

Investigación-acción y adherencia a la terapia antihipertensiva en el contexto familiar

Pesquisa-ação e adesão à terapia anti-hipertensiva no contexto familiar

Action research and adherence to antihypertensive therapy in the family context

Recibido: 11/09/2020

Aprobado: 02/04/2021

Publicado: 14/10/2021

Gabriela de Sousa Lima¹
Héryka Laura Calú Alves²
Céli da Juliana de Oliveira³
Rosely Leyliane dos Santos⁴
Emiliana Bezerra Gomes⁵

Se trata de un estudio cualitativo, mediante investigación-acción realizado en el interior de Ceará, Brasil, entre septiembre de 2018 y octubre de 2019, con el objetivo de identificar los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento de la hipertensión y proponer estrategias educativas en el contexto familiar que contribuyan a su mejora. Participó una familia con dos personas con hipertensión y dos sin ella, todos adultos. Se realizaron ocho visitas domiciliarias con acciones desde evaluación de necesidades hasta educación en salud. Las entrevistas se grabaron en audio y algunos datos de observación se registraron en un diario de campo. Los datos se interpretaron mediante un análisis de contenido. Surgieron tres unidades temáticas y ocho unidades de significado: *Factores que dificultan el tratamiento antihipertensivo (El uso de la medicación como obstaculizador para el tratamiento; Hábitos alimenticios inadecuados; y Las comorbilidades en justificación al sedentarismo); Conocimiento sobre el tratamiento antihipertensivo (Conocimiento formal e informal; y Evaluación de las intervenciones y visitas domiciliarias) y Resultados de las intervenciones educativas*. Los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento fueron los conocimientos deficientes, la dieta inadecuada, los fallos en el uso de la medicación y la ausencia de actividad física. La evaluación tras las intervenciones mostró una mejora de los conocimientos de las familias sobre la hipertensión y sus complicaciones, una disminución del consumo de sodio y un aumento de la adherencia a la actividad física. Las intervenciones educativas de seguimiento, acordadas con la familia, promovieron reflexiones y cambios en el estilo de vida con un impacto positivo en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Descriptor: Enfermería; Hipertensión; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Familia.

Trata-se de um estudo qualitativo, com uso da pesquisa-ação realizada no interior cearense, entre setembro de 2018 a outubro de 2019, com o objetivo de identificar fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial e propor estratégias educativas no contexto familiar que contribuiriam para sua melhoria. Participou uma família com duas pessoas com hipertensão e duas sem; todas adultas. Realizou-se oito visitas domiciliares com ações de: levantamento de necessidade, até educação em saúde. As entrevistas foram audiogravadas e alguns dados de observação constaram como diário de campo. Os dados foram interpretados pela análise de conteúdo. Três unidades temáticas e oito unidades de significado emergiram: *Fatores que dificultam o tratamento anti-hipertensivo (O uso do medicamento como dificultador no tratamento; Hábitos alimentares inadequados; e, As comorbidades na justificativa ao sedentarismo); Conhecimento sobre o tratamento anti-hipertensivo (Saber formal e informal; e, Avaliação das intervenções e visitas domiciliares) e Resultados das intervenções educativas*. Os fatores interferentes na adesão ao tratamento eram o conhecimento deficiente, alimentação inapropriada, falhas no uso da medicação e a ausência de atividade física. A avaliação após intervenções apontou melhora do conhecimento familiar sobre a hipertensão e complicações, diminuição do consumo sódico e aumento da adesão à atividade física. As intervenções educativas de seguimento, pactuadas com a família, promoveram reflexões e mudanças no estilo de vida de impacto positivo na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Descriptor: Enfermagem; Hipertensão; Cooperação e adesão ao tratamento; Família.

This is a qualitative study, using action research carried out in the interior of the state of Ceará, Brazil, between September 2018 and October 2019. It aimed to identify factors that interfere with adherence to treatment for hypertension and proposing educational strategies in the family context that would contribute to its improvement. The participants were four adult members of the same family, of which two suffered from hypertension and two who did not. Eight home visits were carried out with actions ranging from: needs assessment to health education. The interviews were audio-recorded and some observation data were included in a field diary. Data were interpreted by content analysis. Three thematic units emerged and eight units of meaning: *Factors that hinder antihypertensive treatment (Use of medication as a complicating factor in the treatment; Inadequate eating habits; Comorbidities in justifying sedentary lifestyle); Knowledge about antihypertensive treatment (Formal and informal knowledge; and Assessment of interventions and home visits) and Outcomes of educational interventions*. Factors interfering with treatment adherence were deficient knowledge, inappropriate diet, failure to use medication and lack of physical activity. The evaluation after interventions showed improvement in family knowledge about hypertension and complications, decreased sodium consumption and increased adherence to physical activity. Follow-up educational interventions, agreed by the family, promoted reflections and lifestyle changes with a positive impact on adherence to antihypertensive treatment.

Descriptor: Nursing; Hypertension; Treatment adherence and compliance; Family.

