos una intervención combinada, la “educativa/conductual”.

Tabla 24

*Distribución de estrategias*

<b>Ib. A.</b> Aumento significativo adherencia	<b>Ib. A.</b> Aumento moderado adherencia	<b>Iib. B</b> Aumento significativo adherencia	<b>II. B.</b> No aumento de adherencia
Educativo/conductual (3) Recordatorio (2) Educativa (1) Educativa/autocontrol (1) Conductual/acompañamiento (1)	Educativa/conductual (3) Autocontrol (2) Educativa (2) Recordatorio (1) Educativa/acompañamiento (1) Educativa/acompañamiento /conductual (1)	Educativa/ conductual (2)	Farmacológica (1)

*Nota:* Ib, Iib y II hacen referencia al nivel de evidencia, por su parte A y B indican el grado de recomendación.

## 8. DISCUSIÓN

El proceso de análisis sistemático de la muestra de estudios seleccionada en el presente estudio, permitió no solo dar respuesta a la pregunta de investigación y alcanzar los objetivos planteados, sino también observar y repensar aspectos relevantes acerca de aspectos, tales como las particularidades del concepto de adherencia y de las prescripciones médicas en la HTA, el rol activo del paciente en su adhesión a los tratamientos, la participación del psicólogo en las intervenciones orientadas a incrementar la adherencia terapéutica, los componentes psicológicos de las estrategias implementadas para este fin y el estado de la investigación acerca de la temática en Latinoamérica. A continuación, se presentarán las inferencias derivadas de la investigación acerca de estas cuestiones.

Teniendo en cuenta la definición dada por la OMS (2004) sobre la adherencia, como: “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3); en la presente investigación se encontró que los conceptos en los que se basaban las intervenciones analizadas en los estudios se dirigían en su mayoría al cumplimiento de las prescripciones farmacológicas, puesto que en un 88% de las investigaciones se definía la conducta adherente únicamente como el cumplir con la medicación prescrita, mientras que en sólo tres estudios se incluía la prescripción de conductas saludables. De estos últimos, en solo un estudio, las estrategias implementadas tenían en cuenta tanto el cumplimiento de la prescripción farmacológica como los cambios en el estilo de vida del paciente.

Es así como se observa que en el momento de intervenir, se hace énfasis en un solo aspecto, esencialmente en el farmacológico o mucho menos en la adquisición de conductas saludables, lo que implica una dificultad para el adecuado control de la hipertensión pues, para ello, se requiere que el paciente se adhiera no solo a la toma del medicamento sino a las conductas saludables, tal como lo expresa el concepto dado por la Organización Mundial de la Salud.

Siguiendo con el análisis del concepto de adherencia propuesto por la OMS mencionado y, atendiendo a la importancia del rol activo del paciente en su tratamiento, puede observarse que en los estudios analizados, la mayoría de las estrategias orientadas a incrementar la adherencia buscaban que los pacientes se hicieran cargo del control de su enfermedad adquiriendo conductas adherentes. Evidencia de esto son: la estrategia educativa, la cual brindaba herramientas al paciente en cuanto al conocimiento acerca de su enfermedad y cómo controlarla; la de autocontrol, que ponía en el paciente un grado alto de responsabilidad de su proceso; y la conductual, que trabajaba sobre las motivaciones del paciente, permitiendo así que éste se apropiara de su tratamiento.

Podría decirse, al respecto, que las estrategias implementadas en las investigaciones lograban dicho rol activo del paciente incluyendo notables componentes psicológicos tales como: la retroalimentación del proceso, el refuerzo positivo, el aprendizaje, la motivación y la memoria. En efecto, la suma total de intervenciones que

tenían en cuenta dichos componentes fue del 83%, a diferencia del 17% que solo utilizaban estrategias de corte farmacológico como la comparación entre medicamentos, la dosis fija, o la combinada. De esta manera, se resalta en la muestra de estudios seleccionados la dimensión psicológica del paciente en las estrategias para el incremento de la adherencia terapéutica y, por tanto, la relevancia en este sentido de la psicología en general. Consecuentemente, la psicología ha ido obteniendo un papel importante en las intervenciones del campo de la salud, acorde a lo planteado en este estudio y en algunos antecedentes investigativos de revisiones sistemáticas y meta-análisis, que entienden dicha problemática desde diferentes ángulos (Khatib, Schwalm, Yusuf, Hayne, McKe, Khan y Nieuwlaat, 2014; Lemstra y Alsabbagh, 2014 ; Maimaris, Paty, Perel, Legido-Quigley, Balabanova, Nieuwlaat, y Mckee, 2013; Matthes, Albus, 2014; Simoni, Hardeman, Mant, Farmer y Kinmonth, 2013).

