

Diseño, validación e implementación de una intervención personalizada para mejorar la adherencia terapéutica en el adulto con hipertensión arterial*

Design, Validation and Implementation of a Tailored Intervention to Improve Therapeutic Adherence in Adults with Arterial Hypertension

Desenvolvimento, validação e implementação de uma intervenção personalizada para melhorar a aderência terapêutica no adulto com hipertensão arterial

Natalia Esquivel^a
Universidad Industrial de Santander, Colombia
nesquivelg@uis.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5354-6774>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.dvii>

Recibido: 15 agosto 2022
Aceptado: 03 julio 2023
Publicado: 15 octubre 2023

Wilson Cañon-Montañez
Universidad de Antioquia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0729-5342>

Alba Luz Rodríguez- Acelas
Universidad de Antioquia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7384-3522>

Resumen:

Objetivo: describir el proceso de diseño, validación e implementación de una intervención de enfermería personalizada para mejorar la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial. **Método:** estudio para el desarrollo de intervenciones según la propuesta de Sidani y Braden, que contempla el diseño de la intervención, la operacionalización en un manual de intervención y el estudio piloto. **Resultados:** la intervención sustentada en los postulados de la teoría salutogénica fue organizada en 4 sesiones, cada sesión de carácter semanal y duración de 20 minutos, presenciales y por teléfono. Los expertos (n=5) evaluaron la fidelidad teórica con una relevancia del 96 %, viabilidad del 94 % y claridad del 98 %. **Conclusión:** seguir las recomendaciones de Sidani y Braden permitió el diseño de una intervención con adecuado rigor metodológico, fundamentada en el uso de una teoría y de la evidencia científica que demuestra la fidelidad teórica y viabilidad de la intervención para mejorar la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial.

Palabras clave: adherencia terapéutica, hipertensión, intervención, educación en salud (fuente: decs bireme).

Abstract:

Objective: Describe the process of design, validation and implementation of a tailored nursing intervention to improve therapeutic adherence in adults with arterial hypertension. **Method:** Study the interventions development as proposed by Sidani & Braden, which includes the design of the intervention, operationalization of an intervention handbook and a pilot study. **Results:** The intervention based on the postulates of the salutogenic theory was organized in 4 sessions, each weekly lasting 20 minutes, in person and by telephone. The experts (n=5) evaluated the theoretical fidelity with a relevance of 96 %, feasibility of 94 % and clarity of 98 %. **Conclusion:** Following the recommendations of Sidani & Braden allowed designing an intervention with adequate methodological rigor, based on a theory and scientific evidence that demonstrate the theoretical fidelity and feasibility of the intervention to improve therapeutic adherence in adults with arterial hypertension.

Keywords: therapeutic adherence, hypertension, intervention, health education.

Resumo:

Objetivo: descrever o processo de concepção, validação e implementação de uma intervenção de enfermagem personalizada para melhorar a adesão terapêutica em adultos com hipertensão arterial. **Método:** estudo para desenvolvimento de intervenções segundo a proposta de Sidani & Braden, que inclui o concepção da intervenção, a operacionalização em manual de intervenção e o estudo piloto. **Resultados:** a intervenção baseada nos postulados da teoria salutogênica foi organizada em 4 sessões, uma semanal, com duração de 20 minutos cada, ministradas presencialmente e por telefone. Os especialistas (n=5) avaliaram a fidelidade teórica com relevância de 96 %, viabilidade de 94 % e clareza de 98 %. **Conclusão:** seguir as recomendações de Sidani & Braden permitiu

Notas de autor

^a Autora para correspondencia: nesquivelg@uis.edu.co

o desenvolvimento de uma intervenção, com rigor metodológico adequado, baseado na utilização de uma teoria e evidências científicas que demonstram a fidelidade teórica e viabilidade da intervenção para melhorar a adesão terapêutica em adultos com hipertensão arterial.

Palavras-chave: adesão terapêutica, hipertensão, intervenção, educação saudável.