1. Enfermera. Estudiante de Maestría en el Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidade Regional do Cariri (PPGE-URCA), Crato, CE, Brasil. ORCID: 0000-0003-0598-3395 E-mail: gabrielades@hotmail.com
2. Enfermera. Estudiante de Maestría en la PPGE-URCA, Crato, Ceará, Brasil. ORCID: 0000-0002-1671-162X E-mail: herykalaura@hotmail.com
3. Enfermera. Especialista en Enfermería Clínica. Especialista en Gestión en Salud. Maestra en Cuidados Clínicos en Salud. Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta de PPGE-URCA, Crato, CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-8900-6833 E-mail: celida.oliveira@urca.br
4. Enfermera. Especialista en Asistencia y Gestión en Salud Familiar. Maestra en Enfermería. Estudiante de Doctorado en Enfermería por la Universidade Federal do Ceará. Profesora de la URCA, Crato, CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-3908-8834 E-mail: rosely.santos@urca.br
5. Enfermera. Especialista en Salud Pública. Maestra y Doctora en Cuidados Clínicos en Salud. Investigadora Posdoctoral en Enfermería. Profesora Adjunta de PPGE-URCA, Crato, CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-7135-512X E-mail: emiliana.gomes@urca.br

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son una importante causa de mortalidad en el mundo, además de afectar a la calidad de vida de miles de personas debido a las complicaciones y discapacidades derivadas de las mismas, generando pérdidas personales y sociales para las familias y aumentando las desigualdades y la pobreza¹.

Entre las ECNT, las enfermedades cardiovasculares (ECV) tienen una alta prevalencia en Brasil, especialmente la hipertensión², enfermedad que en el estado de Ceará, tuvo un aumento de la tasa de mortalidad del 8,0% al 20,3% por cada 100.000 habitantes entre 1998 y 2018³. Las ECV aumentan en un 20% los gastos en los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios⁴.

La adherencia al tratamiento antihipertensivo es un factor determinante en el control de la presión arterial, la prevención de agravios y eventos cardiovasculares con o sin daños, y está necesariamente ligada a las condiciones de autocuidado y acceso al cuidado multiprofesional en salud⁵. El enfermero tiene la capacidad de promover el conocimiento sobre el tratamiento, las complicaciones y la adopción de un estilo de vida saludable (EVS) a las personas con hipertensión para una mayor adherencia terapéutica y la mejora del autocuidado⁶.

En la atención primaria a la salud (APS), la educación en salud es una herramienta importante en la adopción de medidas sanitarias y la participación popular; por lo tanto, no prescinde del uso de metodologías activas y participativas que lleguen a los diversos públicos en una perspectiva colectiva, continua y atractiva, considerando los conocimientos previos individuales, familiares y comunitarios de forma inclusiva y culturalmente contextualizada^{7,8}.

El hogar es un entorno culturalmente posible y fértil para los talleres de educación en salud; a través de las visitas domiciliarias, el vínculo entre el profesional, el investigador, la familia y la comunidad se fortalece y proporciona un espacio para el intercambio de experiencias y el aprendizaje mutuo⁹, aumentando las posibilidades de adherencia al tratamiento¹⁰.

La necesidad de trabajar en el tema surge de la brecha en el seguimiento de la familia de los usuarios diagnosticados con hipertensión arterial, utilizando intervenciones y acciones educativas para ayudar en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, porque estudios¹¹⁻¹⁴ muestran que la participación de la familia es esencial para mejorar la adherencia de las personas con hipertensión, además de promover la autonomía de la familia frente a las condiciones crónicas de salud. Así, este estudio tuvo como objetivo identificar los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y proponer estrategias educativas en el contexto familiar que contribuyan a su mejora.

MÉTODO

Se trata de una investigación cualitativa con referencia teórica y metodológica de investigación-acción, valiosa por permitir la interacción, autonomía y cooperación de los participantes en el estudio en la mejora de las realidades. Las siguientes fases del método ocurrieron simultáneamente: 1) fase exploratoria - definición compartida del tema de investigación entre la investigadora y los participantes; 2) fase de planificación - acuerdo temporal e instrumental del seguimiento; 3) fase de acción - ejecución de acciones con ayuda de la teoría, seminarios y recogida de datos; 4) fase de evaluación y difusión de los datos¹⁵.

El estudio fue realizado en el ámbito domiciliario de una familia, de una comunidad periférica, asistida por una Unidad Básica de Salud de la Familia (UBSF), en una ciudad del interior de Ceará. Los participantes seleccionados para el estudio cumplían los criterios de inclusión: ser una familia con uno o más miembros adultos o ancianos diagnosticados de hipertensión y clasificados como vulnerables por la Escala de Riesgo Familiar¹⁶.

En la fase exploratoria, se buscó la UBSF y, con la ayuda de la enfermera y de la agente comunitaria de salud (ACS), se hizo una recopilación de familias vulnerables con personas diagnosticadas de hipertensión, en tratamiento y en seguimiento, enumerando cinco familias.

Posteriormente, se realizaron visitas domiciliarias a estas familias, previamente programadas, en compañía de ACS, para confirmar la vulnerabilidad familiar mediante la aplicación de la Escala de Riesgo Familiar¹⁶ y explicar sobre el estudio.

Se seleccionó la familia con el estrato de puntuación más alto - “nueve o más puntos”- clasificada como R3 (riesgo máximo) de vulnerabilidad y se le invitó a participar y a hacer un seguimiento. A continuación, se llevó a cabo la fase de planificación inicial de las acciones de seguimiento en líneas de tiempo, en persona y a distancia, mediante el uso de tecnologías comunicativas accesibles a la familia.

La fase de planificación se produjo en asociación con la fase de acción, con la preparación teórica y metodológica de las investigadoras para llevar a cabo las intervenciones, a partir de las demandas compartidas en los seminarios y la discusión con la familia.

La fase de acción siguió con el seguimiento de la familia y la recogida de datos a través de visitas domiciliarias previamente programadas, en el entorno de la sala de estar, con los participantes dispuestos en forma circular, para facilitar el contacto visual del grupo, sin delimitar el tiempo de duración de las reuniones a priori, dejando a los miembros de la familia libres para expresar sus sentimientos. Se contó con el apoyo de una segunda investigadora en la conducción de los debates y la promoción de los seminarios que buscaban enumerar y elaborar medios para la solución de los problemas relacionados con la adhesión.

