

**Revisión bibliográfica de la adherencia al tratamiento y sugerencia de la psicoeducación
como instrumento para mejorar de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de
hipertensión y diabetes.**

Yenis Jiménez Gómez

Leidy Johanna Gaviria Samuel

Opción de grado

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades - ECSAH

Programa de Psicología

Cali

2020

**Revisión bibliográfica de la adherencia al tratamiento y sugerencia de la psicoeducación
como instrumento para mejorar de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de
hipertensión y diabetes.**

Yenis Jiménez Gómez

Leidy Johanna Gaviria Sámuel

Opción de grado

Orlando Montenegro

Tutor

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades - ECSAH

Programa de Psicología

Cali

2020

Dedicatoria

A mi mama por acompañarme y no permitirme derrumbar, por su apoyo incondicional y amor.
A mi papa quien ya no se encuentra a mi lado, pero sé que desde el cielo se siente muy orgullo de mí. A mi esposo por su paciente amor. A mi hijo, mi razón de ser, A mi amiga Adelaida Mosquera por su amistad incondicional. A Leidy. Todos ellos creyeron en mí.

Yenis Jiménez Gómez

El presente trabajo lo dedico a Dios, a mi familia y mi compañera Jenny Jiménez Gómez.
Fueron ellos quienes me apoyaron para seguir adelante en este proceso educativo, fueron mi fortaleza e inspiración para no decaer y cumplir con mi meta.

Leidy Johana Gaviria Samuel

Agradecimientos

Esta Monografía ha demandado esfuerzo, dedicación y perseverancia. Su ejecución no hubiera sido posible sin la participación y compañía incondicional de cada una de las personas presentes durante momentos de angustia donde todo parecía tan lejano. Primero quiero agradecer a Dios porque siempre está conmigo en cada paso que doy, por iluminarme y levantarme cada vez que tropecé y caí. Agradezco también a la doctora Yoselin Quintana, una gran profesional que con su experiencia y conocimiento me orientó hasta el final del proyecto. A mi compañera Leidy Johanna Gaviria, por estar conmigo durante esta travesía hasta el final, mil gracias. Al tutor Orlando Montenegro por su gran apoyo. Finalmente, a la gracia también a la universidad por brindarme la posibilidad de convertirme en profesional.

Yenis Jiménez Gómez

Agradezco Dios por ser mi guía y fortaleza para seguir adelante. A la universidad por brindarme los instrumentos de conocimiento, necesarios para formarme como profesional. A mis padres por inculcarme amor por lo que se hace y valores que me formaron como una mujer íntegra.

Leidy Johana Gaviria Samuel

Tabla de contenidos

Resumen	7
Introducción.....	9
Justificación.....	11
Objetivos	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos	15
Metodología.....	16
Capítulo 1	18
Definiciones.....	18
Salud.....	18
Riesgo cardiovascular.....	22
Accidente Cerebro Vascular	22
Factores de riesgo no modificables	24
Factores de riesgo y factores de protección.....	24
Enfermedad.....	25
Promoción de la salud.....	27
Prevención de la enfermedad OMS.....	29
Calidad de vida	32
Capitulo II	37
La Diabetes.....	37
Concepto.....	37
Tipo 1	38
Tipo 2 Diabetes Mellitus- (DM).....	38
Prevención de la diabetes tipo 2.....	39
Diabetes gestacional	40
¿Cuáles son las consecuencias frecuentes de la diabetes?	40
Hipertensión	42
Rangos para la clasificación de la hipertensión	42

Síntomas del paciente hipertenso	44
Consecuencias de la falta de adherencia cuando hay diagnóstico de HTA	44
Capítulo III	48
Psicoeducación y adherencia	48
Definiendo la adherencia	48
Consecuencias de una baja o nula adherencia	49
La psicoeducación como un instrumento para mejorar la adherencia al tratamiento	56
La función de la psicoeducación para la adherencia al tratamiento.	67
Conclusiones o resultados	68

Resumen

La adherencia debe tener gran relevancia en el momento de diseñar los programas de promoción y prevención, como uno de los factores que influye en el éxito o fracaso de los tratamientos, ya que esta tiene un papel mediático sobre todo en aquellos pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión-(HTA) y la diabetes Mellitus (DM).

Estos pacientes a raíz de sus diagnósticos se ven enfrentados a cambios que van desde la asimilación del diagnóstico y la adopción de rutinas de actividad física, hasta modificaciones radicales en la alimentación; esto conlleva a que no solo se afecte la parte física, sino también la emocional del paciente, y de esa forma se requiriera de parte de ellos una reestructuración a nivel cognitivo y conductual. Es aquí cuando la psicoeducación tiene un papel fundamental en el momento de crear intervenciones a nivel individual o grupal, que permita desarrollar habilidades de afrontamiento en estos pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida a través de la evaluación en los niveles de percepción y concepción que tienen estos sobre temas como la prevención y el estado de salud, pautas para enfrentar el diagnóstico de una enfermedad crónica.

Palabras clave: psicoeducación, adherencia al tratamiento, promoción, prevención

Summary

Adherence must be of great relevance when designing promotion and prevention programmes as one of the factors influencing the success or failure of treatments. Since this, it has had a media role especially in those patients with chronic diseases such as hypertension (HTA) and diabetes Melitus (DM)

These patients as a result of their diagnoses are faced with changes ranging from the assimilation of diagnosis, adoption of physical activity routines, to radical changes in food, this means that not only the physical part is affected, but also the emotional of the patient and required on the part of them a restructuring on a cognitive and behavioral level. It is here that psychoeducation plays a key role in creating interventions at the individual or group level, which allows to develop coping skills in these patients in order to improve the quality of life, through assessment at the levels of perception and conception. Who have these on topics such as health prevention and pattern to address chronic disease diagnosis,

Keywords: Psychoeducation, adherence to treatment, promotion, prevention

Introducción

La OMS define la adherencia como un “problema de salud mundial” por esta razón, dentro de la investigación realizada por medio de revisión bibliográfica se analizarán las incidencias que incrementan esta problemática, vista desde la necesidad de fortalecer mecanismos de afrontamiento de la enfermedad para contribuir alternativas que busquen mejorar la calidad de vida en el paciente con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM), estas son clasificadas por la OMS como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que generan alta tasa de mortalidad y según el informe de 2014 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, la situación mundial de las ECNT siguen siendo la principal causa de muerte en el mundo, responsables del 68% de muertes de los 56 millones de defunciones registradas en el 2012. Bajo este contexto, se prevé que tanto la HTA como la DM y sus complicaciones serán las principales amenazas de los recursos de la salud pública en todo el mundo, con un enorme costo económico y social.

En este mismo informe sobre las enfermedades crónicas se expone que en la actualidad hay diferentes opciones terapéuticas “para el control de la enfermedad, el 33% al 49% de los pacientes aún no cumplen las metas terapéuticas de glucemia, presión arterial o control del colesterol y sólo el 14% logran los objetivos”. Es así, que la prevalencia de adherencia a la medicación en pacientes con HTA oscila entre 52% al 74% y en personas con DM entre el 36% al 93%.

Teniendo como referencia los datos anteriormente mencionados en el informe de la OMS sobre la enfermedades crónicas, estos nos permite vislumbrar la importancia de la adherencia

como estrategias que permitan generar hábitos de conductas saludables y tomando como referencia lo expuesto por (Haynes citado por Manzano y Ayesta, 2009), para quien la adherencia implica el cumplimiento de las indicaciones médicas en cuanto a la toma de fármacos y a las modificaciones en la dieta, actividad física y consumo de tabaco. A lo anterior le podemos adicionarle el fortalecimiento de las redes de apoyo, los métodos de afrontamiento y una asimilación contextualizada por parte del paciente.

De acuerdo a lo anterior, es de suma importancia mejorar los niveles de adherencia en los pacientes con HTA y DM como un método para prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares, sin dejar a un lado la medicación, vale la pena resaltar las estrategias como la psicoeducación como un elemento que nos permite trabajar la parte emocional y la cognición, buscando un cambio conductual sobre los factores de riesgo para que esto permita crear y fortalecer los factores de protección en los pacientes.

Lo anterior nos conduce a la psicoeducación como un mecanismo para diseñar estrategias de prevención y promoción como un método para generar conductas que permitan la creación de estilos de vida saludables, por tanto, se debe reconocer la importancia de una “participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, que va más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud, y cuyo fin es obtener unas mejores condiciones de salud y de vida” (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres & Varela, 2006).

Justificación

Las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes son descritas como enfermedades de larga duración y progresivas, la OMS (2013) nos habla que las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo siendo responsables del 63% de las muertes a nivel mundial y que, en el 2008, 36 millones de personas murieron a causa de enfermedades crónicas.

Dimensionando las consecuencias de las cifras y la magnitud de la problemática con la realización de la investigación se busca indagar sobre los factores más relevantes que influyen para que los pacientes no logren una eficacia en la creación de una adecuada adherencia. De allí la importancia de analizar y contextualizar las posibles causas.

Cuando se habla de la adherencia al tratamiento, se debe ver al individuo desde un enfoque biopsicosocial y no podemos dejar de lado la subjetividad de cada uno y como ésta incide de forma directa en el momento de asumir el diagnóstico al igual que la influencia del contexto donde las creencias adquiridas a lo largo del desarrollo y formación son determinantes al momento de asumir conductas protectoras o de riesgo, la cultura, la demográfica, y la economía son los grandes procesos que engloban todas aquellos factores que inciden y que a su vez nos permiten entender la adherencia como un proceso multifactorial haciendo que su abordaje sea más amplio e integral.

De acuerdo a información tomada de la página federación internacional de la diabetes en su Atlas, 9ª ed. Bruselas, Bélgica 2019, se toma en referencia los siguientes datos:

- Aproximadamente 463 millones de adultos (20-79 años) vivían con diabetes; para 2045 esto aumentará a 700 millones.

- La proporción de personas con diabetes tipo 2 está aumentando en la mayoría de los países.
- 79% de los adultos con diabetes vivían en países de bajos y medianos ingresos.
- 1 de cada 5 personas mayores de 65 años tiene diabetes.
- 1 de cada 2 (232 millones) personas con diabetes no fueron diagnosticadas.
- La diabetes causó 4,2 millones de muertes.
- La diabetes causó al menos USD 760 mil millones de dólares en gastos de salud en 2019: 10% del gasto total en adultos.
- Más de 1.1 millones de niños y adolescentes viven con diabetes tipo 1.
- Más de 20 millones de nacimientos vivos (1 de cada 6 nacidos vivos) se ven afectados por la diabetes durante el embarazo.
- 374 millones de personas tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

De acuerdo a lo expresado por User (2014) en el *informe Día Mundial de la Diabetes: Una alimentación saludable comienza con el desayuno*, dentro del marco de la celebración del día mundial de la diabetes en su edición 2014, por la OPS sede Paraguay, se destaca que:

“En los países latinoamericanos y del Caribe las tasas más elevadas de prevalencia de la diabetes corresponden a Belice (12,4%) y México (10,7%). Managua, Ciudad de Guatemala y Bogotá mantienen tasas de alrededor del 8 al 10%. Estados Unidos representa una prevalencia de alrededor del 9,3%, llegando a prácticamente el 16%, en la frontera México estadounidense”. (Párrafo 4)

En el artículo de Sánchez (s.f.) llamado *Acerca de la Diabetes* se resalta que una de las consecuencias de la diabetes a largo plazo son: daños en el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

Las neuropatías de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.

La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal

La situación en Colombia no es menos preocupante pues esta enfermedad cobra la vida de 20.000 personas cada año.

La OPS, en su informe Día Mundial de la Hipertensión 2017, Cayon (s.f.), Conoce tus números menciona que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte:

“Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que

contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.”(párrafo 4)

Cabe resaltar que el 17 de mayo ha sido definido como el día mundial de la hipertensión este día que se celebra desde el 2013 fue concertado por la Liga Mundial de Hipertensión (WHL, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Internacional de Hipertensión teniendo como objetivo concientizar a la población sobre la hipertensión

Objetivos

Objetivo General

Identificar a través de la revisión documental la función de la psicoeducación como herramienta para aumentar la adherencia al tratamiento, para mejorar la calidad de vida del paciente con diagnóstico de hipertensión y diabetes.