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad no transmisible (ENT) que afecta a uno de cada cuatro adultos en el mundo (1); es responsable de 10,4 millones de muertes por año (2), afecta a 349 millones de personas en países de altos ingresos y 1,04 billones en países de bajos y medianos ingresos (3). Para quien recibe tratamiento, la adherencia terapéutica es uno de los factores que contribuye al control óptimo de la presión arterial.

Se estima que tan solo la mitad de las personas alcanza una buena adherencia después de un año de haberse prescrito el régimen terapéutico (4); situación que refleja la necesidad de implementar acciones y estrategias que permitan alcanzar y mantener la adherencia a largo plazo, la cual hace parte, junto a las metas de presión arterial, del desenlace esperado en el manejo de la HTA.

Conforme la definición de adherencia terapéutica establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5), esta no se limita al manejo farmacológico, sino que incluye cambios en los estilos de vida, una participación activa y empoderada del paciente en la gestión del tratamiento, con el apoyo y seguimiento por parte de los profesionales de la salud.

Bajo un enfoque de promoción de la salud centrado en la identificación y uso de los recursos personales internos y externos, enfermería facilita las oportunidades de participación y compromiso en la adopción del tratamiento, el cual depende de la capacidad del individuo para utilizar los recursos disponibles y gestionar su vida diaria (6). Estudios han demostrado que mejorar la adherencia terapéutica requiere de intervenciones complejas individualizadas, que combinen estrategias destinadas a fomentar cambios de comportamiento en salud y toma de decisiones de común acuerdo entre el paciente y profesional (7-8). Ante la poca literatura disponible que oriente a los profesionales de la salud sobre el enfoque, diseño y evaluación de las intervenciones en salud, este artículo tiene por objetivo describir el diseño de una intervención y la evaluación de la efectividad en un estudio piloto.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio para el desarrollo y evaluación de intervenciones de enfermería en el que se aplicaron dos de las cuatro fases propuestas por Sidani y Braden (9). La primera correspondió al desarrollo o modelado de la intervención, fundamentada en el análisis, crítica e integración de los supuestos de la teoría salutogénica y la revisión de literatura; la segunda consistió en la operacionalización de la intervención en un manual que especifica las actividades, acciones, dosis y modo de entrega, para garantizar la fidelidad de la intervención y evaluación de aceptabilidad, viabilidad y efectos preliminares de la intervención con un estudio piloto de tipo cuasi-experimental. Las fases tres y cuatro que corresponden a la evaluación de la eficacia y traslación de intervención no fueron consideradas en este artículo.

Fase I. Desarrollo o modelado de la intervención

Se centró en comprender y especificar el problema a intervenir utilizando dos enfoques: el teórico y el empírico. En el primero se seleccionó la teoría salutogénica, la cual describe y explica los mecanismos a través de los cuales las personas llegan a mantener y promover la salud (10). En el segundo se realizó revisión de literatura tipo *Scoping review* en la que se identificó y sintetizó la evidencia que relaciona la teoría salutogénica con la salud cardiovascular en adultos (11). Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión integrativa descriptiva (12), con el propósito de conocer la mayor evidencia disponible sobre la efectividad de intervenciones destinadas a mejorar la adherencia terapéutica en adultos con HTA.

Fase II a) Operacionalización de la intervención - fidelidad teórica

Se seleccionaron las proposiciones y los conceptos derivados de la teoría, que dieron soporte a la intervención, y se identificaron los aspectos del problema susceptible de cambio. Es decir, en dónde intervenir, cómo hacerlo y, finalmente, se delinearon las estrategias de intervención que forman los ingredientes activos, los cuales sustentan el proceso que direcciona la efectividad de la intervención. Una vez se definió la intervención a nivel conceptual, se elaboró una matriz que integra aspectos de la teoría con métodos y estrategias prácticas a utilizar, las cuales apuntan a abordar los aspectos susceptibles de cambio al integrar los componentes, actividades, acciones e ingredientes activos.