Los *feedbacks*, las evaluaciones y la determinación de nuevos temas y su enfoque se produjeron de forma paralela a la recogida de datos y todos estos puntos se trabajaron en los talleres de intervención en grupos de discusión, celebrados después de la segunda visita domiciliaria (VD). Entre una visita y otra, el seguimiento no presencial se produjo a través de las tecnologías de comunicación, aplicaciones de redes sociales como *Facebook*[®], *Instagram*[®] y *WhatsApp*[®], y las llamadas telefónicas, lo que proporcionó cercanía, confianza y vínculo.

La recogida de datos se produjo entre septiembre de 2018 y octubre de 2019, con ocho reuniones presenciales y un seguimiento a distancia. Las técnicas de recogida de datos fueron entrevistas colectivas, grabadas previa autorización de la familia a través del grabador de teléfono móvil y anotaciones en un diario de campo que incluía también el contenido originado por los contactos a través de llamadas y aplicaciones o redes sociales.

El análisis de los datos se realizó en paralelo a la recogida de datos y se ancló en los *feedbacks*. La técnica utilizada fue el análisis de contenido del corpus de las grabaciones y del diario de campo, mediante la agregación de las unidades de significado y del contexto en la determinación de las categorías, para obtener un concepto que englobara todo lo que se dijo sobre un determinado tema¹⁷. Los participantes se identificaron con la letra “F” como referencia a la palabra “familiar” acompañada de números cardinales secuenciales (1, 2, 3, 4).

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación, con el número de dictamen 2.895.662.

RESULTADOS

La familia participante consistía en cuatro personas: una abuela de 83 años, anciana, viuda, diagnosticada de hipertensión, jubilada y analfabeta; una madre de 52 años, casada, diagnosticada de hipertensión y diabetes mellitus, que ejercía su función de ama de casa y tenía estudios primarios completos; un hijo de 31 años, soltero, sin morbilidad diagnosticada pero con antecedentes de crisis hipertensivas, con estudios superiores completos y una hija de 23 años, soltera, con estudios secundarios completos y ambos hijos con ocupación informal remunerada. La descripción de las fases y acciones desarrolladas se describe en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Descripción de la investigación-acción realizada en el hogar. Crato - CE, 2019.

VD	Actividades desarrolladas	Material utilizado	Responsables	Propuestas acordadas
1 ^a	Aplicación de la escala de Riesgo Familiar; Selección de la Familia.	Papel Bolígrafo	Investigadora principal ACS	Explicaciones sobre el estudio e invitación a participar; Programación de la segunda visita.
2 ^a	Discusión sobre el tema central “adherencia terapéutica hipertensiva”; Evaluación de los conocimientos de la familia sobre la hipertensión; Acuerdo acerca de talleres pedagógicos - Temas listados: Hipertensión y sus complicaciones; Alimentación saludable; Uso de plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión; Selección de los materiales y la dinámica de los talleres	Grabador digital Papel Bolígrafo	Investigadora principal Investigadora auxiliar Familiares	Planificación de los talleres pedagógicos por parte de las investigadoras, basándose en las directrices sobre hipertensión y los artículos científicos. Programación del día y la hora de la próxima visita.
3 ^a	Intervención: Hipertensión y sus complicaciones.	Grabador digital Dibujos propios en carteles Vídeos disponibles de manera gratuita en la plataforma YouTube®	Investigadora principal Investigadora auxiliar Familiares	La familia pone en práctica lo aprendido durante la intervención; Programación de la próxima visita.
4 ^a	Intervención: Alimentación saludable. Intervención: Uso de plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión.	Grabador digital Ingredientes para un postre saludable. Ingredientes para la sal de hierbas. Cartel con imágenes de alimentos poco saludables (con sus respectivas cantidades de sal y/o azúcar) consumidos por la familia <i>Alpinia speciosa</i> utilizada popularmente para tratar la hipertensión.	Investigadora principal Investigadora auxiliar Familiares	La familia pone en práctica lo aprendido durante la intervención; Programación de la próxima visita.
5 ^a	Evaluación de los conocimientos resultantes de las intervenciones. Evaluación de las intervenciones realizadas a través de talleres pedagógicos.	Grabador digital Papel Bolígrafo	Investigadora principal Investigadora auxiliar	La familia pone en práctica lo acordado durante las visitas: el uso de alimentos bajos en calorías y sodio y la reducción del uso de azúcares; realización de actividades físicas y el uso de plantas medicinales para el uso de tés en asociación con la medicación prescrita.
6 ^a	Evaluación de las estrategias acordadas en la visita anterior; Evaluación de las necesidades, lo que dio lugar a la solicitud de una nueva intervención sobre la alimentación.	Grabador digital Papel Bolígrafo	Investigadora principal Familiares	Programación de la próxima visita; Planificación del taller pedagógico por parte de las investigadoras, basándose en las directrices y evidencias científicas.
7 ^a	Aplicación de la intervención solicitada: Refuerzo sobre el tema “Alimentación saludable”.	Grabador Muestras de alimentos, saludables y no saludables, presentes en la dieta familiar y dos cuadros con las palabras: “saludable” y “no saludable”.	Investigadora principal Investigadora auxiliar Familiares	La familia pone en práctica lo decidido durante la visita (uso de alimentos bajos en calorías y sodio y reducción del uso de azúcares). Programación de la próxima visita.
8 ^a	Evaluación de los conocimientos y acciones incorporados por los familiares en su vida cotidiana. Evaluación de las intervenciones realizadas.	Grabador Papel Bolígrafo	Investigadora principal Investigadora auxiliar Familiares	-