Objetivos Específicos

- Identificar en la bibliografía consultada las diferentes terminologías que se interrelacionan con la adherencia al tratamiento.
- Reconocer las distintas sintomatologías y factores de riesgo de los pacientes con alto riesgo cardiovascular con diagnóstico de Hipertensión y Diabetes.
- Visibilizar la importancia de alternativas no farmacológicas como la psicoeducación para la mejorar la adherencia al tratamiento

Metodología

Aproximándonos a la definición de adherencia, destacamos su beneficio para mejorar la calidad de vida, ya que permite involucrar mecanismos preventivos, generando conciencia para crear hábitos saludables en pacientes crónicos con padecimientos cardiovasculares, por eso el fundamento metodológico de la investigación se centrará en la búsqueda conceptual para generar, promover y sugerir alternativas que vayan de la mano de la farmacología; tales como la psicoeducación como un modelo que permite trabajar componentes que van desde la vulnerabilidad en lo emocional, la falta de apoyo social, la confrontación en tomas de decisiones para generar cambios, y el cumplimiento en los seguimientos del tratamiento.

Por esta razón, dentro el proceso de la investigación se gesta desde la técnica documental que permite desde la perspectiva científica abstraer información que suscite al análisis bibliográfico de información encontrada en artículos científicos, tesis y consulta de libros que permitan la construcción de conceptualización para la búsqueda de razones con el fin de entender los distintos paradigmas frente al tema de la adherencia que ayuden a conocer las percepciones, las necesidades que transgredan los procesos en los tratamientos, con el objetivo de reconocer factores personales, psicológicos y contextuales, que limitan la mejora en la calidad de vida del paciente.

A su vez el proceso de construcción del análisis de la investigación se caracterizó por ser un proceso deductivo, se inició desde lo general a lo particular, ya que para contemplar una conclusión frente al tema, se debió comprender cada uno de los elementos primordiales sobre la adherencia y cuáles son las necesidades, esto con el fin de resaltar la influencia que tiene la psicoeducación como una herramienta que proyecta a las personas para afrontar las situaciones y

brinda herramientas que buscan generar mecanismo de prevención y promoción para mejorar el estilo de vida de las personas.

En el proceso de revisión y búsqueda bibliográfica se consultaron motores búsqueda como Google Académico, Redalyc Org, Academia, Dialnet, ERIC, Elsevier, al considerar que garantizan la veracidad de la información. Para lograr un óptimo resultado en nuestro trabajo de investigación se consultaron artículos académicos. Además, artículos informativos en salud retomados de las páginas de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud, Federación Internacional de la Diabetes, Fundación del Valle Lili y Secretaria de Salud, consultaron libros y tesis para optar el grado de magister. Esto nos permitió, la búsqueda de palabras como adherencia, psicoeducación, promoción y prevención y artículos en español teniendo como campo de referencia información publicada en Iberoamérica, y desde el año 2000 hasta la fecha.

Al finalizar la búsqueda y descartar información no relevante para fines de nuestro trabajo se consultaron 27 artículos científicos, en la categoría de informes y publicaciones de la salud 27, artículos de redes sociales y blog 3, enciclopedias de salud electrónicas 1, folletos virtuales 1, trabajo de grados 1, informes académicos 10, manual electrónico de psicología clínica y de la salud 1, libros electrónicos 1.

Capítulo 1

Definiciones

En este capítulo se expondrá una serie de conceptos, los cuales servirán de orientación para sustentar y enfocar nuestra investigación permitiendo comprender la trazabilidad con los ejes principales de nuestro trabajo, por tanto, contemplaremos definiciones enfocadas en: salud, riesgo cardiovascular, factores de riesgo y de protección, promoción y prevención, calidad de vida, educación para la salud y conductas saludables.

Salud

Es importante resaltar que la investigación quiere generar una reflexión de la realidad de los pacientes frente a enfermedades crónicas como la hipertensión y diabetes, de allí el gran interés en promover la adherencia al tratamiento como un mecanismo que permita crear un estilo de vida saludable, que se enfoque y conduzca al bienestar físico, emocional de los pacientes.

Han sido varios los autores que aportaron en la construcción del concepto de *salud*, entre los cuales encontramos el doctor en medicina Henry E. Sigerist (1891-1957) fundador de la Escuela Moderna de Análisis Sociológico de la Historia de la Medicina y reconocido como uno de los más influyentes historiadores de la medicina del siglo XX, para quien la función de la medicina debe ser:

- La promoción de la salud.
- La prevención de la enfermedad.
- La restauración del enfermo.

- La rehabilitación.

Otro aporte es el realizado por (Sánchez-González, 1998 citado por Gavidia, Talavera, 2012).

“En un mundo complejo como el que vivimos en el que la salud es tan importante, los conceptos que se manejan sobre ella son muy variados y tiene repercusiones considerables, pues significa visiones de la propia vida, actuaciones y planificaciones diferentes”.(p.162)

Jenkins (2005) Profesor de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria, Epidemiología y Psiquiatría es uno de los escritores de la OPS expone que:

“La salud es el fundamento esencial que apoya y nutre el crecimiento, el aprendizaje, el bienestar personal, la plenitud social, el enriquecimiento de los demás, la producción económica y la ciudadanía constructiva”

“Una definición integral, muestra que la salud es un proceso de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por acciones provenientes de los equipos de salud”. (Blum, 1971, citado por Vergara 2007. p. 46).

Por lo mencionado, se observa que son muchos los factores los que influyen en la creación o adopción de estilo de vida inadecuados o conductas de riesgo, que generan un desequilibrio en el componente biopsicosocial de las personas siendo la cultura el punto de partida para generar un análisis y contextualización de aquellos elementos que nos lleven a poner en práctica conductas de alto riesgo. Se considera importante mencionar al respecto de la importancia de la cultura lo expuesto por (Mead, 1937 citado por Zino, 2013) quien manifestó:

“La cultura significa el conjunto complejo comportamientos tradicionales que han sido desarrollado por la raza humana y que sucesivamente son aprendidos por cada generación. Lo que induce que desde una mirada cultural el significado de salud varia de una comunidad a otra y para su conceptualización la percepción, la cognición y los conocimientos son utilizados para clasificar, percibir y definir la enfermedad y el estado de salud”. (Párrafo 4)

Cabe mencionar que una de las grandes problemáticas a las que se enfrenta las personas y su mayor reto será el dejar de ser una cultura curativa para convertirse en una cultura preventiva.

Por consiguiente, se sintetiza que en la salud influyen de manera directa factores de tipo biológico, físico, político, social y económico. Por este motivo, se visibiliza que es vital la promoción de hábitos saludables y concientización sobre el auto cuidado, a través de la prevención primaria educar y empoderar a la comunidad en la promoción y prevención para que su principal objetivo sea la mejora de la calidad de vida.

Oblitas (2005) manifiesta que las expectativas de vida se han incrementado notablemente como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico. Estas expectativas de vida están estrechamente unidas a las conductas protectoras y los estilos de vida íntimamente ligados al concepto de calidad de vida que se instauran en el inconsciente del individuo que a su vez es altamente influenciado por la cultura.

A su vez, se hace referencia de la postura de Briceño-León (2000) citado por Alcántara (2008) “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”,(p.95) teniendo en cuenta las referencias del autor, nos permite reconocer las acciones que debemos comprender los distintos ambientes que se

involucran en la salud para prever unas condiciones de protección y brindar seguimientos eficientes para la instauración de control de riesgos que puede padecer el paciente, por esta razón, es importante conocer patrones adaptativos a los tratamientos, prever acciones de riesgo que se entrelaza con su entorno que se vincula a lo económico, lo político que tenga como fin la instauración de sus derechos.

La salud aborda aspectos que son inherente a la cosmovisión del individuo, conllevando a esto a un abordaje en salud contextualizado desde las prácticas cotidianas, por eso, tendremos en cuenta los aspectos contemplados por (Gavidia, Talavera, 2012) por ejemplo, La idea de salud como expresión de equilibrio siempre ha estado presente completando el concepto de oposición a la enfermedad. (p.168).

Al entender que la salud vislumbra esferas desde lo individual, lo colectivo, lo ambiental, que prima la importancia para generar mecanismos que contribuyan al bienestar, en ofrecer condiciones óptimas para adquirir auto eficiencia en los tratamientos, requiere cumplir con los objetivos finales del tratamiento que son el mantener una adecuada calidad de vida.

De acuerdo al (*Informe Lalonde* de 1974 citado por Villar 2011) los cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. Estos determinantes son:

- Medio Ambiente: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.

- **Estilos De Vida:** Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.

- **Biología Humana,** relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.

- **La Atención Sanitaria:** que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones. (p.239).

Riesgo cardiovascular

Un paciente es considerado de Alto Riesgo Cardiovascular- ARC, cuando este tiene inadecuados hábitos alimenticios, consume alimentos ricos en grasas, azúcar o sal y en general su dieta no es adecuada, además fuma, consume bebidas alcohólicas, es sedentario, tiene sobrepeso u obesidad, es hipertenso, diabético, maneja altos niveles de estrés, colesterol alto todos estos factores hacen que se tenga una alta posibilidad de sufrir un Accidente Cerebro vascular ACV, un infarto al miocardio, u otra enfermedad de tipo cardiovascular.

Aunque existen varios factores de riesgo para el presente trabajo se toma la hipertensión y la diabetes debido a la gran cantidad de personas que en la actualidad padecen estas enfermedades, catalogadas crónicas no transmisibles además de las altas cifras de muertes a nivel mundial y local y para buen pronóstico a largo plazo es fundamental unos buenos niveles de Adherencia.

Accidente Cerebro Vascular

El 29 de octubre se celebra el día mundial de la Lucha Contra el Ataque Cerebrovascular ACV de acuerdo a la OMS el ACV es la segunda causa de muerte a nivel mundial.

(Amaya 2019) Neurólogo vascular de la clínica Valle del Lili es un su Facebook live del 29 de octubre 2019 nos habla que anualmente mueren 5 millones de personas a causa de un ACV, y

que esta es la segunda causa de muerte en nuestro país y la primera en la generación de discapacidad, también en su intervención nos menciona que el Ataque Cerebro Vascular se conoce popularmente como trombosis o derrame cerebral, pero existe una diferencia entre los dos.

Diferencia de los dos tipos de ACV:

Trombosis: es cuando ocurre un taponamiento de una arteria por un trombo limitando el flujo de sangre al cerebro ocasionando que algunas neuronas mueran por la falta de oxígeno este es el ACV isquémico.

Derrame cerebral (ACV hemorrágico): Cuando una arteria del cerebro sangra dentro del tejido, esta se rompe por aneurismas, malformaciones arteriovenosas o por la presión arterial alta y que no es controlada.

Se pueden tener consecuencias neurológicas cuando no se acude a tiempo a un hospital con la capacidad para tratarlo.

En el Conversatorio dictado en octubre de 2019 sobre el riesgo cardiovascular organizado por la Fundación Valle del Lili, resalta que en Colombia alrededor de 45.000 personas sufren un ACV al año. En la ciudad de Cali existen 3 instituciones con equipos interdisciplinarios las 24 horas del día con la disposición para atender pacientes afectados por ACV: el Hospital Universitario del Valle, La Clínica Valle del Lili y el Centro Médico Imbanaco independiente del régimen de salud al cual pertenezca el paciente.

Factores de riesgo no modificables

- A partir de los 55 aumenta el riesgo de padecer un ACV, aunque en la actualidad, el sedentarismo, el tabaquismo, la mala alimentación han influido para que personas más jóvenes estén padeciendo ACV.
- Más de la mitad de las muertes por ACV se presentan en mujeres.
- La raza y la herencia las personas afro descendientes tienen mayor riesgo por sus niveles más altos de Hipertensión a diferencia de las demás razas.

De acuerdo a la (OMS 2005) estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares, expone algunos de los síntomas son:

Mareo, vértigo, Cefalea localizada, Visión borrosa en ambos ojos o doble, Disartria (dificultad para hablar), deterioro de función cognoscitiva (incluida la confusión), afectación de la conciencia, crisis convulsivas, hormigueo, problemas de coordinación, parálisis de un lado del cuerpo. (p.8)

Factores de riesgo y factores de protección.

Dentro del proceso de interacción del binomio salud – enfermedad hay factores y conductas protectores y de riesgo, una conducta de riesgo es una “Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.” (OMS, 1998, p. 29).