La evaluación de la fidelidad teórica se realizó mediante la aplicación de dos estrategias: la generación de la matriz y la validación de contenido de la intervención realizada por un grupo de expertos (n =5). De acuerdo con estudios previos de validación (13-14), se usó un muestreo no probabilístico *bola de nieve*, en donde se estableció contacto directo con los individuos, los cuales ayudaron en el reclutamiento de otros expertos, fue considerado un Índice de Validez de Contenido (IVC): $\geq 0,80$ (15). Aquellos que no alcanzaran este porcentaje podían ser modificados y/o sometidos a un nuevo proceso de validación. Los criterios a evaluar fueron: relevancia, viabilidad y claridad, los cuales fueron calificados así: 1 = cumplió con el criterio y 2= no cumplió con el criterio. El análisis de los resultados se efectuó en termino de proporciones. Los comentarios y observaciones de los expertos guiaron el refinamiento de la intervención. Finalmente, se elaboró el manual de intervención que detalla el objetivo, los recursos materiales, talento humano y procedimientos necesarios para ejecutarla.

Fase II b) Estudio piloto

El estudio piloto buscó determinar la relevancia del contenido de la intervención y su viabilidad, contó con grupo control y mediciones pre y post. La muestra se seleccionó por conveniencia y fue conformada por dieciocho pacientes que pertenecían a un programa de riesgo cardiovascular en una Institución Prestadora de Salud (IPS), ubicada en una ciudad del oeste de Colombia. Fueron considerados criterios de inclusión: ser mayor de edad, con diagnóstico de HTA primaria, recibir manejo farmacológico por más de seis meses, residentes en la zona urbana con servicio telefónico. Se excluyeron personas con lesión de órgano blanco, hipertensión gestacional y con diagnóstico concomitante de diabetes. Previo consentimiento informado, se evaluó la adherencia mediante la aplicación del Cuestionario de Adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial (TAQPH) validado en población colombiana (16). Se realizó ocultamiento de auxiliares encargados de realizar la recolección de los datos de adherencia. Una vez finalizada la sesión se diligenció un registro sobre las recomendaciones realizadas por los participantes, las cuales sirvieron para tomar decisiones en relación a modificar o ajustar la intervención.

Para evaluar su efecto sobre la adherencia terapéutica se utilizó la prueba U de Mann Whitney; para la comparación intragrupo en los dos momentos de medición, se aplicó la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas.

Consideraciones éticas

Se cumplieron los principios éticos de investigación del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y de la Declaración de Helsinki, además se contó con el aval del Comité de Ética de las instituciones participantes (2007/038-17).

Resultados

Fase I. Desarrollo de la intervención

Enfoque teórico

La teoría salutogénica descrita por Aaron Antonovsky (17) se centra en identificar y utilizar las capacidades, recursos internos y externos, denominado Recursos Generales de Resistencia (RGR), en lo que respecta en ayudar en la búsqueda de una salud positiva y en el reconocimiento de un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, cuya capacidad la plasma el autor en lo que designa como *sentido de coherencia* (SC). El autor propone una estrecha relación entre los RGR y el SC, de forma que el uso óptimo de los recursos internos y externos permiten que las experiencias de vida previas promuevan un alto nivel de SC; a su vez, un fuerte SC ayuda a movilizar y utilizar los recursos para afrontar los retos de la vida, incluyendo los relacionados con el mantenimiento de la salud.

Enfoque empírico - identificación de la evidencia existente

El *Scoping review* sobre salutogénesis y salud cardiovascular en adultos (11) permitió identificar que existe una relación positiva entre SC y calidad de vida, con una mayor elección y participación en comportamientos saludables, lo que soportó la intervención en términos de mejorar las fortalezas y capacidades individuales que permitirían un cambio del estilo de vida.

En cuanto a la evidencia sobre la eficacia/efectividad de intervenciones sobre la adherencia (18-19), se determinó que esta no es del todo concluyente, ya que los estudios varían en términos de población, duración, calidad, medidas de resultado y periodo de seguimiento; sin embargo, la mayoría propone que estas deben combinar estrategias centradas en el paciente, adaptadas a sus necesidades, que fomenten la participación activa en el tratamiento y que aborden los factores que la determinan. Al combinar el enfoque teórico y empírico se obtuvo la conceptualización del problema de adherencia en adultos con HTA, como se evidencia en la tabla 1.