Por otra parte, es importante mencionar que si bien son claros los componentes psicológicos en las intervenciones para el incremento de la adherencia terapéutica, el análisis de datos desarrollado también permitió observar una participación nula por parte de los psicólogos en este tipo de procesos, evidenciando que el personal encargado de realizar las intervenciones era principalmente médicos (21%), farmacéutas (17%) y personal de salud en general (25%), sin hacer mención alguna de los profesionales de la psicología. Es por ello que se considera importante reflexionar en torno al papel del psicólogo en el campo de la salud, puesto que hay diversos espacios en los que éste podría desempeñarse de una manera efectiva, aportando conocimientos y herramientas en pro del bienestar humano.

Los resultados con respecto al nivel de evidencia y el grado de recomendación de los estudios analizados muestran que éstos tenían, en su mayoría, altos niveles de evidencia y en el grado de recomendación (Ib.A.) para el implemento de estrategias orientadas al aumento de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Estos hallazgos muestran interés en el campo investigativo y aplicado por el desarrollo de estudios de alta calidad orientados a aumentar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos a nivel mundial, especialmente por el desarrollo de estudios cuyos diseños son en su mayoría experimentales, los cuales corresponden a un alto nivel de evidencia y grado de recomendación. En este sentido, podría plantearse que se cuenta con altos niveles de evidencia en esta temática a nivel investigativo.

Por otro lado, respecto a los resultados de las estrategias implementadas en los estudios analizados, esta investigación mostró que la mayoría de las intervenciones obtuvieron como resultado un aumento moderado o significativo de la adherencia, presentándose como la más implementada y con resultados positivos, la estrategia educativa combinada con la conductual. No obstante, aunque aún se requeriría estudiar a profundidad otras combinaciones que podrían ser más eficaces, podría plantearse que en general, el estado del conocimiento respecto a estas estrategias muestra la utilidad de las estrategias psicoeducativas y psicológicas en el abordaje de las problemáticas asociadas a las enfermedades crónicas, ampliándose así la perspectiva médica y desarrollando intervenciones basadas en la interdisciplinariedad y en la comprensión multidimensional de estas problemáticas. Estos hallazgos confirman los nuevos

modelos teóricos que abordan los factores psicosociales de las enfermedades crónicas y, en este caso, de la HTA; teniendo en cuenta que suponen grandes desafíos en la actualidad para las políticas sanitarias de un gran número de países y para la salud pública en general.

No obstante, cabe mencionar que, en relación con la región latinoamericana no se hallaron estudios que cumplieran con los criterios para ser incluidos en la presente revisión sistemática, pues el 50% de los artículos de la muestra se realizaron en los Estados Unidos, y el otro 50% en diversos países de Asia, Europa y Oceanía. Esta falta de investigaciones abre la pregunta acerca de cómo y en qué medida se están desarrollando e investigando acerca de las estrategias para el incremento de la adherencia terapéutica en HTA en América Latina, considerando las condiciones de vida, características poblacionales y sistemas de atención sanitaria de estos países, planteándose de igual forma la necesidad de realizar estudios rigurosos acerca de este tema, desde las apropiadas contextualizaciones de los estudios a la naturaleza de los fenómenos en esta región. En este sentido, resulta relevante tener en cuenta un enfoque de determinantes sociales de la salud, dadas las desigualdades sanitarias y de condiciones de vida en las que suelen estratificarse muchas poblaciones de los países latinoamericanos, lo cual implicaría no sólo desigualdades materiales, de estresores y de apoyos sociales que podrían afectar de manera clara el control de la hipertensión en estos pacientes sino, además, las inequidades en los sistemas de salud y, por tanto, podría suponerse también respecto a las estrategias orientadas al incremento de la adherencia terapéutica en estos pacientes por parte del sistema sanitario.