La (OMS 1998), define los factores de riesgo como “Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.” (p. 29). (Gómez y González, 2004) plantean que un factor de riesgo es “cualquier evento, de naturaleza orgánica,

psíquica, social o ambiental relacionado con una probabilidad aumentada de que ocurra un resultado desfavorable”. (p. 90). Dentro de la promoción y la prevención los cambios de conductas se deben priorizar como objetivo primordial.

Enfermedad

Es importante tener en cuenta que no se puede hablar de la salud como un fenómeno aislado, cuando realmente está ligado a la enfermedad, pues este binomio salud – enfermedad, de acuerdo con (Martín, 2003, Alcántara, 2008) suponen un proceso continuo. Ambas categorías están ubicadas en una escala gradual, no son estáticas, ya que detrás de una condición de salud o enfermedad está el riesgo casi constante de sufrir alguna alteración.

A tener en cuenta, la enfermedad como evento estresante, tiene dos modelos que la explican, estos son: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial, por lo cual, para (Oblitas, 2005).

“El modelo biomédico presenta lagunas ya que este “asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas medibles; la conducta social no tiene cabida en el mismo o en su extremo, que las anomalías conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos”. (p.24)

(Engels, 1977 citado por Oblitas, 2005) planteo el modelo biopsicosocial para este modelo la cultura, lo social, lo psicológico y lo biológico como factores determinantes de la enfermedad y su proceso de tratamiento “el modelo médico debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de los cuidados de la salud”. (p.25) En la actualidad, existe multitud de evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales.

De igual manera se debe recordar que los estados psicológicos influyen en nuestra salud, nuestros sentimientos y emociones tienen efectos negativos o positivos en nuestro bienestar físico, sumado a lo anterior es de vital importancia la influencia del entorno y el papel mediático que tiene lo social para moldear el comportamiento humano, generando una vinculación con la razón y la emoción, acción y percepción con nuestro estilo de vida, por eso, un paciente con enfermedades cardiovasculares u otra limitación de salud se debe analizar e intervenir desde distintas perspectivas, para mejorar su adherencia al tratamiento, buscando seguir los lineamientos médicos y fortalecer el apoyo social que reciben los pacientes para mejorar la calidad de vida, tomamos como referencia a Margozzini, (2017). El apoyo social aumenta la percepción de control y autoeficacia, lo que también disminuye el estrés y sus consecuencias dañinas.

Por eso, teniendo en cuenta las perspectivas de (Oblitas, 2005), Las acciones de la colectividad también pueden influir en nuestro estado de salud (p.26) y según (Knowles, 1977, citado por Oblitas, 2005): “Nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas”. (p.28). Es importante el factor medioambiental en el que se desenvuelve el individuo, este debe ser tenido en cuenta en el momento de pensar en los componentes que influyen y pueden determinar la conducta que afecta la calidad de vida, por tanto, la modificación de esta permite generar conciencia de los riesgos con el fin de tener el control de aquellos comportamientos y hábitos que hacen parte del estilo de vida saludable, de acuerdo a lo anterior, (Oblitas, 2005) afirma que: “Fruto de ello los factores psicológicos han pasado a un primer plano ya que los principales problemas de la salud de nuestros tiempos están estrechamente relacionados con nuestra conducta”. (p,28)

Promoción de la salud

De acuerdo con Restrepo & Málaga (2001):

La promoción de la salud se nutre de varias disciplinas como la política social, educación, sociología, psicología, epidemiología, comunicación, mercadeo social filosofía y economía, todas estas se complementan (...) Creando una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales (p.27)

Para que tanto individuo como comunidad se necesita que estos se fortalezcan y activen como medio para incrementar el control sobre su salud para mejorarla, posibilitando alcanzar un mayor bienestar con equidad social. La promoción de la salud busca que no solo el bienestar individual sino también el colectivo. (OMS, 1998) “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”. Cabe también resaltar lo expuesta en la (Carta de Ottawa, 1986, citado por la OMS, 1998), donde se establece que:

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. (p. 10).

De acuerdo a (Jenkins, 2005) en el informe titulado “mejoremos la salud a todas las edades un manual para el cambio de comportamiento” se plantea un precepto sobre la importancia de la promoción en salud describiendo como:

La promoción de la salud comprende tanto la transformación de los comportamientos individuales y familiares como la ejecución de políticas de salud pública dirigidas a la comunidad, con el fin de proteger a las personas frente a numerosas amenazas a la salud y despertar un sentimiento general de responsabilidad personal para potenciar al máximo la seguridad personal, la resistencia del huésped, la vitalidad y el funcionamiento efectivo de cada individuo (p,6)

Para (Restrepo & Málaga, 2001), los ejes para la implementación de programas de prevención de la salud deben cimentarse desde:

- Formulación de políticas públicas saludables buscando promover la salud en todos los sectores de la sociedad.
- Fortalecimiento de acciones comunitarias y participación ciudadana en el proceso.
- Desarrollo de aptitudes para tomar acciones saludables.
- Sistemas de salud que realicen actividades de promoción.
- Creación de ambientes físicos, sociales y culturales favorables buscando eliminar la inequidad social.

De acuerdo con (Restrepo & Málaga, 2001) citando lo expuesto en la conferencia sanitaria panamericana de 1990 la promoción de la salud debe ir más allá de garantizar al usencia de la enfermedad se debe propiciar condiciones para la “salud física y psíquica de los individuos y las colectividades” (p.63).

También se retoma lo expuesto por (Giraldo et al., 2010, p. 30) para quienes la promoción en salud ha sido la base para el diseño de políticas públicas saludables, intervenciones a nivel grupal e individual, además para la construcción y ejecución de investigaciones en salud.

Prevención de la enfermedad OMS

En el glosario de la OMS publicado en 1998, existen 3 tipos de prevención de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.)

diferenciándolas en tres tipos

La prevención primaria orientada esencialmente a prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas a la cual se hace referencia al “resurgimiento de una enfermedad que ya se había superado” y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. (p,13)

La prevención primaria debe ser la prioridad de las autoridades de la salud y la comunidad, este debe buscar disminuir la vulnerabilidad de la población y debe permitir minimizar los compartimientos de riesgo.

Para ratificar la importancia de la educación para salud como un mecanismo para instaurar hábitos saludables nos centraremos en lo manifestado por la (OMS, 1998,)

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (p,13)

Luego esta fue redefinida en un concepto más amplio donde se incluye además las temáticas relacionadas sobre factores y comportamientos de riesgo, por tanto, nos acogemos a esta nueva definición:

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. (OMS, 1998, pp, 13-14)

Esta definición de salud busca que los pacientes dejen de lado esa pasividad que los ha caracterizado y reciba las herramientas que le motiven a ser agente activo en su proceso de restableciendo y mejora de la calidad de vida.

La OMS (1998) además ratifica la importancia de la alfabetización para la salud como un componente esencial, por medio del cual los individuos adquieran los conocimientos sobre su enfermedad para que pueda simular el estado de sus diagnósticos y asumir un cambio frente a su rol para mejorar su estilo de vida,

La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los *estilos de vida* y de las *condiciones* personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto

y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el *empoderamiento para la salud*. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la *salud* de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud. (p,21)

El tema de la adherencia está ligado a las redes de apoyo con las cuales cuenta el paciente el papel de la familia como un ancla a las viejas costumbres no permitiendo los cambios de actitud del paciente frente a su enfermedad, la alfabetización para la salud puede utilizarse como un método para reforzar esas redes de apoyo con el círculo familiar brindados a estos también la información que pueden utilizar para comprender la enfermedad y el proceso por el cual pasa el ser querido.

Los pacientes de ARC después del diagnóstico quedan susceptibles al estrés, la ansiedad, angustia frente al rótulo de Hipertensos y Diabéticos, el papel del psicólogo cobra gran importancia día con día en el momento del abordaje de estas enfermedades ya que la parte psíquica será quien determine como se asumirán los cambios.

Un paciente con diabetes y poca adherencia tiene altas posibilidades de convertirse en hipertenso lo que eleva su riesgo cardiovascular, la hipertensión y las diabetes son enfermedades en las cuales factores como la edad, la raza, la genética, el género entre otros inciden en su aparición pero además si las personas no tienen unos adecuados estilos de vida y asumen conductas de riesgos los daños no son solo a nivel físico sino también emocional, presentándose

estados de ansiedad, angustia, estrés, ira entre otros, que aparecen en el momento del diagnóstico.

Calidad de vida

En la actualidad no hay un consenso para definir de manera unánime el concepto de Calidad de Vida y son muchas entre las que resaltamos las siguientes

“La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general”. (Gómez y Sabeh, 2001, p,1)

El concepto de calidad de vida es utilizado en una gran variedad de trabajo sobre todos en las ciencias sociales en el caso del paciente con enfermedad crónica se utiliza para estudiar el nivel de percepción del paciente sobre la enfermedad y la manera en que esta le afecta a nivel biopsicosocial debido a cambios que debe realizar.

Inicialmente en trabajos de investigación algunos científicos sociales se enfocaron en aspectos de tipo objetivos socioeconómicos de vivienda entre otros siendo estos escasos para obtener una información contundente frente, a la medición de la calidad vida desde la psicología se planteó también el estudio de la parte subjetiva del individuo frente aspecto como la felicidad, la seguridad percibida etc.

El concepto de calidad de vida para (Ardila, 2003) debe reflexionarse desde una representación de la cultural además que cambia con las épocas y los grupos sociales. De acuerdo a lo anterior podríamos decir que en la construcción del concepto de calidad de vida entran a interrelacionarse una serie de factores tanto subjetivos y objetivos que interactúan. Además, al hablar de mejorar la calidad de vida también no solo deberíamos tener en cuenta las

carencias frente a temas como salud, educación, empleo entre otras sino también como lo plantea (Ardila, 2003) “trabajar en el crecimiento personal, las realizaciones de las potencialidades, el bienestar subjetivo y otros temas similares”. (p,162)

Para entrar a realizar intervención en pro de la mejora de la calidad de vida tendríamos que priorizar factores como bienestar emocional, riqueza material y bienestar material, salud, trabajo y otras formas de actividad productiva, relaciones familiares y sociales, seguridad, integración con la comunidad.

(Ardila, 2003) propone una definición que integra los puntos relevantes que se han expuesto con anterioridad para visibilizar su importancia y lo sintetiza de la siguiente manera:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida» (p. 161)

De lo anterior podemos resaltar aspectos subjetivos tales como; intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal, salud percibida y aspectos objetivos como: bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente y con la comunidad, salud objetivamente considerada. Son muchas las aportaciones que se han realizado para la construcción del concepto de calidad de vida investigada sin llegar a un consenso definido a

continuación se resalta aquellas citadas por (Ardila,2013) en su artículo *Calidad de Vida: Una Definición Integrador*

“Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo” Chaturvedi, 1991 citado por Ardila, 2013). Siendo percibida de forma diferente y única por cada sujeto y su satisfacción dependerá de las necesidades individuales y la relación con el entorno. “Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (Levy y Anderson, 1980, p. 7 citado por Ardila 2013) con el objetivo de alcanzar metas y afrontar retos diarios de la vida, que implique ser “el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado” (Quintero, 1992, citado por Ardilla 2013)“Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida”. (Martin y Stockler, 1998, citado por Urzúa y Caqueo 2012), “Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo”. (Lawton, 2001 citado por Urzúa 2012) en gran medida la cultura y la sociedad serán un delimitador frente a las factores que abarcaran el universo objetivos y subjetivo que comprenderán nuestra visión y percepción del concepto de calidad de vida. Según (Orzúa y Caqueo, 2012) quien tomo como referencia la postura de (Fernández-Ballesteros, 1998), “la literatura sobre CV concuerda fundamentalmente en tres cosas: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida”. Lo cual se moldea con respecto a lo que se experimenta para adaptar a las variaciones que surge en el ambiente, teniendo en cuenta su valores y creencia para dar respuesta a las exigencias diarios para lograr objetivos.

Estilo de vida

A través del tiempo ha sido de gran interés el conocer y mejorar los hábitos saludables para fomentar la prevención como mecanismo de análisis donde interrelaciona campos tales como el comportamiento, la salud y la enfermedad siendo de vital importancia la cognición, emociones, el entorno y las conductas del paciente.

La promoción de salud se puede utilizar como un hilo conductor por medio del cual se trabaje de la mano de las comunidades habilidades que permita llegar al objetivo final que es el desarrollo de estilos de vida saludables. Desde la promoción de la salud podemos establecer técnicas a nivel grupal o individual buscando la modificación de conductas de riesgo y acoger estilos de vida saludables.