TABLA 1
Comprensión del problema de adherencia terapéutica en adultos con HTA

Comprensión del problema a intervenir				
Naturaleza del problema	Manifestaciones	Severidad	Determinantes	Consecuencias
Comportamiento individual aprendido	Las personas con HTA presentan barreras para entender su condición de salud, pocas destrezas para afrontar la enfermedad y una baja motivación para persistir en la adherencia al tratamiento.	Lenta progresión inicialmente, incluso asintomática. Una vez que avanza puede afectar órganos.	Factores relacionados con el ambiente, el individuo (biológicos, estilos de vida) y con el sistema de salud	Baja adherencia terapéutica, ingresos hospitalarios, progreso de la enfermedad

Fuente: Elaboración propia

Fase II a) Operacionalización de la intervención - fidelidad teórica

Conceptos y proposiciones que dan sustento a la intervención

Los RGR corresponden a cualquier característica de una persona, grupo o ambiente que pueda facilitar un efectivo manejo de la tensión. Un alto SC permite ver el mundo de forma comprensible, manejable y significativo, combinando componentes conductuales, cognitivos, y motivacionales; este último se considera el más importante. Los aspectos del problema susceptibles de cambio con la intervención se apoyan en las siguientes proposiciones teóricas: la comprensibilidad permite ver y entender el entorno acorde a la realidad, la manejabilidad representa la sensación de que se dispone de los recursos necesarios para afrontar el estrés, y la significatividad es la fuerza interna que mueve a la acción.

Desde lo teórico se establece que la autorregulación y autorreflexión son formas a través de las cuales la persona es capaz de mejorar la salud. Por lo anterior, se definió que la intervención se debía centrar en el individuo y el profesional veló por un encuentro terapéutico, un ambiente de comunicación asertiva que orientara a la persona a una autorreflexión y autorregulación, llevándolo a reconocer sus recursos y la forma de hacerlos efectivos en situaciones específicas de salud. Finalmente, se realizaron sesiones de retroalimentación frente a logros en adherencia y la forma de utilización de los RGR que optimizara las capacidades y recursos individuales en acciones para el mejoramiento de la salud. A continuación se presenta la matriz generada para examinar la fidelidad teórica (tabla 2).

TABLA 2
 Matriz para examinar la fidelidad teórica de la intervención “Desplegando mis recursos personales para la adherencia” (DMRPA) para mejorar la adherencia terapéutica

Ingrediente activo	Componente	Actividades	Acciones
Comprendo la condición de salud.	Comprensibilidad-cognitivo	Proporcionar educación	* Aprendo sobre los beneficios de la adherencia. * Reconozco mis datos de presión arterial.
	Mantenimiento de la adherencia terapéutica		* Comprendo el curso normal de la enfermedad y anticipo las consecuencias de la falta de control derivada de la ineficaz adherencia terapéutica.
Desarrollo habilidades para...	Manejabilidad-conductual	Ejecutar tareas en la vida diaria.	* Realizo acciones que evidencian una conducta de adherencia.
Asumir comportamientos saludables.	Uso de la estrategia para la planificación de actividades		* Encuentro opciones o alternativas para el cambio de mi comportamiento.
			* Ejecuto un plan de acción para adoptar conductas saludables.
Participo en la toma de decisiones terapéuticas.	Significatividad-motivacional	Encontrar el sentido y el significado de asumir un comportamiento saludable.	* Incremento la autoconfianza, me siento capaz de adoptar las medidas requeridas para el cambio. *Establezco planes para afrontar los desafíos futuros. *Identifico valores y metas para el futuro.

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar la fidelidad teórica los expertos reportaron una relevancia del 96%, viabilidad del 94 % y claridad del 98 %. Finalmente, se presentó el manual de intervención de acuerdo con la lista de comprobación para la descripción y replicación de intervenciones TIDieR (20) (tabla 3).