En Colombia, cabe plantear que las desigualdades sociales y sanitarias de su población, podrían tener impactos no sólo en la prevalencia y en el control de la HTA de los pacientes hipertensos, sino también en la eficacia de los tratamientos desarrollados para las poblaciones en función de estas desigualdades. Es por ello que se requiere conocer cuáles estrategias utilizan los distintos sistemas de salud en el contexto colombiano y cuáles de ellas serían eficaces para qué poblaciones, desarrollando para esto investigaciones con alto nivel de evidencia que permitan orientar los programas sanitarios para la control de la HTA en los pacientes, de manera específica.

## 9. CONCLUSIONES

Según el análisis sistemático llevado a cabo con la muestra de 24 investigaciones, se identificaron diversas intervenciones orientadas al incremento de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Estas estrategias pudieron agruparse en las siguientes seis categorías: educativa, conductual, farmacológica, acompañamiento, recordatorio y autocontrol. Además, se observó en varios estudios el uso de dos o más estrategias en una misma intervención, las cuales presentaban niveles altos de evidencia y grado de recomendación.

Con respecto a los resultados de las estrategias implementadas en los estudios seleccionados, el análisis sistemático mostró que la mayoría de las intervenciones obtuvieron como resultado un aumento moderado o significativo de la adherencia, presentándose como la más implementada y con resultados positivos, la estrategia educativa combinada con la conductual. Sin embargo, se requiere estudiar a profundidad qué otras combinaciones podrían ser más eficaces.

En línea con lo anterior, se puede concluir que se presenta un rango amplio de estudios con un alto nivel de evidencia y grado de recomendación (Ib. A), para el implemento de estrategias orientadas al aumento de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Esto implica, respecto al tema de interés, que se están desarrollando estudios cuyos diseños son en su mayoría experimentales, desarrollados

de manera adecuada (ensayos controlados aleatorizados), los cuales corresponden a un alto nivel de evidencia y grado de recomendación.

Es importante mencionar que en general, se hallaron pocos estudios desarrollados en Latinoamérica, lo que es preocupante debido a las condiciones de vida, características poblacionales y sistemas de atención sanitaria desiguales de estos países, por ello, se encuentra la necesidad de realizar más investigaciones con metodologías adecuadas en este tema.

Por último, se manifiesta la relevancia de la disciplina psicológica en las estrategias para el aumento de la adherencia, ya que se evidenciaron diferentes componentes psicológicos (informativos, motivacionales y de autocontrol) en las intervenciones, los cuales fueron más efectivos que los aspectos técnicos asociados a la prescripción de fármacos.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Acosta González, M., Debs Pérez, G., de la Noval García, R., & Dueñas Herrera, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3), 1. Recuperado en 16 de marzo de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&tlng=es).
- Alfonso, L. M., Agramonte, M. S., y Vea, H. B. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 1-4.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2010). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigo, C. Fernández & M. Pérez. *Manual de psicología de la salud*, 3ª Ed. (pp. 239-269). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arrivillaga, M., Correa, D., y Salazar, I. C. (2007). *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá, D.C.: Editorial El Manual Moderno.

Barría, R., & Urra, E. (2010). La revisión sistemática y su relación con la práctica basada.

Revista Latinoamericana Enfermagem, 18(4), 1- 8. Obtenido de

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_23.pdf) el 30 de agosto del 2015

Basterra, M. G. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care* 1, 97-106.

Recuperado de <http://crf->

[http://crf-arquivos/file/AtencaoFarmaceutica/El\\_cumplimiento\\_terapeutico.pdf](http://crf-arquivos/file/AtencaoFarmaceutica/El_cumplimiento_terapeutico.pdf)

Beltrán, Ó. (2005). Revisiónes sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de*

*Gastroenterología*, 20(1), 60-69. Recuperado el 24 de 08 de 2015, de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v20n1/v20n1a09>

Bimbela, J. y Gorrotxategi, M. (2001) *Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica*

*del paciente: el caso de la diabetes*. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA:

Granada, España

Bonilla, C.P. (2007). Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la

adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad

cardiovascular. *Avances de Enfermería*, XXV (1), 46-55.