La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables radica esencialmente, según el artículo de calidad y hábitos de vida (según Bassetto, 2008 citado por universidad Uniminuto, 2014), en el compromiso individual y social que se tenga, sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona. (párrafo,9)

Entre los estilos de vida que afectan la salud y con ello la calidad de vida de las personas, se encuentran: el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, Sedentarismo, falta de ejercicio, insomnio, estrés, dieta inadecuada, falta de higiene personal, incorrecta manipulación de los alimentos, falta actividades de ocio o aficiones, pocas o nulas relaciones interpersonales, contaminación ambiental. La calidad de vida está altamente ligada a la satisfacción de nuestras necesidades y relacionada con los siguientes aspectos: Satisfacción en las actividades diarias, satisfacción de las necesidades, logro de metas de vida, autoimagen y la actitud hacia la vida,

participación de factores personales y socio ambientales, por eso, se hace referencia que “se hace necesaria la articulación de la promoción de la salud, la prevención primaria y la implementación de los programas de actividad física, en la que todos giren en torno al cambio de estilos de vida y al empoderamiento de la comunidad de estas políticas que les permita disfrutar de los beneficios de las mismas para así mejorar su calidad de vida”.

Capítulo II

La Diabetes

Concepto

La diabetes ocurre en el momento que el páncreas no puede producir insulina y se caracteriza por altos niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia). La glucosa viene de la digestión de los alimentos y por medio de la hormona insulina ingresa a las células para posteriormente transformarse en energía la cual es utilizada para las actividades diarias.

En el trabajo realizado por (Bosch, Alfonso, Bermejo, 2002) titulado Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI, estos autores expresan que los pacientes diabéticos componen un conjunto de alto riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares, en igual proporción que aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular ya declarada. Además, resaltan que “los pacientes diabéticos tienen una mayor probabilidad de presentar un síndrome coronario agudo o, incluso, muerte súbita de forma silente”. (Bosch, Alfonso, Bermejo, 2002) (p.525) La mortalidad en el paciente diabético por Accidente Cerebrovascular casi es el triple

Un 90% de los diabéticos presenta diabetes tipo 2 y su prevalencia está aumentando en todo el mundo occidental como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad y los hábitos de vida sedentarios.

Sus sintomatologías son:

- Siente sed a menudo.
- Orina con frecuencia.

- Siente hambre la mayoría del tiempo.
- Siente cansancio sin motivo.
- Sus heridas sanan con lentitud.
- Baja de peso sin explicación.
- Su piel es seca y siente picazón.
- Ha notado que los pies no tienen la misma sensibilidad o ha tenido hormigueo.
- Se ha dado cuenta que su visión es borrosa.

Existen tres tipos de Diabetes que son:

Tipo 1

Se puede presentar a cualquier edad, pero tiene más prevalencia en niños y adolescentes. Este tipo de diabetes se caracteriza por que las células beta producen poca o ninguna insulina necesaria que el azúcar ingrese a las células para producir energía.

Tipo 2 Diabetes Mellitus- (DM)

Más frecuentes entre la población y sobre todo en adultos, de acuerdo a la Federación Internacional de la Diabetes la Mellitus representa el 90% de los casos en esta es indispensable mantener un estilo de vida saludable, actividad física y alimentación balanceada, (párrafo, 5) según la OPS la incidencia de esta enfermedad puede disminuir controlando factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física y los regímenes alimentarios hipercalóricos y de bajo valor nutritivo.

Este tipo de diabetes tiene una serie de factores de riesgos los cuales hacen que las personas sean más propensas a padecerlas tales como:

- Antecedentes familiares de diabetes.

- Exceso de peso.
- Dieta no saludable.
- La inactividad física.
- Edad creciente.
- Alta presión sanguínea.
- Etnicidad.
- Tolerancia a la glucosa alterada (IGT)
- Historia de diabetes gestacional.
- Mala nutrición durante el embarazo.

Para mantener los niveles de glucosa bajo control además de los cambios en el estilo de vida se utiliza medicación oral o inyectable.

Prevención de la diabetes tipo 2.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) es importante saber que, si tiene más de 45 años, es necesario hacer una revisión periódica de sus niveles de azúcar en sangre.

También, si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Ser mayor de 45 años.
- Diabetes en el embarazo.
- Familiares con diabetes.
- Tensión arterial alta.
- El colesterol bueno (HDL), menor a 35 mg/dL.
- El colesterol malo (Triglicéridos), mayor a 250 mg/dL o más.
- Obesidad y perímetro abdominal mayor a 100 cm.

- Sedentarismo (no practicar ejercicio o ninguna actividad física).

Diabetes gestacional

Es un tipo de diabetes que se desarrolla durante el embarazo y generalmente desaparece después de este, las mujeres que padecen diabetes gestacional y sus bebés pueden a futuro desarrollar diabetes tipo 2.

¿Cuáles son las consecuencias frecuentes de la diabetes?

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

- Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.
- La prevalencia de la nefropatía en pacientes con diabetes tipo 2 es de 30-50%

Ante las consecuencias mencionadas anteriormente, la secretaria de salud busca promover la importancia de instaurar instrumentos que ayuden a atender las necesidades de educar a las comunidades para crear hábitos saludables en pacientes con diabetes, por lo cual retomamos el boletín de prensa del Ministerio de Salud y la Protección Social publicado del 14 de noviembre

de 2013 dentro del marco de la celebración el *día Mundial de la Diabetes* en el cual se hizo énfasis en la educación y movilización social.

“El Ministerio de Salud y Protección Social promueve la movilización social en torno a la educación y a la conformación de redes de apoyo, con la participación de los pacientes, así como de sus familiares y cuidadores, lo cual favorece un mejor auto-manejo de la enfermedad, el mejor aprendizaje en el auto monitoreo del nivel de glucosa en la sangre, así como el estar alertas a las señales de posibles complicaciones”. (párrafo,1)

Desde (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), Subdirector de Enfermedades No Transmisibles Fernando Ramírez Campo aseguró. “Existen factores de riesgo para la diabetes que son modificables, como la reducción del peso y el incremento de la actividad física, que, sumado a una alimentación saludable, cargada de frutas y vegetales y al abandono del hábito del tabaco y del uso nocivo del alcohol, reducen grandemente el riesgo de aparición de esta enfermedad”.(párrafo,2)

Hipertensión

Teniendo como referencia lo expuesto por (López, et al 2013) en Consenso Latinoamericano de Hipertensión Arterial realizado en Bucaramanga en octubre de 2012, la hipertensión arterial (HTA) es uno de los grandes problemas de salud la cual puede provocar daños en órganos como el corazón, los riñones y la retina, la hipertensión arterial debe ser diagnosticada en el momento que la Presión Arterial presenta valores mayores o iguales a 140/90 mmHg. Además, que “los pacientes ancianos mayores de 80 años deben ser diagnosticados como hipertensos cuando la presión arterial es igual o mayor a 150/90mmHg”. En este mismo Consenso se planteó la siguiente tabla para la clasificación de la presión arterial.

Rangos para la clasificación de la hipertensión

Presión arterial	(Valor /mmHg)
Optima	$\leq 120/80$
Normal	120/80-129/84
Normal alta	130/85-139/89
Hipertensión grado 1	140/90-159/99
Hipertensión grado 2	160/100-179/109
Hipertensión grado 3	$\geq 180/110$
Hipertensión sistólica	$\geq 180/\leq 90$

La hipertensión arterial se clasifica como primaria, esencial o idiopática, cuando la presión arterial es consistentemente más alta que lo normal, sin causa conocida, la cual representa más del 90% de todos los casos. Se define como hipertensión secundaria cuando la Presión Arterial se eleva como resultado de una causa subyacente, identificable y con frecuencia corregible (el restante 10% de los pacientes hipertensos).

El diagnóstico de la hipertensión debe basarse en al menos tres mediciones diferentes de Presión Arterial, tomadas al menos dos visitas separadas al consultorio o al hospital durante el tratamiento, las mediciones deben hacerse en la mañana antes de la toma de los medicamentos antihipertensivos y sin haber tomado café. El control de la hipertensión arterial (HTA) es considerado como el principal objetivo en la prevención primaria y secundaria de los trastornos cardiovasculares (Ross, Walker y Mac Leod, 2004 citado por Granados et al, 2007)). (p.698)

De acuerdo a la American Heart association. (s.f) La hipertensión-HTA es definida como un trastorno en el que la presión en el vaso es superior a lo normal y se mide en mm Hg (milímetros de mercurio). Para la OMS (2016) los valores de presión arterial normales en los adultos se sitúan aproximadamente en 120/80 mm Hg, a partir de 140/90 mm Hg se habla de hipertensión arterial. La primera cifra se denomina “valor sistólico”; la segunda es el “valor diastólico”120/80. Y si los valores se encuentran entre 140/90 se consideran alterados, conocida como una asesina silenciosa ya que en muchas ocasiones el paciente no presenta signos ni síntomas y al no ser controlada puede generar desde un infarto al miocardio hasta un Accidente Cerebro Vascular. Entre los factores que incrementan el riesgo de sufrir de hipertensión-HTA encontramos la edad, el consumo alto de sal, la obesidad, la falta de actividad física, la genética, el consumo de tabaco, la etnia y el estrés.

Síntomas del paciente hipertenso

La mayoría de los hipertensos no tienen síntomas. Está muy difundida la idea incorrecta de que las personas con hipertensión siempre tienen síntomas, pero la realidad es que la mayoría no los tiene. A veces la hipertensión provoca síntomas como cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal. Ignorar estos síntomas puede ser peligroso, pero tampoco se los puede interpretar siempre como indicativos de hipertensión.

Consecuencias de la falta de adherencia cuando hay diagnóstico de HTA

Clínica Mayo, en su artículo Peligros sobre la hipertensión: Efectos de la hipertensión sobre tu cuerpo. (2020). un paciente no diagnosticado con HTA o cuando ha sido diagnosticado y hace caso omiso al diagnóstico tendrá consecuencias y complicaciones que afectan a diferentes órganos del cuerpo, entre los que encontramos:

- Daños en las arterias.
- La alta presión de las arterias puede traer como consecuencias arterias dañadas y estrechas.
- Aneurisma.
- Enfermedad en las arterias coronarias (ataques cardíacos, dolor en el pecho, arritmias).
- Dilatación del ventrículo izquierdo generando una hipertrofia ventricular izquierda trayendo como consecuencia (ataque cardíaco, una insuficiencia cardíaca y una muerte cardíaca súbita).
- Insuficiencia cardíaca.

- Accidente isquémico transitorio casi siempre es causado por una aterosclerosis o por un coágulo sanguíneo debido a la presión alta.
- Accidente Cerebrovascular- ACV.
- Demencia vascular a causa de ACV.
- Deterioro cognitivo leve.
- Insuficiencia renal.
- Daño en los vasos sanguíneos de los ojos.
- Acumulación de líquido bajo la retina.
- Daño al nervio.

Para la organización mundial de la salud OMS (2016) es importante la orientación al paciente ya que el paciente debe tomar consciencia de perder peso, en la restricción de sodio, el manejo de estrés. Se expone la importancia de medir regularmente la presión arterial y usar correctamente los antihipertensivos.

De acuerdo a la OMS y la OPS (2004) los principales factores de riesgo en pacientes hipertensos y diabéticos son:

Factores de riesgo conductuales: el no mantener unos buenos hábitos como la una dieta saludable y suprimir la ingesta de frutas y hortalizas, para consumir alta cantidades de alimentos con excesiva cantidad azúcar y grasas, el sedentarismo, el manejo del estrés y el consumo de alcohol, hace que la persona contraiga enfermedades cardiovasculares

Factores de riesgos socioeconómicos: al analizar en la trascendencia en un cambio de hábitos el paciente hipertenso se puede inferir que, a menor nivel económico por el desempleo, falta de educación, tener una vivienda digna hace que se genere problemas de ansiedad y estrés,

que puede repercutir en una dificultad para una sana alimentación, adquirir hábitos comportamentales adecuados para mejorar sus condiciones de vida y prevenir riesgos que conlleven a la muerte.