TABLA 3

Manual de la intervención DMRPA “Desplegando mis recursos personales para la adherencia”

<p>1.Nombre: Intervención de enfermería “Desplegando mis recursos personales para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial”</p>
<p>2. Por qué (fundamento, teoría, meta): la intervención se desarrolló a partir de una revisión amplia de la evidencia empírica sobre el fenómeno de estudio, teniendo en cuenta los componentes de la teoría salutogénica. Se observó que son relevantes intervenciones individualizadas, compatibles con las necesidades y expectativas de las personas, razón por la cual se planteó esta intervención.</p>
<p>3. Qué (materiales): en el curso de la intervención se utilizó la cartilla “Mis recursos y compromisos para mantener la presión arterial normal” (Registro ISBN 978-958-48-7520-4), que consta de secciones, incluida una con información general sobre la hipertensión y recomendaciones terapéuticas; seguido de un espacio para registro de los resultados de la autorreflexión y la elaboración del plan de acción, al cual se le hizo seguimiento.</p>
<p>3. Procedimientos, actividades o procesos utilizados en la intervención</p> <p>La intervención consistió en cuatro sesiones.</p> <p>Sesión 1. Encuentro personalizado que tiene los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación sobre el grado de adherencia terapéutica. Esto sirvió como punto de partida para la reflexión sobre el estado de salud actual. Se aplicó un algoritmo de toma de decisiones para establecer qué estrategias y acciones a utilizar. 2. Identificación de recursos personales por medio de preguntas guiadas y un diálogo de escucha activa en un ambiente de confianza y empatía. En este se invita al paciente a pensar en los aspectos positivos, de forma que él mismo pudiera decidir sobre lo más conveniente para su salud, permitiendo que hiciera sus reflexiones y propuestas. En los casos en que no lograba identificar recursos, se le ofrecieron opciones de cambio con información relevante. 3. Formulación de un plan de acción acordado entre la enfermera y el paciente, en el que se establecieron objetivos y estrategias de cambio para mejorar la adherencia. 4. Cierre de la sesión mediante un resumen de lo abordado durante la sesión, se aclaran dudas y se invita al paciente a utilizar la cartilla. <p>Sesiones 2 y 3</p> <p>Se realizaron encuentros personalizados con el fin de realizar seguimiento al plan de acción elaborado en la primera sesión; se valoraron los cambios, se identificaron y reforzaron los logros obtenidos, y en los casos en los que se presentaron dificultades, se replantearon opciones y el uso de otros recursos para lograr las metas.</p> <p>Sesión 4</p> <p>Se revisaron los avances alcanzados. Se utilizó una metáfora para que la persona se reconociera a sí misma y comprendiera que la forma de ver el mundo y su actuar influyen en el mantenimiento de la salud.</p>

5. Quién proporciona la información: profesional de Enfermería entrenado en el protocolo de intervención, con experiencia en cuidados de adultos con patologías crónicas no transmisibles.
6. Cómo (modo de entrega): la primera sesión se realiza de forma presencial y tres sesiones por vía telefónica. Por último, se hace un encuentro presencial con la medición post- test y se acuerdan las estrategias para sostener los resultados.
7. Dónde: la sesión inicial y las telefónicas se realizaron en un consultorio de IPS dotado con los elementos necesarios para llevar a cabo la intervención: escritorio, computador.
8. Cuándo y cuánto: la intervención se realiza en cuatro momentos, el primero en un encuentro presencial de 20 minutos; las siguientes sesiones se llevan a cabo con intervalos de una semana y con la misma duración que la primera sesión. Las intervenciones se realizan en distintos horarios, tanto en la mañana como en la tarde, dependiendo de la disponibilidad de los pacientes.
9. Personalización: el primer momento de la intervención, que consiste en la retroalimentación, es el mismo para todos los participantes, allí se hace entrega de una cartilla. Posteriormente en la intervención hay unos componentes fijos y otros que se personalizan de acuerdo con las necesidades de los pacientes, definidos en un algoritmo de toma de decisiones.
10. Modificaciones: ninguna durante el estudio
11. Adherencia terapéutica: la intervención cuenta con una lista de chequeo que evalúa la aplicación de todos los componentes de la intervención.