Caudales, E., Acosta, J., Palacios, A., Castillo, A., & García, D. (1998). Prevalencia de hipertensión: raza y nivel educacional. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 24(2), 62-65.

Coca, A., y Aranda, J. R. (2009). *Mano del paciente hipertenso en la práctica clínica*. Buenos aires; Madrid: Médica Panamericana.

Delgado, I. Z., Villarraso, T. C., y García, M. R. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 17(4), 251-260.

Emparranza, J. y Urreta, I. (2005). Revisión sistemática y metaanálisis. *Anales de pediatría continuada*, 3(6), 1-9.

Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Impreso por Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas JAVEGRAF 1ra. edición Bogotá, enero de 2009

Fernández, E., Martín, M., & Dominguez, F. (2006). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los tratamientos cardiovasculares . En M. Pérez, J. Fernández, c. Fernáncenz, & I. Amigo, *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces II*

*Psicología de la salud* (págs.

93-121). Madrid : Ediciones Pirámide .

Fernández, J; y Villada, J. (2014) Análisis de evidencia en investigaciones sobre toma de decisiones entre 2002 y 2012. *Avances en Psicología Latinoamericana* 33(1). p. 105-120. ISSN 2145-4515. doi:<http://dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.08>.

Flórez, L. (2007) *Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención*. Bogotá, D.C.: Editorial El Manual Moderno

Gámez, G. G., y Nieto, J. G. (2007). Creencias Relacionadas con la Hipertensión y Adherencia a los Diferentes Componentes del Tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 393-403.

García, A. (2010). ¿Adherencia o adhesión? Actualidad en farmacología y terapéutica, 8(2), 128. Recuperado el 2 de 03 de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3254320>

González, M. A., Pérez, G. D., García, R. d., y Duenas, A. D. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3), 1-8.

Granados, G., Roales-Nieto, J., Moreni, E., y Ybarra, J. L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 697-707.

Granados, G. Y Roales, J. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencias a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychological Therapy*. 7 (003), 393-403.

Huerta, B. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*, 71(1), 208-210.

K., G. A., Shazia, A., y R., P. N. (2010). Compliance, Safety, and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents: A Meta-Analysis. *Hypertension*., 399-407. Obtenido de <http://hyper.ahajournals.org/content/55/2/399.long>

Khatib, R., Schwalm, J.-D., Yusuf, S., Haynes, R. B., McKee, M., Khan, M., y Nieuwlaat, R. (2014). Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Qualitative and Quantitative Studies. *PLoS ONE*, 9(1), e84238. doi:10.1371/journal.pone.0084238

Lemstra, M., y Alsabbagh, M. W. (2014). Proportion and risk indicators of nonadherence to antihypertensive therapy: a meta-analysis. *Patient Preference and Adherence*, 8, 211–218. doi:10.2147/PPA.S55382 recuperado el: 28 de agosto del 2015.

Letelier, L., Manríquez, J., & Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Revista Médica de Chile*(133), 246-249. Recuperado el 23 de Marzo de 2016, de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n2/art15.pdf>

Ley N° 1090. Código deontológico y bioético de psicología. Colombia, 06 de Septiembre de 2006.

Maimaris, W., Paty, J., Perel, P., Legido-Quigley, H., Balabanova, D., Nieuwlaat, R., y Mckee, M. (2013). The Influence of Health Systems on Hypertension Awareness, Treatment, and Control: A Systematic Literature Review. *PLoS Medicine*, 10(7), e1001490. doi:10.1371/journal.pmed.1001490

Marks, D; Murray, M; Evans, B; Willig, C; Woodal, C; Sykes, C. (2008). Adherencia al tratamiento y empoderamiento del paciente. En *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. (págs. 331-352). México, D. F: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V

Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*: 14 (01), 89-99. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114110.pdf>

Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 1-5. Recuperado de

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9c01caed-ec4e-4fd9-bd1b-0b311dbfe3f3%40sessionmgr12&hid=14>

Martín, L., Vea, H. B., Matos, Y. L., Araña, M. d., Anaya, J. R., Iznaga, F. V., y González, M. A. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(3), 1-10.