Factores de riesgo del sistema salud: en nuestro sistema de salud se vislumbra una deficiencia en prestar un servicio de salud adecuado, ya que no cuenta con médicos para atender la sobrepoblación que tiene este diagnóstico y a la cuales los tiempos son restringidos a consultas de máximos 20 minutos, lo que dificulta orientar a los pacientes, sin darle los seguimientos apropiados para el cumplimiento en la adherencia al tratamiento.

Factores relacionados con la enfermedad: mucha de las limitaciones es la falta de orientación para esos cambios de hábitos lo que permite que se deteriore la situación con la enfermedad.

La hipertensión en pacientes con diabetes (p.161-162)

Los riesgos y complicaciones del paciente con diabetes se duplican si este a su vez también es diagnosticado con diabetes a continuación se resalta información considera pertinente visibilizar ya que de acuerdo con (Granados et al, 2007). Los pacientes con hipertensión y diabetes tienen más probabilidad de complicaciones renales y cardiovasculares en pacientes hipertensos diabéticos y mayor riesgo de enfermedad renal, enfermedad cardiaca coronaria (ECC), Accidente Cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

El paciente hipertenso con diabetes tipo 2 tienen un riesgo 1,9 veces mayor de presentar enfermedad cardiovascular que la de los pacientes hipertensos sin diabetes, siendo la diabetes importante factor de riesgo para disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca, Nefropatía diabética tiene una prevalencia de 30 al 50% paciente con diabetes tipo 2.

Las recomendaciones no farmacológicas para estos pacientes se basan en un plan dietario y actividad física individualizada de acuerdo a las necesidades del paciente las tomas de medicamentos varia de un paciente a algunos deberán tomar orales y otros inyectables indistintamente del tipo casi todos los pacientes diabéticos necesitan medicación y un tratamiento antihipertensivo combinado para alcanzar los objetivos del tratamiento, y tan temprano como sea posible.

Capítulo III

Psicoeducación y adherencia

Definiendo la adherencia

Entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, que va más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud, y cuyo fin es obtener unas mejores condiciones de salud y de vida (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres & Varela, 2006).

Según lo expuesto por (López, L. y Parra, D. 2015), retomando lo manifestado por la OMS 2004 en el informe del Proyecto sobre “*la adherencia Terapéutica a los tratamientos a largo plazo*” esta es define como:

“El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos (p.119)”.

Ya anteriormente la adherencia terapéutica fue definida por (Sachet y Haynes 1971 citado por Díaz, M. 2016)

“El grado de coincidencia del comportamiento de un cliente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden” (p.75).

(López, Romero, Parra, Rojas, 2015) resaltan que la mayoría de los estudios realizados para medir la adherencia se enfocan en la parte farmacológica del tratamiento, dejando de un lado otros aspectos importantes como la dieta, el ejercicio, la actividad física y en general cambios del estilo de vida que hacen parte del régimen terapéutico y que permiten evaluar la adherencia de una manera integral.

Igualmente resaltan que se requiere que tanto el concepto como la medición de la adherencia, se dirija hacia un enfoque en el cual los pacientes asuman un papel más activo y dinámico, de tal manera que se logre negociar el rol que estos desempeñaran en la adopción de un régimen terapéutico establecido, teniendo en cuenta las propias creencias y su contexto sociocultural.

De acuerdo con Vilaplana, González, Ordoñana, (2012) debe hacerse la diferenciación entre adherencia y cumplimiento pues la adherencia está ligada a la conformidad de los pacientes y el cumplimiento cuando no se da, acarrea problemas asistenciales que pueden afectar la salud del paciente. (p.250)

Consecuencias de una baja o nula adherencia

Martin (2006, p.1) expone que una adherencia deficiente es el resultado de:

- a) Dificultad en iniciar el tratamiento dado.
 - b) Suspensión temporera o abandono de los medicamentos o terapias prescritas.
 - c) Errores en la omisión de las dosis de los medicamentos.
 - d) Equivocarse al ingerir los medicamentos en las horas y/o dosis indicadas.
 - e) No modificar su estilo de vida necesario para mejorar en su estado de salud física o emocional.
- e) Posponer el hacerse las pruebas médicas indicadas, entre otros.

A lo largo de la revisión bibliográfica hay una serie de factores que se asocian a la falta de adherencia y los cuales la OMS (2004) identifica y relaciona intrínsecamente a conductas no adherente en los pacientes:

Factores socioeconómicos: aquí encontramos problemáticas como cambio en la alimentación lo que requiere de recursos con los cuales el paciente en ocasiones no cuenta.

Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (de salud): quizás de las causales más visibles aquí encontramos la falta de empatía médico-paciente, además de la limitación de tiempo en las consultas lo puede ocasionar apatía por parte del paciente hacia el sistema de salud al sentir que no se le dedica el tiempo suficiente a su proceso, además la rotación en personal médico lo que no permite el establecimiento de una afinidad médico-paciente. En este sentido. “Mantener una adecuada relación médico-paciente a través de la formación e información del paciente, incentiva la prevención en salud y adherencia al tratamiento” (Forguione, 2015).

Factores relacionados con la enfermedad: es de gran incidencia el conocimiento que se tiene de la enfermedad, la sintomatología y su repercusión a nivel psicológico y social, en el momento del diagnóstico el paciente debe enfrentar en ocasiones no solo dolores o limitaciones producidos por la enfermedad a nivel físico, es aquí donde las creencias y los imaginarios son expuestos en el momento de afrontar las posibles crisis que se presentan con el diagnóstico la inquietud sobre el futuro y el posible deterioro hacen necesario de un abordaje que incluya además del trabajo del cumplimiento farmacológico procurar la valoración y estabilidad a nivel psicológico para el abordaje de la enfermedad.

Factores relacionados al tratamiento: al ser enfermedades crónicas y al no percibir una mejora a corto plazo pueden presentarse abandonos, al igual que al percibir mejoría en la sintomatología, los efectos secundarios de los medicamentos son las manifestaciones más recurrentes del paciente, también la complejidad del régimen médico y su duración.

Factores relacionados al cliente: actitudes, creencias, conocimiento, expectativas el nivel de compromiso del paciente por mejorar su estado de salud, el nivel de auto eficacia y autocuidado también encontramos en este apartado la percepción que tiene el paciente de la enfermedad y la percibe como una amenaza esto influirá en su nivel de afrontamiento.

El papel de la familia no puede pasar desapercibido como otro factor que puede mediar en el proceso de la adherencia, la influencia de las costumbres familiares que van de generación en generación también juega un papel como constituyentes en la adquisición de malos hábitos alimenticios o la falta de actividad física. Ese rol de la familia del cual nutrimos nuestros imaginarios y de los que podemos destacar creencias como que la dieta es sinónimo de poca y costosa comida, y que nos remontan a los tiempos de la abuela en los cuales entre más peso se tenía, mejor era la salud de las personas. Estas creencias son uno los factores que consideramos también deben ser resaltado en el momento de abordar la adherencia.

(Silva, Galeano, Correa, 2005) plantean que dentro del proceso de la no adherencia en el paciente inciden una serie de factores a la hora de la toma de los medicamentos tales como:

- Que tan alta es la prioridad de tomar la medicación.
- La percepción de la gravedad de la enfermedad.
- La credibilidad de la eficacia de la medicación.

- Aceptación personal de los cambios recomendados.

También plantean que la percepción del paciente frente a la eficacia de la medicación, factores económicos, ambientales, entre otros son el origen en la conducta no adherente.

Para la mejora de la adherencia (Silva, Galeano, Correa, 2005), sugieren que debe haber información efectiva, comunicación asertiva, educación consistente, ayudas directas para la adherencia adecuándolas a las necesidades de cada paciente, además reiteran que tanto la adherencia como sus factores deben ser intervenidas desde un campo multifactorial consistente.

Es necesario tener en cuenta que los factores psicosociales vistos desde distintos autores hacen énfasis en el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que, al tratarse de un evento inesperado, exige cambios en el sistema (Spilkin & Ballantyne, 2007, citado por Orozco y Castiblanco, 2015). Como lo mencionábamos anteriormente la familia como eje del paciente, no queda por fuera en el momento del diagnóstico, por el contrario. La interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia, la disminución en la productividad, entre otras (Checton, Greene, Magsamen Conrad, & Venetis, 2012; Parekh, Vandelanotte, King, & Boyle, 2012, citados por Orozco y Castiblanco, 2015).

La interferencia de la enfermedad en la vida de los pacientes también tiene que ver con factores tales como el dolor, la fatiga y la discapacidad, o con los efectos secundarios de los medicamentos, que influyen sobre el bienestar subjetivo (Checton et al., 2012, citados por Orozco y Castiblanco, 2015). Los calambres musculares, la debilidad, la anorexia (Campbell, Ash, & Bauer, 2008, citados por Orozco y Castiblanco, 2015), la incapacidad para trabajar, la dificultad para hacer planes y la incertidumbre al no poder controlar los síntomas de la

enfermedad (Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt, & Portenoy, 2009, citados por Orozco y Castiblanco, 2015). Toda esta serie de circunstancias también genera malestar a nivel psicológico, siendo esta la que en ocasiones es menos es tenida en cuenta por parte del médico tratante y el grupo familiar.

Durante las fases de recaída o crisis es común encontrar síntomas de depresión, ansiedad y angustia (Porcelli, 2010, citados por Orozco y Castiblanco, 2015). Las intervenciones psicológicas se encuentran encaminadas a brindar estrategias para el manejo de las condiciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales de los pacientes (Orozco, Castiblanco, 2015). Estas autoras nos hablan de la psicoeducación como una de las técnicas encaminadas a mejorar lo que ellos llaman *compromiso con el tratamiento* cuyo objetivo es que el médico brinde al paciente información pertinente clara y comprensiva permitiendo la modificación de mitos y creencias frente a la enfermedad, para así disminuir el impacto de la enfermedad en el paciente tanto a nivel físico como emocional. Además, facilita la aceptación del diagnóstico y la comprensión de los cambios debidos a la enfermedad (Cudney & Weinert, 2012 citado por Orozco, Castiblanco, 2015). (p.209)

La adherencia vista como un factor asociado al fracaso o éxito dentro de un tratamiento al igual que muchos procesos esta permeada por la intersubjetividad del paciente, esa parte subjetiva del individuo debe ser capaz de adaptarse a los cambios integrándolos a los conocimientos y percepción adquiridas con anterioridad, estos nuevos conceptos a los que se verá enfrentado representaran un desafío físico y emocional y es allí que técnicas como la psicoeducación nos brindan estrategias que permiten la transición del concepto de “salud plena” a enfermedad crónica.

En los pacientes con un diagnóstico de enfermedad crónica que es el caso de los Hipertensos y Diabéticos se debe iniciar por desmitificar las falsas creencias que rodean estas enfermedades pues a pesar de ser crónicas e incurables, si hay una adecuada adherencia esto no les impedirá continuar con su vida de forma habitual.

Podríamos decir que al hablar de adherencia indiscutiblemente tendríamos que remitirnos a la autoeficacia. De hecho, frente a lo difícil que puede ser motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia (Bandura, 1997, citado por Olivari, & Urrea, 2007). (pg.42, 43)

De acuerdo a (Ramos 2015), nos plantea otro concepto sobre la adherencia, en la cual nos define lo siguiente:

“La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas resulta un proceso muy complejo que requiere aún de mayor investigación y del diseño de estrategias de intervención que incluyan la educación sanitaria tanto a la población como a los prestadores de salud a través del debate y la creación de redes de apoyo al enfermo que incorporen principalmente a la familia, además enfatizar en su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento”. P. 184.

Ramos (2015) plantea que “la atención eficaz para tratar los procesos crónicos requiere movilizar al paciente y la comunidad que lo apoya”. P. 182. Por otro lado, es conocido que la percepción de síntomas es uno de los predictores del nivel de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas (Brondolo, Raymond, Rosen, John y Kostis, 1999; Gil Rosales-

Nieto, 2000; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Visdómine y Luciano, 2006, citado por Granados, et, al. 2007. p.700).