Fuente: Elaboración propia

Fase II b) Estudio piloto

Características sociodemográficas

De los 18 participantes que completaron el estudio 15 (89 %) fueron mujeres y 3 hombres (11 %), con un promedio de edad de $62,4 \pm 9,6$ años. La mayoría estaban afiliados al régimen contributivo, casados, con un nivel educativo máximo de bachillerato y pertenecientes al estrato socioeconómico medio. El 61 % de los participantes, al inicio del estudio, se encontraban sin adherencia terapéutica. Al terminar, la intervención DMRPA demostró una diferencia estadísticamente significativa a favor, comparada con la atención usual, en la puntuación total y en la dimensión de dieta (ver tabla 4).

TABLA 4
Diferencias en la adherencia terapéutica entre el grupo control y el grupo de intervención al inicio del estudio y al mes

Dimensión TAQPH	Grupo	Medición inicial Media ± SD	Medición Final Media ± SD	Comparación inter grupo (U de Mann Whitney) P	Comparación intra grupo (Wilcoxon rango asignado) P
Medicación	Control	32,11 ± 5,60	32,89 ± 4,54	0,524	0,786
	Intervención	32 ± 5,36	34,78 ± 1,30		0,285
Dieta	Control	20,56 ± 4,77	24,67 ± 3,24	0,008*	0,18
	Intervención	22,4 ± 4,58	30,11 ± 3,44		0,008
Fumar y consumo de alcohol	Control	9,78 ± 1,30	9,78 ± 2,27	0,352	1
	Intervención	10,56 ± 1,23	10,89 ± 0,92		0,18
Actividad física	Control	3,78 ± 2,72	4,33 ± 2,82	0,274	0,18
	Intervención	4,33 ± 2,29	5,78 ± 2,04		0,159
Control del peso	Control	5,78 ± 1,78	5,89 ± 1,26	0,23	0,73
	Intervención	5,44 ± 1,81	6,56 ± 1,23		0,66
Manejo del estrés	Control	7 ± 1,87	8,67 ± 1,73	0,85	0,049
	Intervención	7,56 ± 1,94	8,78 ± 1,71		0,87
Total	Control	79 ± 19,93	86,22 ± 10,09	0,024*	0,08
	Intervención	85 ± 11,10	96,89 ± 7,20		0,08

*P<0,05

TAQPH: Cuestionario de Adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial
SD: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia

La intervención fue estandarizada en un manual, en el que se detalla el contenido de cada sesión, así como las instrucciones a seguir por parte de quien la realiza. A partir de los datos recogidos en el registro diligenciado después de cada sesión se revisaron las observaciones emitidas por los participantes para realizar los ajustes que se consideraron relevantes.

Discusión

Este estudio permitió diseñar e implementar una intervención personalizada para mejorar la adherencia terapéutica en el adulto con hipertensión arterial siguiendo los lineamientos propuestos por Sidani y Braden en cuanto al desarrollo, entrega, evaluación e implementación de intervenciones en salud (21). La intervención que tiene como soporte teórico la salutogénesis se centra en la identificación, uso de los RGR y del SC para lograr una mejor adherencia. En términos salutogénicos, las personas pueden percibir las situaciones como incomprensibles, no manejables o sin significado y, como tal, pueden llegar a tener dificultades para identificar y utilizar los recursos para mejorar su salud, aunque dispongan de ellos (22).

El IVC de la intervención oscilo entre 94 % y 98 %. Estos resultados se relacionan con estudios en los cuales se utilizaron los principios salutogénicos como fundamento de la intervención y en los que se realizaron pruebas previas a la implementación de la intervención, de tal forma que fuera congruente con la cultura, el entorno, que estuvieran alineadas con las prioridades, intereses del paciente y que apuntaran a mejorar diferentes dimensiones de salud (23).

Al respecto, una de las metas del cuidado de Enfermería en esta población es promover el uso de las propias habilidades para mejorar la salud, bajo un enfoque holístico y psicosocial, contribuyendo a lograr una mayor adherencia al tratamiento (24). Si bien los estudios alrededor del fenómeno de la adherencia en adultos con HTA no son concluyentes por falta de consenso sobre el abordaje, contenido o formas de entrega de las intervenciones, sí es claro que existe una necesidad continua en el desarrollo y refinamiento de programas e intervenciones que respondan a las condiciones específicas de las personas y contextos en los que van a ser aplicadas (19,25). Resulta necesario para el diseño de una intervención utilizar una teoría que fundamente el efecto terapéutico obtenido desde la perspectiva del uso del conocimiento en la práctica para mejorar el cuidado de la salud (26).