El análisis del corpus generado en las visitas domiciliarias permitió el levantamiento de tres unidades temáticas y ocho unidades de significado: *Factores que dificultan el tratamiento antihipertensivo (El uso de la medicación como obstaculizador para el tratamiento; Hábitos alimenticios inadecuados; y Las comorbilidades en justificación al sedentarismo); Conocimiento sobre el tratamiento antihipertensivo (Conocimiento formal e informal; y Evaluación de las intervenciones y visitas domiciliarias) y Resultados de las intervenciones educativas (Uso de alimentos bajos en sodio y calorías; Uso de plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión; y Realización de actividades/ejercicios físicos).*

Factores que dificultan el tratamiento antihipertensivo

Se refiere a los factores identificados en las declaraciones de los familiares sobre lo que dificulta la realización del tratamiento antihipertensivo. La familia creía que la hipertensión era una enfermedad que sólo se trataba con fármacos antihipertensivos y desconocía las principales complicaciones derivadas de la falta de adherencia al tratamiento. Los familiares a los que no se les diagnosticó la enfermedad desconocían el carácter genético del riesgo de desarrollarla.

- El uso de la medicación como obstaculizador para el tratamiento

Cuando se les preguntó sobre cómo se llevaba a cabo el tratamiento de la hipertensión, uno de los participantes con este diagnóstico mencionó inmediatamente la medicación antihipertensiva como un obstáculo en el tratamiento, debido a la necesidad de tomarla a la hora correcta, prescrita en la indicación médica, que se identificó antes y después de la aplicación de las intervenciones, especialmente en lo que se refiere al olvido de la hora de tomar el medicamento, evidente en los discursos:

[...] *Tomar la medicina correctamente, a tiempo! Eso es lo que no hago.* (F2 en la primera VD)

La persona no toma el medicamento en el momento adecuado. (F2 en la quinta VD)

- Hábitos alimenticios inadecuados

Uno de los factores más citados durante las visitas domiciliarias fue el hábito alimenticio de la familia de consumir alimentos ricos en sal, grasas y azúcares, señalado como la principal dificultad frente a otras. La mitad de los participantes demostró conocer los riesgos causados por unos hábitos alimenticios inadecuados y, aun siendo conscientes, seguían consumiendo estos alimentos de forma espontánea. Un estilo de vida que dificulta el tratamiento de la hipertensión por su baja adherencia:

La actividad física, puedo hacerla, ¡pero la comida es peor! [...] (F3 en la cuarta VD)

Sabes que no puedes comer algo graso, pero vas allí y cometes el acto de comer. [...] Por eso digo que es conciencia, ¡comes, pero eres consciente de la consecuencia! (F4 en la cuarta VD)

Vives parado comiendo todo lo que viene, ¿no es verdad? ¡Sí, queda difícil! ¡Comer sal, abrir la boca y comer todo lo que no debería! (F2 en la cuarta VD)

- Las comorbilidades en justificación al sedentarismo

Otro factor recurrente en las declaraciones de los participantes fue la falta de actividad/ejercicio físico y sus consecuencias para la salud. Aunque la familia era consciente de la orientación profesional sobre la importancia de la actividad física y la necesidad de tener una vida activa, cuando se les preguntó por las razones para no practicar actividades/ejercicios físicos, las justificaciones fueron las molestias físicas, como el dolor en las extremidades inferiores.

[...] *ellos (los profesionales de la salud) siempre recomiendan a la persona que haga actividad física, ¿no? [...]* (F2 en la segunda VD)

Ahora no lo hago porque la actividad física que debo hacer es caminar. ¡Lo he intentado muchas veces pero me perjudica! Me quedo dos o tres días sin poder caminar. Luego tengo que hacer hidrogimnasia, lo estaba haciendo, luego dejó de hacerlo porque allí (en el servicio) está en obras. [...] Me parece muy bien salir a pasear, ¡pero no puedo hacerlo! (F2 en la segunda VD)

Me duelen las piernas [...] ¡es porque tengo dolores reumáticos! (F1 en la segunda VD)

Ninguno de los participantes tenía una vida activa, pero uno de ellos ya había intentado realizar ejercicio físico, sin éxito a causa del dolor, señalando la necesidad de un seguimiento profesional para realizar ejercicios adaptados a sus condiciones físicas, para obtener resultados

positivos en el tratamiento. Había tristeza en el tono de voz y en las expresiones faciales de los participantes cuando afirmaban que no estaban lo suficientemente sanos para realizar actividades físicas.

Después de las intervenciones, cuando se les preguntó por las dificultades del tratamiento, hubo una necesidad por parte de la familia de explorar los temas “*alimentación saludable*” y “*actividad/ejercicio físico*”, ciertamente por la persistencia de los mismos hábitos inadecuados identificados en la primera y segunda VD.

Conocimiento sobre el tratamiento antihipertensivo

En cuanto a los conocimientos previos relacionados con la hipertensión, los familiares expresaron una visión limitada de la enfermedad.

- Conocimientos formales e informales

Se identificaron los conocimientos informales, adquiridos a través de experiencias de vida e informes de otras personas. Las respuestas se limitaron a señalar la elevación de los niveles arteriales como causa de posibles problemas cardíacos, sin mayores relaciones con otras complicaciones y desarrollo de discapacidades o incluso la muerte.