Para que haya una buena adherencia al tratamiento, se debe cumplir con dos aspectos importantes que estipula en investigación (Amigo, Fernández y Pérez 1998 citado por Holguín y correo, 2007) «ha de servir de guion para describir la conducta que se solicita al paciente, las condiciones (físicas o de las rutinas cotidianas) en las que ha de iniciarse y las consecuencias (físicas, emocionales, sociales) que cabe esperar.» (p. 544)

(Orueta, 2005) menciona algunas estrategias para la mejora de la adherencia terapéutica, mencionando lo siguiente:

- Intervenciones informativas/educativas: Brindar información adecuada y entendible a las necesidades del paciente sobre su enfermedad y el papel que desempeña en su tratamiento.
- Intervenciones de apoyo familiar/social: Trabajo con la familia no solo para conocer la enfermedad, sino para mejorar las relaciones y ayudar a la familia a adaptarse al estilo de vida del sujeto, sugiriendo se unan al cambio de vida.
- Intervenciones con grupos: Uso de técnicas grupales para alcanzar objetivos en común y por ende aumente la motivación y confianza del paciente.
- Intervenciones de refuerzo conductual: Técnicas de responsabilizarían, autocontrol y refuerzo en el cumplimiento del tratamiento.

Trabajo interdisciplinario: Reuniones de trabajo con los agentes de salud para conocer el avance de los objetivos de intervención con el paciente.

La psicoeducación como un instrumento para mejorar la adherencia al tratamiento

Hasta el momento se ha hablado de adherencia ligada a un cumplimiento de unos procesos de forma estricta y surge la gran pregunta ¿de qué manera llegar al paciente para lograr que esté le abra las puertas a la adherencia?

En el artículo dado por Montiel y Guerra respecto al marco de la salud mental, el término Psicoeducación ha sido popularizado por los psicólogos clínicos Carol M. Anderson y Douglas J. Reiss y por el trabajador social Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburgh, para referirse a una serie de principios metodológicos. El punto de partida del trabajo psicoeducativo lo constituyeron las necesidades de las familias de los enfermos de esquizofrenia, a partir de la labor desarrollada entre sus miembros, unida al uso de técnicas más eficaces en el control del estrés (Fallon & Pederson, 1992; Lega, Caballo & Ellis, 1997; Rascón, Díaz, López & Reyes, 1997; Varela, 1999, Citado por Montiel y Guerra 2015) p. 326

(Builes y Bedoya 2006), refiriéndose a los orígenes de la Psicoeducación y al tratamiento que esta les daba a las familias, coinciden en plantear que existen algunos elementos comunes en la propuesta inicial, donde se le consideraba a aquellas estructuras en sí mismas normales, y se les adjudicaba un peso importante a la información que se les debía proporcionar. Además, se sigue buscando favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares y la necesidad de informar acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.

Utilizando la Psicoeducación se identifica el reconocimiento de la función informativa de este proceso, lo que para algunos es una aproximación terapéutica en la cual se les proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Para otros, implica un proceso educativo mediante el cual el

facilitador particulariza sumariamente información científica actual y relevante a fin de responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Bäumli, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006, Citado por Montiel y Guerra, 2015) (p. 326.)

A medida que esta modalidad terapéutica fue ganando éxito, comenzó la demanda relacionada con el tratamiento de los propios pacientes reclamando atención a las personas portadoras de la patología, en diferentes tipos de abordajes: individual, familiar, de pareja y grupal, además de plantear la necesidad de una combinación óptima de las potencialidades de autoayuda de los afectados y sus familiares, por un lado, y de los profesionales de la salud, por otro, con lo cual se apostó así por una relación triangulada en el tratamiento a estas personas (Bulacio, Vieyra & Mongiello, 2010)

Es importante también resaltar lo expresado por (Zapata, Martínez, García 2015) “una variedad de técnicas educativas que buscan brindar de manera sistemática conocimientos a los pacientes y sus familias con el objetivo de evitar las recaídas, mejorar la adherencia a los medicamentos y disminuir la disfuncionalidad.” (p.144)

Retomando lo anteriormente expuesto nos permite vislumbrar la importancia de la psicoeducación para alcanzar eficientemente la adherencia al tratamiento porque le permiten orientar y fortalecer sus habilidades para afrontar y visualizar escenarios de fracaso o éxito que le ayude al paciente a construir mecanismos que le brinden una mejora en su proceso , esto permitirá discernir y reconocer las distintas dinámicas de su realidad, que ayudándole a ser consciente de su enfermedad, a través de procesos de mediación, autorregulación y la solución de conflictos, con el fin de incentivar el progreso en su tratamiento proyectarlo a futuro.

Aunque la psicoeducación inicialmente fue utilizada en la psicología clínica y la psiquiatría “Únicamente a familiares de pacientes que presentaban altas emociones expresadas, es decir, actitudes como hostilidad, crítica y sobre implicación” (Anderson, 1980 citado por Zapata, Martínez, García, 2015, p, 144) especialmente la psicoeducación se utilizó en trastornos de ansiedad, esquizofrenia, y la bipolaridad, a lo largo del tiempo sus buenos resultados en estos pacientes y su adaptabilidad a otros procesos la han hecho ganar terreno en áreas como la psicología de la salud comunitaria siendo un elemento que permite trabajar de manera más cercana con los pacientes la promoción y la prevención en salud buscando mejorar la calidad de vida del paciente.

(Bulacio, Vieyra, Mongiello 2010) plantea que la psicoeducación es el proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. A través de esta buscamos romper la resistencia existente entre paciente- médico-enfermedad y costumbres.

La psicoeducación no debe plantearse solo como un medio para brindar información esta debe proporcionar al paciente las pautas para que pueda acercarse a su diagnóstico y desarrollar las habilidades de afrontamiento y permitiéndole adaptar a las circunstancias de su contexto actual.

De acuerdo con (Bulacio, Vieyra, Mongiello, 2010) la psicoeducación debe cumplir con las siguientes funciones, que busque generar un mayor impacto para su adherencia al tratamiento:

- Centrarse en el diagnóstico y sus implicaciones la necesidad de un tratamiento integral.
- El fundamento del tratamiento farmacológico.
- El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual-de pareja- familiar).

Su importancia debe sustentarse en desarrollar esa parte creativa y en el tratamiento mismo y la definición del objetivo del tratamiento en relación con la calidad de vida.

La psicoeducación debe tener continuidad y transversalidad, para facilitar los cambios necesarios en los comportamientos del paciente. Durante la aplicación de la estrategia tales como entrenar a los pacientes en habilidades para el manejo del estrés (Martire, 2005 citado por Orozco y Castiblanco 2014) Esto permite complementar el tratamiento farmacológico, puesto que se incrementa el bienestar emocional y el funcionamiento psicológico, social y conductual del paciente.

Dentro de la revisión bibliográfica se resalta uno de los aportes el concepto de psicoeducación el cual fue expuesto por (Campero, Ferraris 2014) y quien expresa lo siguiente:

El concepto de psicoeducación fue introducido en la literatura médica en el año 1911 por el Dr. John Donley. Tres décadas después, el término alcanzó reconocimiento internacional a través del Tratado sobre la estabilidad del comportamiento humano de Brian E. Tomlinson. Recién en 1980 y de la mano de Anderson se sientan las bases de lo que hoy en día se conoce como abordaje de la psicoeducación. Con el fin de disminuir recaídas y reingresos, Anderson propone educar a los familiares de los pacientes, fundamentalmente esquizofrénicos, respecto de los síntomas y del proceso de la enfermedad. Desde entonces, el abordaje psicoeducativo se ha expandido a diferentes modalidades. (p.54)

Posteriormente, se ofrecen interpretaciones en las que se aborda la Psicoeducación como intervenciones psicoterapéuticas didáctico-sistémicas, que son adecuadas no solo para informar a familiares y a los pacientes sobre la enfermedad y su tratamiento, sino también para facilitar

tanto la comprensión como el manejo de la enfermedad y el apoyo a los afectados para hacer frente a las raíces afectadas (Bäumel et al., 2006, citado por Montiel y Guerra, 2015). (p.327)

En la actualidad, como resultado de este proceso evolutivo, los programas existentes están planteando la necesidad de un enfoque más terapéutico que trate en el paciente aspectos como el significado de la enfermedad, el manejo de los síntomas y la adherencia terapéutica, pero orientados hacia un cambio conductual. Según (Colom, 2011, citado por Montiel y Guerra, 2015) (p.327) la distinción entre estos modelos radica en que los programas de Psicoeducación informativa suelen ser breves (alrededor de cinco a seis sesiones); priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad por encima de otros elementos (como el modelado, el cambio de actitudes, la reestructuración de modelos de enfermedad, etc.) y su eficacia es limitada.

Por el contrario, la Psicoeducación conductual suele caracterizarse por programas largos en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad e identificación de desencadenantes. Esto sugiere que la Psicoeducación debe partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad en la medida en que se sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la pro actividad, la negación por la integración y el auto estigma por la autoestima (Colom, 2011, citado por Montiel y Guerra, 2015). (p.327)

La Psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira modificar actitudes o conductas del paciente, que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Colom, 2011, citado por Montiel y

Guerra, 2015). En consecuencia, tanto la información brindada acerca de la enfermedad como las herramientas aportadas para el manejo de circunstancias y el cambio conductual condicionan que la Psicoeducación sea aplicable a diversas patologías en el logro de necesarios cambios en los estilos de vida de las personas (Pedraza, Molerio, Álvarez, Hernández & Rodríguez, 2012, citado por Montiel y Guerra, 2015).

La intervención psicoeducativa resalta el proceso educativo en el que el paciente desde unas bases de calidad y veracidad en la información que se suministra de manera oportuna le ofrece una educación de calidad, oportuna y pertinente, propiciando un aprendizaje relevantes y significativo en buscando del bienestar, del paciente desarrollando actividades de trascendencia proporcionando terapias pensadas para enseñar maneras de afrontar, asimilar y convivir con la enfermedad y sus tratamientos. Se basa en el entrenamiento cognitivo-conductual, incluyendo el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento, para cambiar pensamientos, comportamientos, reducir el estrés y las complicaciones físicas de los tratamientos.

Sus programas de tratamiento combinan diferentes técnicas: relajación muscular progresiva, auto hipnosis, respiración profunda, meditación, relajación pasiva, visualización, imaginación guiada, desensibilización sistémica, reestructuración cognitiva, solución de problemas, aumento de la autoestima, pautas de ejercicio y dieta, indicaciones sobre la sexualidad, como tributo a la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, aumento de los sentimientos de control y facilidades a la participación activa en los tratamientos. (Die-Trill, 2007; Fawzy, Fawzy & Arndt, 1995; Holland, 2002; Link, 2008; Mols, 2005, citados por Montiel y Guerra 2016, p. 330)

Por otro lado, la psicoeducación ayuda a la adaptación a la enfermedad, proporcionan información acerca de la causa, curso y tratamiento de la enfermedad, así como estrategias para hacerle frente, encontrar significado a la experiencia. También indirectamente ofrecen optimismo ante el futuro y favorecen la esperanza (Hegelson et al., 2000, citado por Montiel y Guerra, 2015) p.238.

En las investigaciones de varios autores sobre la psicoeducación en el contexto de la intervención del paciente en el marco de la psicología Montiel y Guerra (2016) destacan a Fawzy et al., (1995); Gough, (2006); Hegelson, Shulz & Yasklo, (2000) demostraron el efecto de la intervención psicoeducativa para promover el funcionamiento adaptativo del individuo en el tránsito hacia la supervivencia. Otro grupo de investigadores demostraron la efectividad de un grupo de Psicoeducación para promover el bienestar psicológico y disminuir la depresión, en un grupo de mujeres malicias sobrevivientes de cáncer de mama (Shanker, Narayanasamy & Barcia, 2013, citado por Montiel y Guerra, 2016). (p. 230)

La psicoeducación se puede adaptar de acuerdo con las necesidades de la población a intervenir permitiendo trabajar de manera individual con el paciente, con sus familias o con ambos a la vez. El número de sesiones que se realizan puede variar de acuerdo a la enfermedad y el proceso evolutivo del paciente en su asimilación. Habitualmente estas intervenciones psicoeducativas son brindadas por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros u otro personal de la salud.

Los temas principales que se abordan dentro de la psicoeducación son los aspectos clínicos transcendentales sobre la enfermedad:

- reconociendo sus causas, aspectos epidemiológicos, su diagnóstico, posibles recaídas y sus pronósticos.
- su tratamiento, beneficios y riesgos de los psicofármacos, adherencia al tratamiento e implementación de medidas no farmacológicas.
- el rol de la familia en la enfermedad: emociones expresadas, habilidades comunicativas y solución de conflictos.
- la influencia de la comunidad: los servicios brindados para sus tratamientos, sus seguimientos, estigma y habilidades para la vida social.
- Además, algunos autores incluyen temas como el uso de sustancias psicoactivas, vida de pareja y sexualidad, rehabilitación cognitiva y vocacional, técnicas de relajación y aspectos legales, entre otras.