Manterola, C. y Zavando, D. (2009). Cómo interpretar los “niveles de evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 61(6), 582-595.

Mendoza, S., Muñoz, M., Merino, J. M., y Barriga, O. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos . *Revista médica de Chile* , 65-71.

Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias Guía de práctica clínica.  
Hipertensión arterial primaria (HTA) - 2013 Guía No. 18

Morgado, M., Rolo, S., Macedo, A. F., Pereira, L., y Castelo, M. (2010). Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *Journal of Cardiovascular Disease Research*, 1(4), 196–202. <http://doi.org/10.4103/0975-3583.74263>

Organización Mundial de la Salud -OMS- (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

Organización Mundial de la Salud -OMS- (2013). Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo: Día mundial de la Salud. Ginebra (Suiza) Recuperado de: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)

Primo, J. (2003). Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día, 2(2), 39-42. Recuperado el 24 de 08 de 2015, de <http://www.svpd.org/mbe/niveles-gradoss.pdf>

Ramos, J. F., y Laffond, B. R. (2014). Factores asociados con la vulnerabilidad emocional y la baja adherencia al tratamiento en la hipertensión esencial. Boletín de Psicología(112), 35-52.

Sampieri, R. (2010). Metodología de la investigación (sexta ed.). México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES.

Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación (sexta ed.). México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES.

- Sánchez, O. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-48.  
Recuperado el 18 de Marzo de 2016, de  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1217031>
- Satín, J. (1999). Hipertensión Arterial: Factores de riesgo (Síndrome plurimetabólico, alcohol y menopausia). España.
- Silva, G. E., Galeano, E., y Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento: implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Simoni, A., Hardeman, W., Mant, J., Farmer, A. J., y Kinmonth, A. L. (2013). *Trials to Improve Blood Pressure Through Adherence to Antihypertensives in Stroke/TIA: Systematic Review and Meta- Analysis*. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 2(4), e000251.  
<http://doi.org/10.1161/JAHA.113.000251>
- Yusuf S, Attaran A, Bosch J, Joseph P, Lonn E, McCready T, et al. Combination pharmacotherapy to prevent cardiovascular disease: present status and challenges. *Eur Heart J*. 2014;35(6):353–64. doi:10.1093/eurheartj/eh407.
- Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud la vida*. Infomed. Recuperado de <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6071>

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1. Ficha de ingreso de datos

FICHA DE INGRESO #	
Código del Artículo	
Fecha de recuperación del artículo	
Datos Bibliográficos del Artículo	
Autores	
Año de Publicación	
Título	
Nombre de la Revista	
Volumen	
Base de datos en la que se encontró el artículo	
Palabras clave de búsqueda	
Palabras clave del artículo	
Tipo de Estudio	
Alcance del Estudio	
Diseño de la Investigación	
Objetivo	
Información de la Muestra	
N=	n=
Fórmula de extracción de la muestra	
Características de la muestra	
Instrumentos y Variables	
Nombre del Instrumento	

Descripción	
Variables	
Referencia del Instrumento	
<b>Procedimiento de Análisis de la Información</b>	
Grupos:	
Aleatorización:	
Duración de la Intervención:	
Número de Seguimientos:	
Control de Variables:	
Personal:	
Entrenamiento a los Profesionales:	
Evaluación Previa:	
Evaluación Posterior:	
Incentivo Económico:	
Resultados	
<b>Análisis de Evidencia</b>	
Concepto de Adherencia	
Tipo de Estrategia de Intervención	
Nivel de Evidencia	
Observaciones	
Grado de Recomendación	
Observaciones	