La literatura señala un variabilidad de intervenciones no farmacológicas destinadas a mejorar la adherencia, donde se incluye la disminución del consumo de alcohol, la ingesta de sodio y potasio, aumentar la actividad física y controlar el peso. En ellas se utilizan técnicas como la intervención breve, el asesoramiento, el yoga, la consejería y la terapia conductual; sin embargo, la evidencia continúa siendo limitada en el ámbito de la atención primaria (27).

Por otra parte, se revela que el uso de intervenciones personalizadas y complejas son una forma adecuada de mejorar la adherencia, pues permiten identificar barreras específicas y brindar alternativas de solución que se ajustan a la realidad del paciente (28). En este sentido, se requiere un cambio de paradigma hacia uno que involucre de forma activa a la persona y entorno en el tratamiento.

Con este estudio piloto fue posible visibilizar la relevancia de los contenidos teóricos para la población objetivo, evaluar la factibilidad, aceptabilidad y efectos de la intervención, previo a la evaluación de la efectividad y traslación, la cual conduce a evaluar la utilidad clínica y la reproducibilidad. En la actualidad, Enfermería busca implementar intervenciones basadas en la evidencia, por lo que resulta indispensable que estas sean diseñadas y evaluadas con rigor. En este sentido, los estudios piloto permiten evaluar aspectos como la viabilidad, la satisfacción de los participantes, la pertinencia del contenido, entre otros, previo a la evaluación de la eficacia (29).

Existen diferentes propuestas para el diseño de intervenciones complejas en Enfermería (30–35), todas coinciden en que su desarrollo implica un proceso sistemático, riguroso que integra un trabajo conceptual, teórico y empírico, en donde resulta fundamental la comprensión del problema, la selección de los contenidos, ingredientes activos y estrategias a partir de la revisión de literatura, integración de la teoría y la investigación.

Limitaciones

Este estudio, por corresponder a un piloto, presenta un tamaño de muestra delimitado, lo que no permite generalizar los resultados, pero se considera una base importante para futuros estudios.

Conclusiones

Fue posible desarrollar, validar e implementar una intervención personalizada para favorecer la adherencia terapéutica en el adulto con HTA en el escenario de atención primaria, la cual se proyecta de utilidad para los profesionales de enfermería dentro del cuidado integral que permite fomentar la colaboración del paciente en la búsqueda y mantenimiento de su salud. A partir de los resultados es posible avanzar hacia la evaluación de la eficacia de esta intervención en un ensayo clínico aleatorizado y, de acuerdo con los resultados, realizar su traslación al ámbito clínico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

Ninguna

Agradecimientos

A los enfermeros que participaron en la validación de la intervención y a los pacientes que hicieron parte del estudio piloto.

Referencias

1. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
2. GBD 2017 Risk Factor. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. *Lancet*. 2018;Nov 10;392((10159)):1923-94. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
3. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-based Studies from 90 Countries. *Circulation*. 2016;134(6):441-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>
4. Hill M, Miller N, Degeest S, Materson B, Black H, Izzo JJ, et al. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J Am Soc Hypertens*. 2011;5(1):56-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jash.2011.01.001>
5. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. p. 209. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
6. Moons P, Norekval TM. Why some people do well and others don't. The role of sense of coherence in disease adaptation. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(8):672-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1474515118787416>

