

Medicent Electrón. 2020 ene.-mar.;24(1)

Artículo Original

Validación del instrumento de recogida de información para evaluar la percepción de riesgo en hipertensos

Validation of a data collection instrument to assess risk perception in hypertensive patients

José Carlos Arias Capote^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7928-6846>

Osana Molerio Pérez² <https://orcid.org/0000-0002-9302-3302>

Maydell Pérez Inerárity² <https://orcid.org/0000-0002-5581-2263>

¹Hospital 26 de Diciembre. Remedios, Villa Clara. Cuba.

²Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: jcarias@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: en el municipio de Remedios, Villa Clara, se desarrolla una estrategia para promover la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, que asume la percepción de riesgo como ente modulador; en este marco, se hizo necesaria la construcción y validación de un instrumento para su medición.

Objetivo: presentar el proceso de construcción del cuestionario, así como la validación de contenido, criterio, constructo, y la evaluación de su confiabilidad.

Métodos: la muestra empleada fue de 444 hipertensos esenciales, de las tres áreas de Remedios. La validación de contenido se realizó según expertos; la de

68

criterio por la correlación de Spearman y la de constructo por análisis de componentes principales. La confiabilidad se calculó por el coeficiente Alfa de Cronbach.

Resultados: el coeficiente de concordancia entre expertos fue de 0,80 para los criterios: razonable, comprensible y sensible a variación. Esto demostró que las categorías incluidas en el instrumento son apropiadas. El estadígrafo Rho de Spearman fue de 0,77 con significación bilateral en el nivel de 0,01, para la correlación entre adherencia terapéutica y percepción de riesgo. El análisis multivariado por componentes principales sugirió la presencia de tres dimensiones: cognitivo-valorativa, afectivo-motivacional, e intencional-conductual. El Alfa de Cronbach fue de 0,82, lo que confirmó la confiabilidad del cuestionario.

Conclusiones: los resultados mostrados a través de las pruebas de validez y confiabilidad demostraron que el cuestionario es un instrumento apto para su uso y aplicación, según los objetivos perseguidos en su construcción, tanto para la investigación como para el trabajo del médico de la atención primaria.

DeCS: estudios de validación como asunto; cumplimiento y adherencia al tratamiento; hipertensión; indicadores de salud.

ABSTRACT

Introduction: a strategy is being developed to promote therapeutic adherence in hypertensive patients in Remedios municipality, Villa Clara which assumes risk perception as a modulating entity; within this framework, it became necessary to build and validate an instrument to measure it.

Objective: to present the process of the questionnaire construction, as well as the validation of content, criteria, construct, and evaluation of its reliability.

Methods: the sample used was 444 essential hypertensives from three areas of Remedios. Content validation was done according to experts; criteria validation by Spearman's correlation and construct validation by principal component analysis. Reliability was calculated by Cronbach's Alpha coefficient.



Results: coefficient of agreement among experts was 0.80 for the criteria: reasonable, understandable and sensitive to variation. This showed that the categories included in the instrument are appropriate. Spearman's Rho statistician was 0.77 with bilateral significance at the level of 0.01, for correlation between therapeutic adherence and risk perception. Multivariate analysis by main components suggested the presence of three dimensions: cognitive-valuable, affective-motivational, and intentional-behavioral. Cronbach's Alpha was 0.82, which confirmed the reliability of the questionnaire.

Conclusions: the results shown through the validity and reliability tests demonstrated that the questionnaire is an instrument suitable for use and application, according to the objectives pursued in its construction, both for research and for the work of the primary care physician.

DeCS: treatment adherence and compliance; hypertension; validation studies as topic; health status indicators.