## ANEXO 2. Listado de artículos seleccionados

Estudios Empírico-analíticos		
Título	Autor	Año
Effect of general practitioner education on adherence to antihypertensive drugs: cluster randomised controlled trial.	Qureshi NN, Hatcher J, Chaturvedi N, Jafar TH	2007
Electronic Monitoring of Adherence as a Tool to Improve Blood Pressure Control. A Randomized Controlled Trial	Wetzels G.E.C., Nelemans P.J., Schouten J.S.A.G., Dirksen C.D., van der Weijden T., Stoffers H.E.J.H., Janknegt R., de Leeuw P.W., Prins M.H.	2007
Self-monitoring of blood pressure for improving adherence to antihypertensive medicines and blood pressure control: a randomized controlled trial.	Hosseininasab M, Jahangard-Rafsanjani Z, Mohagheghi A, Sarayani A, Rashidian A, Javadi M, Ahmadvand A, Hadjibabaie M, Gholami K.	2014
Antihypertensive drug class and adherence: an electronic monitoring study.	Moise N, Schwartz J, Bring R, Shimbo D, Kronish IM.	2015
Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial.	Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, Haafkens JA.	2014
Improving refill adherence and hypertension control in black patients: Wisconsin TEAM trial.	Svarstad BL, Kotchen JM, Shireman TI, Brown RL, Crawford SY, Mount JK, Palmer PA, Vivian EM, Wilson DA.	2013
A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans	Ogedegbe GO, Boutin-Foster C, Wells MT, Allegrante JP, Isen AM, Jobe JB, Charlson ME.	2012

Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomised controlled trial.	Morgado M, Rolo S, Castelo-Branco M.	2011
Evaluation of a self-management implementation intervention to improve hypertension control among patients in Medicaid.	Bosworth HB, Dubard CA, Ruppenkamp J, Trygstad T, Hewson DL, Jackson GL.	2011
Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk	Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, de la Figuera M, Marquez E, Coca A, Sobrino J, Divine G, Heisler M, Williams LK; Writing Committee on behalf of the COM99 Study Group.	2010
Managing Medication Adherence in Elderly Hypertensive Patients Through Pharmacist Home Visits	Moultry, Aisha Morris; Pounds, Kimberly; Poon, Ivy O. Consult Pharm	2015
The impact of an electronic monitoring and reminder device on patient compliance with antihypertensive therapy: a randomized controlled trial.	Christensen, Arne; Christrup, Lona Louring; Fabricius, Paul Erik; Chrostowska, Marzena; Wronka, Michal; Narkiewicz, Krzysztof; Hansen, Ebba Holme.	2010
Improving medication adherence through calendar packaging: Uesults of a randomized controlled trial among hypertensive patients in Malaysia	Tan B.Y., Shafie A.A., Hassali M.A., Saleem F	2016
Improved persistence and adherence to diuretic fixed-dose combination therapy compared to diuretic monotherapy.	Patel, Bimal V; Remigio-Baker, Rosemay A; Thiebaud, Patrick; Preblich, Ronald; Plauschinat, Craig.	2008
Reinforcing adherence to antihypertensive medications.	Petry, Nancy M; Alessi, Sheila M; Byrne, Shannon; White, William B.	2015

A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPY trial).	Stewart, K; George, J; Mc Namara, K P; Jackson, S L; Peterson, G M; Bereznicki, L R; Gee, P R; Hughes, J D; Bailey, M J; Hsueh, Ys A; McDowell, J M; Bortoletto, D A; Lau, R.	2014
Pilot study of a feedback intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension	Ruppar T.	2010
Effect of feedback in promoting adherence to an exercise programme: a randomized controlled trial.	Shakudo, Masaaki; Takegami, Misa; Shibata, Ai; Kuzumaki, Miki; Higashi, Takahiro; Hayashino, Yasuaki; Suzukamo, Yoshimi; Morita, Satoshi; Katsuki, Michio; Fukuhara, Shunichi.	2011
Treatment adherence, clinical outcomes, and economics of triple-drug therapy in hypertensive patients.	Panjabi, Sumeet; Lacey, Michael; Bancroft, Timothy; Cao, Felix.	2013
Lifestyle educational program strongly increases compliance to nonpharmacologic intervention in hypertensive patients: a 2-year follow-up study.	Ferrara, Aldo L; Pacioni, Delia; Di Fronzo, Valentina; Russo, Barbara F; Staiano, Laura; Speranza, Enza; Gente, Rosaria; Gargiulo, Francesco; Ferrara, Fabio.	2012
A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans.	Ogedegbe, Gbenga; Chaplin, William; Schoenthaler, Antoinette; Statman, David; Berger, David; Richardson, Tabia; Phillips, Erica; Spencer, Jacqueline; Allegrante, John P.	2008
Impact of medication packaging on adherence and treatment outcomes in older ambulatory patients.	Schneider, Philip J; Murphy, John E; Pedersen, Craig A.	2008
Adherence and persistence of single-pill ARB/CCB combination therapy compared to multiple-pill ARB/CCB regimens.	Zeng, F; Patel, B V; Andrews, L; Frech-Tamas, F; Rudolph, A E.	2010

Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial.	Hedegaard, Ulla; Kjeldsen, Lene Juel; Pottegård, Anton; Henriksen, Jan Erik; Lambrechtsen, Jess; Hangaard, Jørgen; Hallas, Jesper.	2015
<b>Revisión Documental</b>		
How effective are hypertension self-care interventions?	Viera A.J., Jamieson B.	2007
<b>Revisión sistemáticas y/ Meta-análisis</b>		
Meta-analysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives.	Kronish, Ian M; Woodward, Mark; Sergie, Ziad; Ogedegbe, Gbenga; Falzon, Louise; Mann, Devin M.	2011
Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis.	Conn, Vicki S; Ruppap, Todd M; Chase, Jo-Ana D; Enriquez, Maithe; Cooper, Pamela S.	2015
Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: a systematic review by the ISPOR medication adherence and persistence special interest group.	Gwadry-Sridhar FH, Manias E, Lal L, Salas M, Hughes DA, Ratzki- Leewing A, Grubisic M.	2013

### ANEXO 3. Artículos de acuerdo al nivel de evidencia y grado de recomendación

Nivel de Evidencia I. A y Grado de Recomendación A	
Título del Artículo	Autores
1). Meta-analysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives.	Kronish, Ian M; Woodward, Mark; Sergie, Ziad; Ogedegbe, Gbenga; Falzon, Louise; Mann, Devin M.
2). Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis.	Conn, Vicki S; Ruppap, Todd M; Chase, Jo-Ana D; Enriquez, Maithe; Cooper, Pamela S.
3). Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: a systematic review by the ISPOR medication adherence and persistence special interest group.	Gwadry-Sridhar FH, Manias E, Lal L, Salas M, Hughes DA, Ratzki-Leewing A, Grubisic M.

Nivel de Evidencia I. b y Grado de Recomendación A	
Título del Artículo	Autores
4). Effect of general practitioner education on adherence to antihypertensive drugs: cluster randomised controlled trial.	Qureshi NN, Hatcher J, Chaturvedi N, Jafar TH
5). Electronic Monitoring of Adherence as a Tool to Improve Blood Pressure Control. A Randomized Controlled Trial	Wetzels G.E.C., Nelemans P.J., Schouten J.S.A.G., Dirksen C.D., van der Weijden T., Stoffers H.E.J.H., Janknegt R., de Leeuw P.W., Prins M.H.
6). Self-monitoring of blood pressure for improving adherence to antihypertensive medicines and blood pressure control: a randomized controlled trial.	Hosseininasab M, Jahangard-Rafsanjani Z, Mohagheghi A, Sarayani A, Rashidian A, Javadi M, Ahmadvand A, Hadjibabaie M, Gholami K.
7). Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial.	Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, Haafkens JA.
8). Improving refill adherence and hypertension control in black patients: Wisconsin TEAM trial.	Svarstad BL, Kotchen JM, Shireman TI, Brown RL, Crawford SY, Mount JK, Palmer PA, Vivian EM, Wilson DA.