La atención del paciente con ECNT y su familia desde la psicología debe fundamentarse en terapias que brinden calidad, equidad, oportunidad y pertinencia. Una vez que se diagnostica la enfermedad se produce una diferencia subjetiva entre esta y la forma que la percibe el que la padece y el significado que le confiere. El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. (Martin, 2003).

La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de éste, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento. (Martin, 2003). No debemos olvidar la particularidad de cada paciente en el momento de la generación de la estrategia de intervención.

La psicoeducación debe hacer que el paciente piense y reconsidere el papel que este asumirá dentro de su proceso de asimilación y adaptación frente a los cambios que deberá realizar y

sobretudo trabajar la parte emocional y psíquica siendo esta la guía y base para lograr un cambio que le permita en el caso del paciente Diabético e Hipertenso asumir una postura de agente empoderado en su tratamiento.

(Olivari y Urrea 2007) nos plantean la importancia de la autoeficacia en la creación de adecuadas conductas de salud teniendo como base la teoría de la Autoeficacia de Bandura desde una aplicación donde se involucre las intervenciones educativas.

De acuerdo lo anterior tendríamos que revisar el rol que los pacientes han venido desempeñando en nuestro sistema de salud que es más curativo que preventivo, además paternalista impidiendo que la comunidad desarrolle las habilidades necesarias para implementar conductas saludables y de protección.

Los principios metodológicos de la psicoeducación se pueden estructurar de la forma siguiente:

- Alianza terapéutica.
- Brindar información.
- Propiciar un ambiente que vincule al paciente en la comunidad.
- Integración gradual del paciente en su rol familiar, y Continuidad en el cuidado del paciente con vinculación institucional.

Con base en lo antes referido se han propuesto cuatro etapas de la intervención psicoeducativas:

- a) Involucramiento familiar.
- b) Información y orientación.

c) Entrenamiento en la solución de problemas.

d) Rehabilitación social del paciente, familia o cuidador.

Uso de la psicoeducación

La psicoeducación presenta una serie de intervenciones enfocadas a mejorar el conocimiento de la enfermedad, el cuidado y mejora en la atención del paciente. La psicoeducación incluye técnicas específicamente orientadas a la comprensión y reducción del malestar psicológico de la familia y cuidador (manejo de estrés, relajación, control de pensamientos, técnicas de autocontrol, entre otros) El modelo psicoeducativo tiene como finalidad educar e informar, desde una perspectiva biopsicosocial, sobre los conocimientos y aspectos esenciales de la enfermedad.

La experiencia en el estudio de la psicoeducación en salud ha permitido reconocer la importancia de una familia informada para brindar un mejor apoyo en los siguientes aspectos:

- Decidir qué hacer y qué evitar con la enfermedad y/o con la persona enferma.
- Acudir a la consulta en un servicio determinado.
- Mantener la toma del medicamento.
- Determinar el camino que puede seguir el enfermo y el uso de los servicios de salud.
- Comprensión del padecimiento y aceptación en la comunidad.

El modelo biopsicosocial permite que desde la psicoeducación se trabaje con el paciente la parte social, biológica y psicológica desde la cual podemos intervenir en temas como la culpa que nace después del diagnóstico que nos permite explicar la diversidad de factores que median en el desarrollo y bienestar del individuo en el contexto de una enfermedad.

A partir de este modelo se puede abordar al paciente con enfermedad crónica pudiendo trabajar sus necesidades confiriéndole la importancia necesaria a todas las necesidades que convergen para la rehabilitación o mejora del individuo procurando resaltar su papel activo en la mejora de su calidad de vida.

La psicoeducación tomando como referente el modelo biopsicosocial una serie de beneficios las cuales resaltamos:

- Empodera a la comunidad sobre su responsabilidad de dar soluciones a sus problemas, incorporando el enfoque de la rehabilitación basada en la comunidad pudiendo desarrollar redes y detectar oportunidades dentro de la misma.
- Participación plena de la comunidad para la prevención, detección temprana y abordaje adecuado de la discapacidad en un nivel primario.
- Fortalece la organización social de la comunidad, para que las personas con discapacidad puedan acceder a los sistemas de salud, educación, trabajo y rehabilitación.
- Contribuye al bienestar y a mejorar la calidad de vida de todos, a través de potenciar el desarrollo productivo de las personas con discapacidad, permitiéndoles su incorporación a las diferentes áreas de la educación, salud y el trabajo.

La psicoeducación es una estrategia viable, económica y efectiva para abordar las necesidades de las personas desde la atención primaria de salud. Propone integrar un enfoque educativo-preventivo y psicológico, con el fin de fortalecer las capacidades para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo; la inclusión de la psicoeducación busca propiciar y optimizar la calidad de vida y ayudar a disminuir la vulnerabilidad ante la enfermedad en la familia y cuidado.

La función de la psicoeducación para la adherencia al tratamiento.

Comprender que la psicoeducación brinda herramienta que buscan orientar al paciente para afrontar la situación teniendo una postura crítica de nuestros hábitos que se ciñe de un horizonte desde lo cognitivo hasta lo conductual porque nos brinda herramientas para modelar su comportamiento para la mejorar de la calidad de vida, a través de confrontación de situaciones diarias y la prevención de riesgos que minimicen la calidad de vida del paciente, esto permitiría que la adherencia sea un proceso reflexivo, crítico de su realidad, donde se aprenderá haciendo, para que el autoanálisis se enfoque en un plan de acción que busque sensibilizar donde se permite la reestructuración de su pensamiento para evocar un mejor estilo de vida que va desde una alimentación balanceada, hacer ejercicios y tener una estabilidad emocional para tener mejor control y ser más eficiente para seguir las instrucciones médica, por ende “La psicoeducación debe partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad en la medida en que se sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la pro actividad, la negación por la integración y el auto estigma por la autoestima“ (Colom, 2011, citado por Montiel y Guerra, 2015).

Por lo cual, una estrategia para el fomento a la adherencia es de vital importancia la vinculación la auto eficiencia, autocuidado buscando que el paciente se involucre para que tenga la convicción para seguir un cambio conductual y la motivación para la proyección con el fin de cumplir las metas, para mejorar la calidad de vida a través de hábitos saludables, desde una conexión con el profesional para hacer vínculos positivos para generar una empatía y una buena comunicación para el seguimiento de estos hábitos y vincular al núcleo familiar para el acompañamiento adecuado.

Conclusiones o resultados

Durante la búsqueda bibliografía en las diferentes fuentes consultadas fue recurrente y casi similar como todos hablan solo el problema de la baja adherencia y sus factores, resaltado la importancia de aumentarla, pero en particular no se encontraron trabajos específicos dedicados a trabajar la adherencia en el paciente hipertenso y diabético en algunos se sugiere trabajar en la búsqueda de actividades que la aumente.

Ya se conocen los factores que inciden ahora el trabajo debe ser focalizado a la promoción y prevención la búsqueda de actividades dentro de los cuales los individuos participen de manera voluntaria, en espacios que les permita una reflexión frente a sus hábitos y costumbres donde se puede dar una revolución cultural enfocada hacia la creación, conservación asimilación de unas pautas que conlleven a una buena calidad de vida.

Es cierto que el trabajo no solo se debe enfocarse en el paciente, pero consideramos que este debe ser el punto focal pues a final es su salud la afectada, en este binomio salud-enfermedad, trabajar su sentir frente al diagnóstico sensibilizarlo frente a la enfermedad para que esto permita generar buenos resultados a largo plazo.

A través de la psicoeducación adaptada a un contexto de promoción y prevención de la enfermedad se debe buscar en primera medida un acercamiento a los pacientes de alto riesgo cardiovascular pues en muchas ocasiones estos pacientes suelen ser renuentes pues al no sentir síntomas no consideran la enfermedad una amenaza para su salud.

Utilizar la psicoeducación como medio que permita desde la promoción de hábitos saludables generar en los pacientes y su contexto familiar un replanteamiento sobre la afectación de la enfermedad en su calidad de vida. Pues no podemos pensar la enfermedad y el diagnóstico

como algo que solo afecta al paciente ya que también tendrá mucha incidencia en la forma en que se reorganice su nueva relación con la familia y el entorno.

Pero pensar en calidad de vida desde un contexto de salud requiere de un análisis de diferentes conceptos como salud, enfermedad, hábito, conducta, cultura, promoción y prevención que se interrelacionan y sean el punto de partida desde el cual se trabaje en pro de una mejora, basándonos en estrategias que permitan en el caso del paciente crónico controlar la enfermedad y mantener la salud.

Al revisar los diferentes trabajos realizados con estos pacientes de RCV podemos observar que la calidad de vida de estos se ve afectada en diferentes aspectos tanto a nivel físico como emocional, y entre la sintomatología emocional que pueden presentar estos pacientes encontrar estados que van desde el estrés, la ansiedad, la angustia, el miedo, la desesperación entre otros que inciden en su nivel de aceptación y asimilación del proceso terapéutico.

A través de la psicoeducación no solo se plantea una serie de charlas, el proceso psicoeducativo deberá crear un espacio que permita a estos pacientes recibir información que puedan integrar y al mismo tiempo generar un impacto que logra motivarlos para iniciar un proceso de transformación que a mediano y largo plazo pudieran replicar dentro de sus contextos familiares.

La aceptación del paciente será la primera barrera a superar pues cada paciente llevará expectativas diferentes, sin olvidar que, aunque el trabajo de prevención y promoción en salud se aborde desde las colectividades nos enfrentamos a las intersubjetividades individuales.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes de RCV tienen antecedentes de incumplimiento al régimen médico, la psicología apoyada de un grupo interdisciplinario y utilizando como herramienta la psicoeducación tiene como objetivo que el paciente se piense el

tema desde el gran interrogante ¿Qué estoy haciendo por mi salud?, ¿Qué estoy haciendo por mejorar mi calidad de vida? y adopte la premisa del autocuidado como una regla de vida.

La gran cantidad de pacientes diagnosticados a nivel mundial y el panorama que plantea un aumento en las cifras se destaca la necesidad de crear, fortalecer y dar continuidad a estos espacios psicoeducativos necesarios como componente adicional dentro del programa de promoción y prevención que se enfoque en el bienestar y mejoramiento de la calidad el vida del paciente de RCV, con la finalidad de alcanzar resultado eficaces a partir de la participación activa e intercambio de conocimientos, desde procesos dinámicos y contextualizados.

Del desarrollo del proceso surgen muchas inquietudes sobre la metodología bajo la cual se debe realizar este tipo de proyectos surgiendo inquietudes tales como ¿desde la psicología como poder ir más allá para lograr ese acercamiento que rompa barreras y permita cambios? Y sobre todo ¿que se requiere para implementar una cultura de promoción y prevención consistente y perdurable en el tiempo?

Los anteriores interrogantes nos llevan indudablemente a pensar en el accionar de la psicología y las estrategias a utilizar que permitan generar impacto, construir un conocimiento estructurado y consistente y sobre todo motivar a población a trabajar en la prevención buscando lograr cambios culturales y de comportamiento que aporten significativamente al mejoramiento de su salud mental y la calidad de vida de estos pacientes.

Referencias

Acosta, M. & Pulido, G. (2018) *Una experiencia de Intervención Psicoeducativa para Prevención del Estrés de pacientes y familiares de una institución de salud cardiovascular en la ciudad de Valledupar. Intervenciones Psicosociales Cronologías, contextos y realidades*, p.59, universidad metropolitana.

https://www.researchgate.net/profile/Lorena_Cudris_Torres/publication/326825368_Afectaciones_psicologicas_presentes_en_victimas_del_conflicto_armado_del_departamento_del_Cesar/links/5b65039baca2724c1f202b40/Afectaciones-psicologicas-presentes-en-victimas-del-conflicto-armado-del-departamento-del-Cesar.pdf#page=60

Albarrán, A, Macías, M. (2007) Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud* vol. 9, núm. 2, p. 118-124. Guadalajara, México. Recuperado de en: <http://bit.ly/2pUIUZQ>

Alcántara, G, (2008) definición de salud de la organización mundial de la salud e interdisciplinariedad, universidad de los andes, *Revista Universitaria de Investigación*, vol. 9. Núm. 1, Pág. 95. Caracas, Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Amaya, P. (2019, 17 julio). Código ACV: El tiempo es cerebro | Artículo [Código ACV: El tiempo es cerebro]. Fundación Valle del Lili. <https://valledellili.org/codigo-acv-el-tiempo-es-cerebro/> recuperado de:

Amaya, P. (2019, 26 septiembre). ¿cuales son los factores de riesgo cardiovascular? | Facebook [Facebook]. Facebook. Recuperado de:

<https://www.facebook.com/fvlcali/videos/2405783463025160/>

American Heart association. (s. f.). ¿Qué es la presión arterial alta? Recuperado de:

https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/4/c/5/whatishighbloodpressure_span-ucm_316246.pdf

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164. ISSN: 0120-0534. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80535203>

Atlas de la Diabetes de la FID 9° edición 2019. (2019). International Diabetes Federation.