Recibido: 4/04/19

Aprobado: 5/09/19

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) tiene una distribución mundial y una alta prevalencia, es considerada una enfermedad como también un importante factor de riesgo vascular.^(1,2,3) Dada su condición de cronicidad es indispensable mantener un control adecuado.⁽⁴⁾ La falta de control está asociada a la no adherencia terapéutica, que como comportamiento complejo del hipertenso, está en función de una configuración psicológica, en cuya estructura la percepción de riesgo parece tener un papel modulador.^(5,6,7,8,9)

El término percepción de riesgo ha sido tratado desde diferentes perspectivas como un concepto clave en el ámbito preventivo. La mayoría de los investigadores



coinciden en reconocerlo como un proceso cognitivo que tiene como resultado una valoración o juicio acerca del peligro.^(10,11) Nodarse y Fernández lo asumen como un factor o variable esencial en el proceso de toma de decisiones en relación con la salud.^(12,13) Esto ha sido considerado y citado por Molerio al desarrollar su concepción de la configuración psicológica de este constructo.⁽¹⁴⁾

En el municipio Remedios, de Villa Clara, se desarrolla una estrategia para promover la adherencia terapéutica en hipertensos, que asume como ente modulador de este comportamiento a la percepción de riesgo. Esto ha generado la necesidad de su medición a través de un cuestionario que tenga como base los postulados esenciales enunciados en publicaciones sobre este concepto, los cuales se han asumido para la presente investigación.

El autor retoma la concepción teórico- metodológica sobre la percepción de riesgo propuesta por Fernández-Castillo y Molerio, quienes la definieron como un proceso: individual, contextualizado, multidimensional, mediatizado, inter e intrasubjetivo y dinámico. Se define como la capacidad de una persona de reconocer los posibles daños, el grado de vulnerabilidad y las consecuencias asociadas a esta enfermedad (dimensión informativo-valorativa). En función de esta se conforman mecanismos de autorregulación (dimensión afectivo-motivacional), que conducen a cumplir activamente con el tratamiento médico, así como evitar o reducir comportamientos riesgosos asociados a la HTA y asumir comportamientos saludables (dimensión intencional-conductual).^(12,13,14)

Al revisar la literatura sobre la medición de la percepción de riesgo se encuentran múltiples formatos de instrumentos, incluso con términos diversos.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ En este trabajo se propone un cuestionario para ser aplicado por entrevista al hipertenso, de evaluación rápida y sencilla, que ha sido validado a través de los procedimientos enunciados por Hernández Sampieri. Se pueden mencionar la validación de contenido, criterio y constructo, así como su confiabilidad.⁽¹⁸⁾ De esta manera se satisface la necesidad investigativa que motivó su construcción. Este proceso se muestra en el presente artículo.



MÉTODOS

Para la construcción del cuestionario se confeccionaron 22 ítems dentro de 10 acápite, según las tres dimensiones que conforman la definición operacional. (Anexo 1) Se incluyeron además algunas variables demográficas y clínicas. Este se administró a través de una entrevista realizada por el proveedor de salud a la persona hipertensa. Se evaluó cada acápite como bien (3 puntos), regular (2 puntos) y mal (1 punto), por las respuestas del hipertenso y según los criterios evaluativos. El puntaje final se obtuvo de la suma de todos los acápite y permitió ubicar al hipertenso dentro de una escala de percepción de riesgo: alta (25-30 puntos), media (18-24 puntos) y baja (10-17 puntos), mediante una cuantificación rápida y eficiente.

El proceso de validación de contenido se realizó por criterios de doce expertos, lo cual permitió perfeccionar los ítems y su inclusión en acápite dentro de las tres categorías o dimensiones que integran la definición de la percepción de riesgo asumida en esta investigación. Los expertos expresaron su valoración según criterios de Moriyama con cinco opciones de marcado, esta se procesó por la metodología PROCESA-CE de Crespo Borges y se obtuvo un coeficiente de concordancia.^(19,20) Se utilizó un índice por indicadores que se obtuvo de dividir la suma de los valores correspondientes a las valoraciones dadas por los expertos entre el máximo valor posible a alcanzar (60 en este caso, dado que al tener 12 expertos y ser 5 el valor asignado al mayor valor de escala se tiene que: $12 \times 5 = 60$). Este indicador tuvo la ventaja de dar siempre un valor entre cero y uno, y por tanto fácil de representar y visualizar como indicador de la valoración dada por los expertos.