9). A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans	Ogedegbe GO, Boutin-Foster C, Wells MT, Allegrante JP, Isen AM, Jobe JB, Charlson ME.
10). Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomized controlled trial.	Morgado M, Rolo S, Castelo-Branco M.
11). Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk	Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, de la Figuera M, Marquez E, Coca A, Sobrino J, Divine G, Heisler M, Williams LK.
12). The impact of an electronic monitoring and reminder device on patient compliance with antihypertensive therapy: a randomized controlled trial.	Christensen, Arne; Christrup, Lona Loring; Fabricius, Paul Erik; Chrostowska, Marzena; Wronka, Michal; Narkiewicz, Krzysztof; Hansen, Ebba Holme.
13). Improving medication adherence through calendar packaging: Results of a randomized controlled trial among hypertensive patients in Malaysia	Tan B.Y., Shafie A.A., Hassali M.A., Saleem F
14). Reinforcing adherence to antihypertensive medications.	Petry, Nancy M; Alessi, Sheila M; Byrne, Shannon; White, William B.
15). A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPy trial).	Stewart, K; George, J; Mc Namara, K P; Jackson, S L; Peterson, G M; Bereznicki, L R; Gee, P R; Hughes, J D; Bailey, M J; Hsueh, Ys A; McDowell, J M; Bortoletto, D A; Lau, R.
16). Pilot study of a feedback intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension.	Ruppar T.
17). Effect of feedback in promoting adherence to an exercise programme: a randomized controlled trial.	Shakudo, Masaaki; Takegami, Misa; Shibata, Ai; Kuzumaki, Miki; Higashi, Takahiro; Hayashino, Yasuaki; Suzukamo, Yoshimi; Morita, Satoshi; Katsuki, Michio; Fukuhara, Shunichi.
18). Lifestyle educational program strongly increases compliance to nonpharmacologic intervention in hypertensive patients: a 2-year follow-up study.	Ferrara, Aldo L; Pacioni, Delia; Di Fronzo, Valentina; Russo, Barbara F; Staiano, Laura; Speranza, Enza; Gente, Rosaria; Gargiulo, Francesco; Ferrara, Fabio.
19). A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans.	Ogedegbe, Gbenga; Chaplin, William; Schoenthaler, Antoinette; Statman, David; Berger, David; Richardson, Tabia; Phillips, Erica; Spencer, Jacqueline; Allegrante, John P.

20). Impact of medication packaging on adherence and treatment outcomes in older ambulatory patients.	Schneider, Philip J; Murphy, John E; Pedersen, Craig A.
21). Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial.	Hedegaard, Ulla; Kjeldsen, Lene Juel; Pottegård, Anton; Henriksen, Jan Erik; Lambrechtsen, Jess; Hangaard, Jørgen; Hallas, Jesper.

<b>Nivel de Evidencia II. a y Grado de Recomendación B</b>	
<b>Título del Artículo</b>	<b>Autores</b>
22). Antihypertensive drug class and adherence: an electronic monitoring study.	Moise N, Schwartz J, Bring R, Shimbo D, Kronish IM.
23). Improved persistence and adherence to diuretic fixed-dose combination therapy compared to diuretic monotherapy.	Patel, Bimal V; Remigio-Baker, Rosemay A; Thiebaud, Patrick; Preblich, Ronald; Plauschinat, Craig.
24). Treatment adherence, clinical outcomes, and economics of triple-drug therapy in hypertensive patients.	Panjabi, Sumeet; Lacey, Michael; Bancroft, Timothy; Cao, Felix.
25). Adherence and persistence of single-pill ARB/CCB combination therapy compared to multiple-pill ARB/CCB regimens.	Zeng, F; Patel, B V; Andrews, L; Frech-Tamas, F; Rudolph, A E.

<b>Nivel de Evidencia II. b y Grado de Recomendación B</b>	
<b>Título del Artículo</b>	<b>Autores</b>
26). Evaluation of a self-management implementation intervention to improve hypertension control among patients in Medicaid.	Bosworth HB, Dubard CA, Ruppenkamp J, Trygstad T, Hewson DL, Jackson GL.
27). Managing Medication Adherence in Elderly Hypertensive Patients Through Pharmacist Home Visits	Moultry, Aisha Morris; Pounds, Kimberly; Poon, Ivy O.

<b>Nivel de Evidencia IV y Grado de Recomendación C</b>	
<b>Título del Artículo</b>	<b>Autores</b>
28). Non-pharmacological interventions for patients with resistant hypertension.	Abe N., Bisognano J.D