<https://diabetesatlas.org/es/>

Beldarraín, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62-70. Recuperado en 29 de junio de 2019, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100007&lng=es&tlng=es

Basagoiti, I. (2012). Alfabetización en salud. *De la información a la acción* [versión electrónica].

Ítaca. <http://salupedia.org/alfabetizacion/>

Bosch, X., Alfonso, F., & Bermejo, J. (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 55(5), 525-527. <https://www.revespcardiol.org/en-diabetes-enfermedad-cardiovascular-una-mirada-articulo-13031153>.

Builes, M., & Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV (4), 463-475. ISSN: 0034-7450. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80635403>

Bulacio, J., Vieyra, C., & Mongiello, E., (2010). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. XI Jornadas de Investigación, 1(1), 1-6. Recuperado de:

http://fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf

Campero, M. A. Ferraris, L. (2014). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 4(2) 53. Recuperado de:

<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/6297>

Cayón, A. (s. f.). Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números. Panamerican Health Organization / World Health Organization. Recuperado 10 de octubre de 2019, de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es

Clínica Mayo (2020) Peligros sobre la hipertensión: Efectos de la hipertensión sobre tu cuerpo.

Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/high-blood-pressure/art-20045868>

Colombia, S. P. S. D. M. Y. (s. f.). Páginas - Diabetes. Ministerio de Salud y Protección Social.

Recuperado 12 de septiembre de 2019, recuperada de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Diabetes-minsalud.aspx>

Díaz, M. (2016). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84. Recuperado a partir de

<https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>

Forguione, V. (2015). *Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. Médicas UIS*, 28(1), 7-13.

<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/download/4924/5331>

Gavidia, V. Talavera, M. (2012). *La construcción del concepto de salud. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. N. 26, 161-17. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/299852905_La_construccion_del_concepto_de_salud

Giraldo, A. Toro, M. Macías, A. Valencia, C. Palacio, S. (2010). *La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables*. Revista Hacia la

Promoción de la *Salud*, Volumen 15, No.1, 128 – 143. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>

Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la

Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de:

<https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

González, J. Contreras, Y. (2018) *salud y enfermedad: conceptos desde la perspectiva discursiva en dos participantes de la comunidad kamsá y dos profesionales de la comunidad científica.*

Universidad santo tomas, 2-10 Bogotá, Colombia. Recuperado de:

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/13516/2018yenifercontreras.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez, R., & González, E. (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*,

22(1),87-106.. ISSN: 0120-386X. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12022109>

González. M. (2007). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes.*

P.115. Recuperada de:

https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2358/9788497509480_content.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Granados, G. Rosales, J. Moreno, M. Ybarra, J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 7 (3), 697-707. ISSN: 1697-2600. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33770308>

Guerra, V. Díaz, A. Vidal, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2) Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007&lng=es&tlng=es)

Guerrero, R., Verduzco, A, Cuevas, S., & Sánchez, O. (2014). Psico-educación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Boletín UISESS, 15(2), 11-14. Recuperado de:

<https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA432496108&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=&p=IFME&sw=w>

Hirschberg, S, y Donatti, S, y Rijana, I, y Selan, V (2014). La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Psencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 6 (2), 64-70. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3331/333133045002>

Holguín, O. Correa, D. Arrivillaga, M. Cáceres, D. Varela, M. (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ginebra: OMS.de <http://www1.paho.org/spanish/hpp/otta>

Holguín, L. Correa, D. Arrivillaga M. (2006), *Adherencia al tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial* Universidad de psicología de Bogotá., 5 (3) p. 535-547. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>

International Diabetes Federation - What is diabetes. (s. f.). International Diabetes Federation.

Recuperado 20 de noviembre de 2019, de <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes.html>

Jenkins, C. (2005) *Mejoremos la salud a todas las edades un manual para el cambio de comportamiento*, organización panamericana de salud (Publicación Científica y Técnica No. 590, pág. 2 -36. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/9275315906.pdf?sequence=1>

López, L. Romero, S. Parra, D. Rojas, L. (2015) *adherencia al tratamiento: concepto y medición*, recuperado pag.118-122. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>

López, P, Sánchez, R., Díaz, M., Cobos, L., Bryce, A., Parillo, J., Lizcano, F., Lanas, Sinaí, I., Sierra, I., Peña, E., Benderky, M., Schmidt, H., Botero, R., Urina, M., Lara, J., Foos, M., Márquez, G., Harrap, S., Ramírez, A., Zanchetti, A., (2013). consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Med*, 21(1),113-135. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v38n3/v38n3a11.pdf>

Losada, A. Zavala, C. (2019) *programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria*, pontificia universidad católica Argentina, pág. 136-145, núm. 41. Recuperado de:

<https://www.alternativas.me/attachments/article/198/10.%20Programa%20Psicoeducativo%20en%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf>

Manzano, S. & Ayesta, F. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 233-244. Recuperado en 27 de mayo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300004&lng=es&tlng=es.

Margozzini, P. (2017). *Apoyo social y salud*. *Revista Chilena De Medicina Familiar*, 1(2), 46-49. recuperado de

<http://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/202>

Martín , L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281. Recuperado en 10 de julio de 2020, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es&tlng=es.

Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente.

Revista Cubana de *Salud Pública*, 32(3), de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&tlng=es.

Mena, C. (2017). *Autoeficacia y estrés como determinantes de adherencia en pacientes hipertensos*.

Comuna de Retiro, Región del Maule, Chile (Doctoral dissertation, Universidad de

Concepción. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología). Recuperado de:

<http://repositorio.udec.cl/handle/11594/2559>

Mera, D. (2019), *una esperanza para las enfermedades neurológicas*. Fundación Valle del Lili.

<https://valledelili.org/la-fundacion-valle-del-lili-una-esperanza-para-las-enfermedades-neurológicas/>

Ministerio de Salud y protección social. (2013, julio). *Prevención de la diabetes tipo 2*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/enfermedades%20no%20transmisibles/preveccion%20diabetes%20tipo%202.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b, noviembre 14). *Diagnóstico oportuno, clave para la calidad de vida de las personas con diabetes*. minsalud.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Diagnostico-oportuno-diabetes.aspx>

Montiel, V. y Guerra, V. (2015) *Cuba Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama*, Universidad Central de Las Villas, pág. 325-

328. Recuperado de:

www.researchgate.net/publication/309564109_Aproximaciones_teoricas_sobre_Psicoeducacion_Analisis_de_su_aplicacion_en_mujeres_con_cancer_de_mama

Oblitas, G. (2005). *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria*. Psicom Editores.

Recuperado de:

https://aiustudev.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/X5w8L9_MANUAL%20DE%20PSICOLOGIA%20CLINICA%20Y%20DE%20LA%20SALUD%20HOSPITALARIA-1.pdf

Oblitas, G. (2008) *psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad*, p. 9-12.

Recuperada de: <https://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Olivari, C, & Urrea, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud glosario*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F8DF9A16853ED173031010DC64EB5EA3?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2005). Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebrovasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares / Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental,

Organización Mundial de la Salud. Publicaciones de la OMS.

<https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no trasmisibles 2014*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1

Organización mundial de la salud (2016, 28 abril). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión.

Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/features/qa/82/es/>

Organización mundial de la salud (2016, 9 mayo). *Datos y cifras sobre la diabetes: infografías.*

Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

<https://www.who.int/diabetes/infographic/es/>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos al largo plazo: pruebas para la acción.* Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington D.C. recuperado de:

<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

Orozco, A., Castiblanco, L. (2015), factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles, *Revista Colombiana de Psicología*, vol.24 no.1, 203-217. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692015000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Orueta, R, . (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas.

Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 29(2), 8-17.

https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf

Parra, A. (2019). *Código ACV: El tiempo es cerebro*, Artículo. Fundación Valle del Lili.

<https://valledellili.org/codigo-acv-el-tiempo-es-cerebro/>

Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 16(2), 175-189. Recuperado en 04 de enero de 2020,

recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&tlng=pt

Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Editorial

Panamericana Health Org. p.27, 31. Recuperado de:

[https://books.google.es/books?id=g4gU_P7vAEMC&lpg=PA11&ots=MqDf2qyiPz&dq=\(E%20RESTREPO%20%26%20MALAGA%2C%202001\)&lr&hl=es&pg=PA11#v=onepage&q=\(E%20RESTREPO%20&%20MALAGA,%202001\)&f=true](https://books.google.es/books?id=g4gU_P7vAEMC&lpg=PA11&ots=MqDf2qyiPz&dq=(E%20RESTREPO%20%26%20MALAGA%2C%202001)&lr&hl=es&pg=PA11#v=onepage&q=(E%20RESTREPO%20&%20MALAGA,%202001)&f=true)

Sanchez, J. D. (s. f.). Acerca de Diabetes. Pan American Health Organization / World Health

Organization. Recuperado 2019, de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717:2012-about-diabetes&Itemid=39447&lang=es

Secretaria de salud y ministerio de protección, (2013), *clave para la calidad de vida de las personas*

con diabetes, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Diagnostico-oportuno-diabetes.aspx>

Silva, G., Galeano, E., Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-

adherencia. *Acta Medica Colombiana*, 30(4). Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004&lng=en&tlng=es.

Silva, M. Silva, A., Staaden, G. (2018), *Intervenciones psicosociales: Cronologías, contextos y*

realidades.p.59. Recuperado de:

https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=x1mIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA59&dq=PSICOEDUCACION++E+HIPERTENSION&ots=tYWb4DrS_5&sig=K9zeQjqLGfVOQ66PieBoJrIkqoE#v=onepage&q&f=false

Uniminuto Corporación un Universitaria Minuto de Dios. (2014, 10 septiembre). Calidad y hábitos de vida. Recuperado de: <http://www.uniminuto.edu/web/bienestaruvd/-/calidad-y-habitos-de-vida?inheritRedirect=true>

Urzúa, A. Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

User, S. (2014). Día Mundial de la Diabetes: Una alimentación saludable comienza con el desayuno. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1238:dia-mundial-de-la-diabetes-una-alimentacion-saludable-comienza-con-el-desayuno&Itemid=214

Vilaplana, C. González J.; Ordoñana, J. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *Pharmaceutical Care España*, [S.l.], v. 14, n. 6, p. 249, dic. 2012. ISSN 1139-6202. Disponible en: <https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97/92>

Vergara, M., (2007) *tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*, Volumen 12, pag.45 - 47. Recuperada de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>

Vidarte C., J. & Vélez, C. & Sandoval, C. & Alfonso, M. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1),202-218, ISSN: 0121-7577. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3091/309126695014>

Villar Aguirre, Manuel. (2011) *Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención.*

pág. 238-239. *acta Med.* Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

World Health Organization. (2011, 26 octubre). OMS, *Factores de riesgo.* Organización Mundial de la Salud.

https://www.who.int/topics/risk_factors/es/#:%7E:text=Un%20factor%20de%20riesgo%20es,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n.

World Health Organization. (2013a, abril 2), *10 datos sobre las enfermedades no transmisibles.*

Recuperado 10 de octubre de 2019, de

https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

World Health Organization. (2017). *Enfermedades Crónicas.* Recuperado de:

https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

World Health Organization: WHO. (2020, 8 junio). *Diabetes.* Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Zapata, J., Martínez, A., Valencia, J. (2015) *psicoeducación en esquizofrenia, universidad de*

Antioquia, 44(3). 143-149. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n3/v44n3a04.pdf>

Zino, J. (2013), *Antropología transmisión cultural, educación social, relato de la vida.* Recuperado

de: <https://antropologies.wordpress.com/2013/10/13/definiciones-de-cultura/>