La selección de los expertos se realizó a través de las competencias demostradas sobre el tema, por titulación y la vinculación laboral al programa de HTA, u otros programas afines, por un período de al menos diez años. Se valoraron los siguientes perfiles formativos: profesional de las Ciencias Médicas o Psicología con el consentimiento de participar de la investigación.



El instrumento diseñado fue aplicado a 444 pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento por un año como mínimo, mayores de 18 años, de las tres áreas del municipio Remedios, provincia Villa Clara. Para evidenciar la validez de criterio se correlacionaron los resultados del IRI-PR con los del MBG (para los niveles de adherencia), que evalúan constructos cercanos dentro del escenario teórico que se asume, sin ser estos idénticos.⁽⁸⁾ Se utilizó la correlación de Spearman como método estadístico.

En cuanto a la validez de constructo se aplicó el análisis multivariado por componentes principales, que da como resultado los factores o comunalidades, en correspondencia con las dimensiones que integran la definición del concepto. La evaluación de la confiabilidad se realizó a través del cálculo del alfa de Cronbach de manera global.

RESULTADOS

La validación de contenido del cuestionario IRI-PR, a través de los criterios de Moriyama, expresado por los expertos en el formato de validación correspondiente, se procesó estadísticamente. Las valoraciones de los expertos sobre la propuesta mostraron un coeficiente de concordancia de 0,80 y se presentó en la Tabla 1. Esto permitió ubicar las mayores fortalezas del cuestionario en: su concepción integral, el diseño de su estructura general, en la coherencia e interrelación entre sus dimensiones y en las posibilidades de su aplicación (estas fueron tomadas como factibles). Los índices de los indicadores, que se corresponden con las valoraciones de cinco, variaron entre 0,96 y 1. La mayoría de los indicadores tienen una alta valoración, pero los indicadores 5, 9, 16, 17, 22 tuvieron los más bajos valores relativos; los expertos sugirieron mejorar la estructura de algunas preguntas para su mejor comprensión, lo que se tuvo en cuenta y redundó en mayor claridad. Hubo acuerdo general sobre las categorías propuestas como dimensiones dentro de la definición operacional y los ítems que las integran. Estas quedaron definidas como se expresa a continuación:



- Dimensión informativa - valorativa: Se expresa en el nivel de conocimientos que posee la persona sobre los riesgos asociados a determinados comportamientos y las consecuencias negativas inmediatas y mediatas que puede provocarle. Estas son mediatizadas por: las informaciones, las representaciones sociales, las creencias y los juicios que la persona se ha conformado a lo largo de la vida. En este proceso juega un papel fundamental la calidad de la información que posee en cuanto a: su contenido, credibilidad, el vínculo relacional con las fuentes, los medios y recursos a través de los cuales recibe la información, las opiniones de personas significativas, entre otros. (Ítems 1-5)
- Dimensión afectiva - motivacional: Se relaciona con el componente informativo-valorativo que es mediatizado por: las normas interiorizadas, los valores, los ideales, la motivación, las expectativas, las emociones y las experiencias personales o de otros significativos. Estos elementos, pueden o no, entrar en contradicción con el nivel de información que se recibe. En cualquier caso, como resultado de este proceso, se conforma una tendencia motivacional de la persona que se expresa en la postura de aceptación o rechazo en relación a determinada conducta de riesgo. Esto puede influir en la búsqueda de nuevos elementos que le permitan definir sus intenciones. (Ítems 6-12)
- Dimensión intencional-conductual: De la integración de los componentes anteriores, la persona regula su conducta o proyecta su intención futura, y adopta un comportamiento de riesgo o un comportamiento salutogénico. En este proceso juegan un papel fundamental la influencia del contexto y de los otros significativos, entre los cuales se destaca la familia y el médico, así como la autoconfianza en su capacidad para controlar su comportamiento y las consecuencias que se producen. (Ítems 13-22).



Tabla 1. Nivel de concordancia de los expertos.