Sólo sé que la presión alta es una enfermedad muy peligrosa, ¿verdad? Incluso puede atacar el corazón, la persona adquiere problemas cardíacos. (F2 en la segunda VD)

La presión arterial sube, ¿verdad? (F3 en la segunda VD)

Tras la aplicación de los talleres educativos, se volvió a preguntar a la familia sobre la definición de hipertensión. Se observó en las respuestas el conocimiento formal, proveniente de orientaciones proporcionadas. Las respuestas fueron completas, con información de base científica, como en las siguientes afirmaciones en las que el participante aborda la cronicidad de la enfermedad, que no hay cura, sino control, incluyendo términos técnicos, “*elevación de la presión*” y partes sobre el mecanismo de acción de la enfermedad, los factores de riesgo y las complicaciones:

Incurable, ¿verdad? (F1 en la quinta VD)

La hipertensión es una enfermedad que es causada por una mala alimentación, la preocupación, el exceso de sal, el exceso de peso, hay la cuestión de la grasa en las arterias, que hace que las arterias queden más delgadas, lo que puede causar un ataque al corazón, un accidente cerebrovascular, [...] enfermedades en los riñones que nadie piensa que puede suceder, puede estar conectado. (F3 en la quinta VD)

¡Es la presión arterial alta! (F4 en la quinta VD)

Después de cada visita de evaluación, se determinó un tiempo para que los familiares pusieran en práctica las propuestas acordadas para mejorar la adherencia al tratamiento de la hipertensión.

Aunque los miembros de la familia eran conscientes de sus inadecuados hábitos alimenticios y de la falta de ejercicio/actividad física, sabían que no era la mejor opción, y aunque no podían poner en práctica completamente las acciones acordadas, intentaron reducir la ingesta de sal y volvieron a realizar actividades y/o ejercicios físicos después de las intervenciones, mejorando la adherencia. También se mencionó el uso de tés popularmente utilizados para reducir la presión arterial, pero esta vez indicados como ayudas al tratamiento, sin poder controlar la presión arterial por sí mismos.

Yo como comida con sal, ¡pero no salada! Si la comida está salada, no la como, no me gusta la comida salada... (F1 en la octava VD)

[...] ¡Entonces la presión subió! Entonces el doctor dijo “¡Esta comida ahí, aumenta!” ¡Tengo conciencia! (F2 en la octava VD)

Estoy haciendo de nuevo (actividad física)! (F2 la séptima VD)

No tiene sentido comer algo salado y beber té, ¿verdad? El té lo soluciona, pero... desgraciadamente no es suficiente. (F2 en la séptima VD)

- Evaluación de las intervenciones y las visitas domiciliarias

En cuanto a la asistencia por parte de los profesionales de salud, antes de las intervenciones, las respuestas se centraban en las directrices sobre la enfermedad, la consulta médica y orientaciones de la agente comunitaria de salud (ACS). Tras las intervenciones, las respuestas se centraron más en la prevención de los factores de riesgo, las complicaciones y los mecanismos de funcionamiento.

Cuando se le preguntó sobre el seguimiento con visitas domiciliarias, una de las participantes (F2) sugirió que estas intervenciones también podrían aplicarse a las familias que no tuvieran un seguimiento por parte de una UBSF o un profesional de la salud, haciendo hincapié en el vínculo con la ACS:

No es que quiera vanagloriarme, pero hay gente que sigue siendo lega hasta en las cosas, es que como he dicho la ACS habla mucho con nosotros, hay gente que no tiene ninguna orientación. (F2 en la quinta VD)

Al evaluar las intervenciones, las respuestas de los familiares fueron positivas, pero dejaron en claro que las orientaciones aún no eran aplicadas en su totalidad, de lo planificado durante la investigación-acción, sin embargo, hubo un cambio de hábitos e incorporación de conocimientos con reflejos sobre la adherencia terapéutica antihipertensiva:

¡Me pareció bueno! ¡Muy bueno! Lo sé, ¿verdad? (Sobre la comida) Aunque no lo siga al pie de la letra, pero mejoró, ¡ahora sé cosas! (F2 en la quinta VD)

Resultados de las intervenciones educativas

Tres aspectos son marcantes: el uso de alimentos bajos en sodio y calorías; el uso de plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión; y la realización de actividades/ejercicios físicos.

- Uso de alimentos bajos en sodio y calorías

En cuanto a las propuestas de ingesta de una dieta baja en sodio y calorías enumeradas por la investigadora y la familia en visitas anteriores, la investigadora preguntó sobre la persistencia de un factor obstaculizador principal para la adherencia al tratamiento de la hipertensión. Tal y como se expresa en el discurso, la dieta sigue siendo este factor obstaculizador.

El participante (F2) insistió en la dieta como factor obstaculizador, sin embargo, en esa misma reunión se reforzaron los riesgos de los hábitos de vida con la ingestión de alimentos poco saludables:

¡Hay! La comida. (F2 en la séptima VD)

¡He mejorado! Después de ese día que viniste aquí mejoré, ¡mejoré! Era la sal, era sólo la sal. (F2 en la octava VD)

El hábito de consumir alimentos con alto contenido en sodio tuvo una mejora, ya que redujeron el consumo de sal en sus comidas. Sin embargo, los familiares seguían identificando su dieta como inadecuada y decían que estaban conscientes de que no estaban tomando la decisión correcta, pero que, por razones desconocidas, posiblemente por cuestiones culturales, no podían ponerla totalmente en práctica:

No, pero a veces quién comete errores soy yo, pienso "¡Ah, tengo hambre!" ¡Entonces voy allí y compro sushi! (F3 en la octava VD)

- Uso de plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión

Se señala de nuevo el uso de té para reducir la presión arterial. Y, en este punto, hubo conciencia de los participantes en la revisión de este hábito:

El té lo soluciona, pero... lamentablemente no tanto. Había dejado de comer el pan y he vuelto a comerlo... (F2 en la séptima VD)

- Realización de actividades/ejercicios físicos

Esta fue la parte mejor contemplada en relación con las otras prácticas, como se señala en el siguiente discurso:

Estoy haciendo de nuevo! (F2 la séptima VD)

DISCUSIÓN

Durante el seguimiento de la familia, fue posible promover la reflexión y el cambio de comportamiento con una reflexión directa sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo entre sus miembros con hipertensión apoyada por comportamientos más saludables con la eliminación de los factores de riesgo modificables entre los no diagnosticados, fortaleciendo el cuidado en el contexto familiar. Porque la familia es una unidad de cuidado y un sistema de interacción entre los propios miembros. Corresponde a los profesionales de la salud elaborar un plan de atención teniendo en cuenta la vulnerabilidad, la estructura familiar y la cultura, ya que tener a alguien con ECNT afecta a todos los miembros de este núcleo¹⁸.

La familia estudiada presentaba una alta vulnerabilidad, como: hipertensión arterial, analfabetismo, ancianos de más de 70 años y diabetes mellitus. Estos factores abren posibilidades de ordenar y aplicar las acciones según las características reales y las necesidades de salud de las familias¹⁹.

Estas acciones cuando se aplican a los ancianos con hipertensión deben considerar su nivel educativo y el apoyo familiar²⁰, lo que contribuye positivamente a la adherencia al tratamiento de las personas con hipertensión²¹.

Las prácticas pueden ser mejoradas tras la implementación de acciones personalizadas realizadas a través de visitas domiciliarias, caracterizadas como un instrumento de búsqueda activa, identificación de vulnerabilidad, diagnóstico local y planificación de estrategias a partir de las necesidades²² identificadas al ingresar al hogar y mediante la construcción de un vínculo, percibir intimidades, sentimientos, debilidades y potencialidades en el núcleo familiar.

La construcción del vínculo se produjo a través de la acogida y la escucha, con la ayuda de las tecnologías de la comunicación, como las llamadas telefónicas y el uso de las redes sociales para facilitar el acceso, la aproximación y el seguimiento familiar, especialmente en el tiempo entre las visitas y las intervenciones, lo que permitió el afecto y la confianza.

Las tecnologías de la comunicación fueron percibidas positivamente en la perspectiva de los pacientes atendidos por un Programa de Telemedicina en Cardiología en el estado de Pernambuco, quienes informaron haber obtenido una respuesta rápida de los profesionales de la salud de forma práctica y fácil²³. Destaca la vigilancia de la salud mediante el uso de *WhatsApp*[®], ya que es un medio de comunicación abierto, inmediato y accesible²⁴.

Cuanto más frecuentes sean las intervenciones de educación en salud y cuanto más ilustrado y sencillo sea el material educativo, mejor será la accesibilidad y la comprensión por parte de los participantes con bajo nivel de alfabetización o analfabetos y mayor será la contribución a la adherencia al tratamiento no farmacológico de las personas con hipertensión²⁵.

El uso de talleres pedagógicos como método de intervención proporcionó la participación activa de los individuos y permitió la reflexión crítica sobre los temas trabajados, permitiendo la adopción de un estilo de vida saludable no sólo para las personas con hipertensión, sino para toda la familia²⁶.

En cuanto al uso de materiales educativos, en una investigación realizada con 145 ancianos diagnosticados de hipertensión en dos UBSF, se sugirió el uso de recursos educativos adecuados a su nivel de estudios, ya que el bajo nivel educativo es una barrera para la adherencia al tratamiento de la hipertensión⁸. Esto también es válido para el uso de recursos digitales audiovisuales, popularizados en Brasil²⁷.

El uso de diferentes materiales didácticos y metodologías activas, la proyección de vídeos gratuitos disponibles en la plataforma de vídeo *YouTube*[®], La elaboración de carteles y dibujos, la demostración de recetas con ingredientes sencillos y accesibles para la familia, demostraron, en la práctica, ser medios eficaces para la comprensión de los temas abordados entre todos los miembros de la familia, independientemente del nivel de educación, proporcionando mejoras en la adherencia terapéutica durante las visitas domiciliarias.

Una investigación demostró el impacto positivo de un programa de visitas domiciliarias realizado por enfermeros para el autocontrol de la hipertensión entre ancianos coreanos vulnerables que viven en comunidades pobres, afirmando que esta intervención puede mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y la adopción de hábitos de salud favorables a un estilo de vida saludable al reducir los factores obstaculizadores²⁸.

Los principales factores obstaculizadores de la adherencia terapéutica que surgieron del seguimiento familiar fueron el momento de la toma del fármaco, la dieta hipercalórica y rica en sodio y el sedentarismo.

Señalado como un factor que dificulta la adherencia terapéutica por parte de la familia seguida, el momento de la toma de la medicación se asocia frecuentemente al olvido de la hora

prescrita. No tomar el medicamento a la hora prescrita aumenta el riesgo de elevar los valores de la presión arterial, por lo que es imprescindible el apoyo de los familiares para ayudar al uso correcto¹³.