7. Conn VS, Ruppap TM, Chase JD, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 2015;17(12:94). Disponible en: <https://doi.org/10.1007%2Fs11906-015-0606-5>
8. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database*. 2014;20(11). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>
9. Sidani S. *Health Intervention Research. Understanding Research Design & Methods*. United Kingdom: SAGE; 2015. 247 p. Disponible en: <https://doi.org/10.4135/9781473910140>
10. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. *The Handbook of Salutogenesis*. Springer; 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
11. Esquivel N, Díaz L. Salutogénesis y salud cardiovascular en adultos: scoping review. *Texto Context Enferm*. 2020;29:1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0376>
12. Whittemore R, Knaff K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
13. Delgado-Rico E, Carretero-Dios H, Ruch W. Content validity evidences in test development: An applied perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology. Int J Clin Heal Psychol*. 2012;12(3):449-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33723713006.pdf>
14. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2015;28(3):547-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014
15. Polit D, Beck C, Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
16. Esquivel N, Díaz LP. Validity and Reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *Invest. Educ. Enferm*. 2019;37(3):e09. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v37n3e09>
17. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987. 238 p. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0714980800007133>
18. Gwadry-Sridhar FH, Manias E, Lal L, Salas M, Hughes DA, Ratzki-Leewing A, et al. Impact of interventions on medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension: A systematic review by the ISPOR medication adherence and persistence special interest group. *Value Heal [Internet]*. 2013;16(5):863-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2013.03.1631>
19. Morrissey EC, Durand H, Nieuwlaat R, Navarro T, Haynes RB, Walsh JC, et al. Effectiveness and content analysis of interventions to enhance medication adherence and blood pressure control in hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Heal*. 2017;32(10):1195-232. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1273356>
20. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348(g1687). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
21. Sidani S. *Health Intervention Research. Understanding Research Design & Methods*. UK: SAGE; 2015. 247 p. Disponible en: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/health-intervention-research/book239283>
22. Bauer GF, Roy M, Bakibinga P, Contu P, Downe S, Eriksson M, et al. Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health Promot Int*. 2019;1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/daz057>
23. Polhuis C, Bouwman L, Vaandrager L, Soedamah-Muthu, SS Koelen M. Systematic review of salutogenic-oriented lifestyle randomised controlled trials for adults with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 2020;Apr;103(4):764-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/daab020>
24. Drevenhorn E. A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. *Int J Hypertens*. 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/2858253>

25. Lu Z, Cao S, Chai Y, Liang Y, Bachmann M, Suhrcke M, et al. Effectiveness of interventions for hypertension care in the community a meta-analysis of controlled studies in China. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:2-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-216>
26. Younas, A, Quennell S. Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(3):540-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12670>
27. Dhungana R., Pedisic Z, de Courten M. Implementation of non-pharmacological interventions for the treatment of hypertension in primary care: a narrative review of effectiveness, cost-effectiveness, barriers, and facilitators. *BMC Prim Care.* 2023;298(2022). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01884-8>
28. Hai-Yan X, Yong-Ju Y, Zhang Q-H, Hu H-Y, Li M. Tailored Interventions to Improve Medication Adherence for Cardiovascular Diseases. *Front Pharmacol.* 2020;11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.510339>
29. Friedman L, Furberg C, DeMets D, Reboussin D, Granger C. *Fundamentals of clinical trials.* Springer; 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-18539-2>
30. Conn V, Rantz M, Wipke-Tevis D, Maas M. Designing effective nursing interventions. *Res Nurs Heal.* 2001;Oct;24(5):433-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nur.1043>
31. Whittemore R, Grey M. The systematic development of nursing interventions. *J Nurs Sch.* 2002;34(2):115-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00115.x>
32. van Meijel B, Gamel C, van Swieten-Duijffes, B Grypdonck M. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *J Adv Nurs.* 2004;Oct; 48(1):84-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x>
33. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Louise K A, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Br Med J.* 2000;321(7262):694-6. Disponible en: <http://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>
34. Corry M, Clarke M, While AE, Lalor J. Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. *J Clin Nurs.* 2013;Sep;22(17-18):2366-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.12173>
35. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Bmj.* 2008;337:a1655. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

Notas

- * Artículo original de investigación.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Cómo citar este artículo: Esquivel Garzón, N., Cañon-Montañez, W., & Rodríguez- Acelas, A. L. . (2023). Diseño, validación e implementación de una intervención personalizada para mejorar la adherencia terapéutica en el adulto con hipertensión arterial. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.dvii>