En una investigación con 1029 ancianos adherentes y no adherentes, se compararon las variables de adherencia y no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, señalando como facilitador la implicación familiar en el tratamiento, por el apoyo emocional y logístico para los cambios en el estilo de vida y, como factores obstaculizadores, la falta de conocimientos sobre la hipertensión y los cambios en los hábitos alimenticio y la actividad física¹³.

La no adherencia a las actividades físicas sumada a los hábitos poco saludables, como una dieta rica en sodio y grasas saturadas, perjudica la salud e influye directamente en la disminución de la calidad de vida²⁹.

En la fase de evaluación de este estudio, se pudo observar el regreso de los familiares con hipertensión a la práctica de actividades físicas, sin embargo, sus hábitos alimenticios no mejoraron. Este punto también se observó en un estudio que describió el perfil clínico-epidemiológico y la adherencia al tratamiento de ancianos con hipertensión que no seguían una dieta saludable, en el que había influencia de factores culturales, que repercutían directamente en el aumento de los niveles de presión arterial⁸.

Después de las intervenciones, los conocimientos de la familia sobre la hipertensión y la opinión sobre las intervenciones fueron positivos. Este resultado fue corroborado por otra investigación-acción, en la que los participantes evaluaron positivamente los conocimientos adquiridos, las visitas domiciliarias y las intervenciones aplicadas, destacando el intercambio de experiencias, el vínculo desarrollado entre participantes e investigadores y el aprendizaje mutuo⁹.

Este aprendizaje mutuo es efectivo cuando los profesionales de salud conocen las dificultades y características de la población asistida, así como la red de apoyo de estas personas, especialmente la familia, permitiendo el seguimiento con equidad a las personas vulnerables que necesitan un apoyo que se ajuste a sus preferencias e instancias³⁰.

La sugerencia hecha por la familia sobre el seguimiento familiar a las familias que no tienen orientación y no tienen vínculos con los profesionales de la salud ni se inscriben en la UBSF, fue vista como positiva y presupone la falta de acceso a los servicios de salud, especialmente en las comunidades vulnerables.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones promovieron la reflexión y el cambio y la revisión de las prácticas, con una reflexión directa sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo en parte (alimentación saludable) y en su totalidad (toma de medicación y práctica de actividad/ejercicio físico) entre los hipertensos y el alejamiento de los factores de riesgo entre los demás.

La familia demostró un mayor conocimiento sobre la hipertensión, su tratamiento y posibles complicaciones en la evaluación posterior a las intervenciones educativas, fortaleciendo su autonomía para el cuidado mutuo e individualizado en la prevención y control de la hipertensión.

La investigación presentó limitaciones en cuanto al número de participantes, así como la no disponibilidad de un equipo multiprofesional y la falta de articulación intersectorial para el seguimiento de la familia. Sin embargo, el desarrollo del estudio en este contexto familiar permitió identificar los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento antihipertensivo: horario de toma de medicación, hábitos alimenticios inadecuados y sedentarismo. Esto permitió intervenir de manera participativa a partir del acuerdo de estrategias educativas como: ruedas de conversación, talleres, discusiones y acuerdos entre la familia y los investigadores.

Este estudio aporta relevantes contribuciones a la práctica de salud, como la importancia de crear un vínculo entre el profesional y el usuario y promover la participación de la familia en el tratamiento antihipertensivo, generando mejoras en la adherencia del usuario con hipertensión y fomentando acciones de promoción y prevención de la salud cardiovascular, además de una mirada a las familias en poblaciones vulnerables.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado en 20 mayo 2018]. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponible en: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
2. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2016 [citado en 25 mar 2018]; 107(3):1-104. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0067.pdf>. DOI: 10.5935/abc.20160151I
3. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Boletim epidemiológico Doenças Crônicas Não Transmissíveis [Internet]. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2019 [citado en 26 maio 2020]. 11p. Disponible en: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_epidemiologico_DCNT_22_novembro_2019.pdf
4. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado en 20 mayo 2018]. 223p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274512/9789241514620-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWP, Rodrigues MTP. Associação entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2016 [citado en 20 mar 2018]; 25(3):e0560015. Disponible en: [https://www.scielo.br/j/tce/a/JDdK\]csyQwqP6Hdmf3CYdNr/?lang=pt&format=pdf](https://www.scielo.br/j/tce/a/JDdK]csyQwqP6Hdmf3CYdNr/?lang=pt&format=pdf) DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000560015>
6. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMF. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. Mundo Saúde [Internet]. 2014 [citado en 08 abr 2018]; 38(4):473-81. Disponible en: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf. DOI: 10.15343/0104-7809.20143804473481
7. Dias EG, Almeida FG, Caires HLD, Santos TAS, Jorge SA, Mishima SM. Avaliação de uma estratégia saúde da família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso. J Health Sci Inst. 2016 [citado en 30 mar 2018]; 34(2):88-92. Disponible en: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/02_abr-jun/V34_n2_2016_p88a92.pdf
8. Machado ALG, Guedes IH, Costa KM, Borges FM, Silva AZ, Vieira NFC. Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [citado en 29 nov 2018]; 12(11):4906-12. Disponible en: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/30153/1/2017_art_algmachado.pdf
9. Nóbrega VCF, Melo RHV, Diniz ALTM, Vilar RLA. As redes sociais de apoio para o aleitamento materno: uma pesquisa-ação. Saúde Debate [Internet]. 2019 [citado en 26 ene 2020]; 43(121):429-40. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DG9yT5KhWRNC3SY4ty7XMkC/?lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912111>
10. Pereira IMO. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Liph Science [Internet]. 2015 [citado en 21 mayo 2018]; 2(2):21-40. Disponible en: <https://crfmg.org.br/comunicacao/proposta%20de%20intervencao.pdf>
11. Silva SA, Fraccolli LA. Avaliação da assistência à criança na estratégia de saúde da família. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [citado en 21 mayo 2018]; 69(1):54-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>

12. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Influência da enfermagem na adesão do idoso ao tratamento da hipertensão. *Rev Eletr Gest Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 08 abr 2018]; 7(3):1156-72. Disponível en: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3625/3304>
13. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 [citado em 26 nov 2018]; 69(1):134-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>
14. Silva CMS, Silva DAN, Maia LFS. Atuação do enfermeiro na estratégia saúde da família: com foco em pacientes hipertensos. *REMECS* [Internet]. 2017 [citado em 21 mayo 2018]; 2(3):7-17. Disponível en: https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/14/pdf_1
15. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ed. São Paulo: Cortez; 2011. 136p.
16. Coelho FL, Savassi L. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comun*. [Internet]. 2004 [citado em 16 mayo 2018]; 1(2):19-26. Disponível en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/pdf>
17. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2016. 96p.
18. Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paul. Enferm*. [Internet]. 2007 [citado em 12 abr 2020]; 20(4):397-403. Disponível en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/h7RQ8Q5BDZtjc3D3fmVTYND/abstract/?lang=pt>
DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400002>
19. Rego AS, Oliveira RG, Macerau WMO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Radovanovic CAT. Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [citado em 27 nov 2018]; 10(3):977-84. Disponível en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11048/12457>. DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201605
20. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse* [Internet]. 2017 [citado em 13 abr 2020]; 53(6):607-21. Disponível en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10376178.2017.1368401?journalCode=rcnj20>. DOI: <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1368401>
21. Bahari G, K Scafide, J Krall, RK Mallinson, AA Weinstein. Mediating role of self-efficacy in the relationship between family social support and hypertension self-care behaviours: a cross-sectional study of saudi men with hypertension. *Int J Nurs Pract*. [Internet]. 2019 [citado em 13 abr 2020]; 25(6):e12785. Disponível en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12785>. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12785>
22. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado em 27 nov 2018]; 20(12):3787-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.07622014>
23. Souza CFQ, Oliveira DG, Santana ADS, Mulatinho LM, Cardoso MD, Pereira EBF, et al. Avaliação da atuação do enfermeiro em telemedicina. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [citado em 15 mar 2020]; 72(4):933-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0313>
24. Lima ICV, Galvão MTG, Pedrosa SC, Cunha GH, Costa AKB. Uso do aplicativo Whatsapp no acompanhamento em saúde de pessoas com HIV: uma análise temática. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2018 [citado em 15 mayo 2020]; 22(3):e20170429. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0429>
25. Machado JC, Cotta RMM, Moreira TR, Silva LS. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2016 [citado em 27 nov 2018]; 21(2):611-20. DOI: 10.1590/1413-81232015212.20112014
26. Guerin CS, Coutinho C, Damasceno FM, Soares NM, Frigo JP, Soares LM. Promovendo educação em saúde no espaço não formal de aprendizagem. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2017 [citado 13 jun 2018]; 30(1):5-12. Disponível en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5801/pdf>. DOI: 10.5020/18061230.2017.p5
27. Moura CN, Fidalgo-Neto AA, Faria DJGS, Muxfeldt E, Alves LA, Comarú MW, et al. Aprendizagem colaborativa sobre hipertensão na educação profissional de agentes comunitários de saúde usando facebook e youtube. *EPT Rev*. [Internet]. 2018 [citado em 13 jun 2018]; 2(1):51-66. Disponível en: <https://ojs2.ifes.edu.br/index.php/ept/article/view/930/669>

28. Park E, Kim JS. The impact of a nurse-led home visitation program on hypertension self-management among older community-dwelling koreans. Public Health Nurs. [Internet]. 2016 [citado en 13 abr 2020]; 33(1):42-52. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12220>. DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.12220>

29. Queiroz CL, Freitas JC, Sá DPC. Estudo comparativo dos fatores de risco modificáveis e qualidade de vida de idosos sedentários e idosos praticantes de atividade física. Hígia [Internet]. 2020 [citado en 22 abr 2020]; 5(1):185-200. Disponible en: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/541>

30. Bartlett SJ, Lambert SD, McCusker J, Yaffe M, Raad M, Belzile E, et al., Self-management across chronic diseases: targeting education and support needs. Patient Educ Couns. [Internet]. 2019 [citado en 26 maio 2020]; 103(2):398-404. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399119303805?via%3Dihub>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.038>

Editora Asociada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Gabriela de Sousa Lima colaboró en la concepción, recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Héryka Laura Calú Alves** participó en la recogida y el análisis de datos, la redacción y la revisión. **Célida Juliana de Oliveira, Rosely Leyliane dos Santos y Emiliana Bezerra Gomes** contribuyeron a la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Lima GS, Alves HLC, Oliveira CJ, Santos RL, Gomes EB. nvestigación-acción y adherencia a la terapia antihipertensiva en el contexto familiar. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(4):924-35. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

LIMA, G. S.; ALVES, H. L. C.; OLIVEIRA, C. J.; SANTOS, R. L.; GOMES, E. B. nvestigación-acción y adherencia a la terapia antihipertensiva en el contexto familiar. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, n. 4, p. 924-35, 2021. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Lima, G.S., Alves, H.L.C.; Oliveira, C.J., Santos, R.L., & Gomes, E.B. (2021). nvestigación-acción y adherencia a la terapia antihipertensiva en el contexto familiar. *REFACS*, 9(4), 924-35. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