Coeficiente de concordancia	Valor ALFA	N-1 GL	S2/CHI (TABLAS)
0,809475917	0,05	22	0,999999999
	0,01	22	41,33713815
Se rechaza la hipótesis nula (H0) de que no existe comunidad de preferencia entre los expertos para un nivel de significación de 0,05			
Se rechaza la hipótesis nula (H0) de que no existe comunidad de preferencia entre los expertos para un nivel de significación de 0,01			

Fuente: Formato de validación del cuestionario.

La validación de criterio se demostró a través de la correlación existente entre la adherencia terapéutica de la persona hipertensa y su percepción de riesgo con respecto a la enfermedad (Rho de Spearman 0,77), así es que se muestra en la Tabla 2. Los mayores niveles de adherencia están relacionados estrechamente con los mayores niveles de la percepción de riesgo, con diferencias significativas que se confirman a través de los valores de Ji Cuadrado, con elevada dependencia, y con los valores de Phi y V de Cramer.

Tabla 2. Relación de los niveles de adherencia y de la percepción de riesgo.

Nivel de adherencia	Nivel de percepción de riesgo (P-R)			Total
	P-R Bajo	P-R Medio	P-R Alto	
No adherido	60	33	0	93
% del total	64,5	35,5	0,0	100,0
Adherido parcial	36	281	34	351
% del total	10,3	80,1	9,7	100,0
Total	96	314	34	444
% del total	21,6	70,7	7,7	100,0

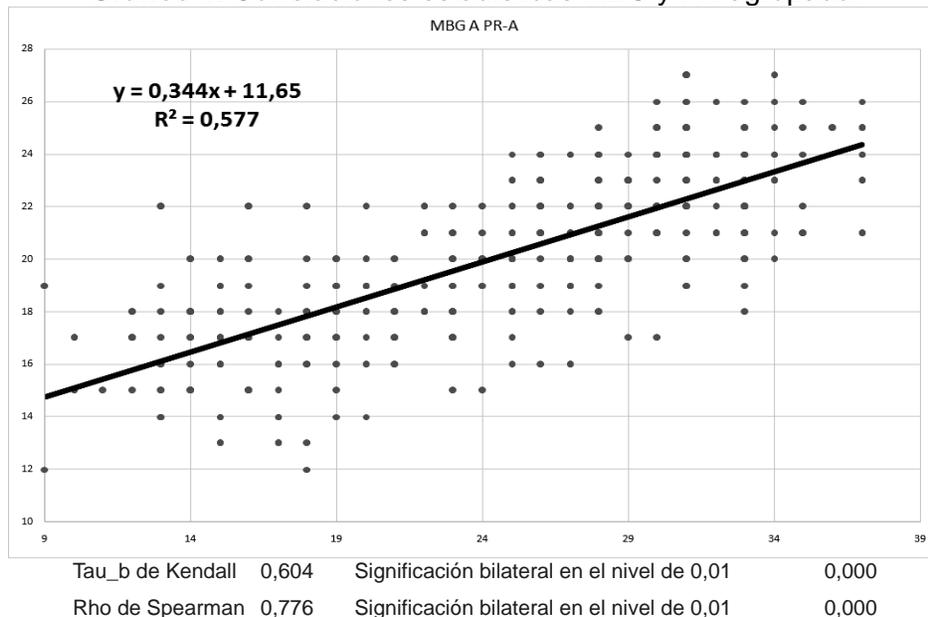
Fuente: Base de datos. MBG y PR agrupado.
 Pruebas de Ji Cuadrado para MBG y PR agrupado
 Ji Cuadrado de Pearson 129,772 Significación asintótica (bilateral) 0,000
 Phi 0,541 Significación aproximada 0,000
 V de Cramer 0,541 Significación aproximada 0,000
 R de Pearson 0,448 Significación aproximada 0,000
 Correlación de Spearman 0,510 Significación aproximada 0,000

Lo anterior conllevó a comprobar la correlación entre ambas variables e hizo posible la confección del Gráfico 1, donde se representa la ecuación que lo describe. Estos hallazgos fueron de gran utilidad para sostener las bases teórico-metodológicas sobre las que se construyó el cuestionario. Se hizo énfasis en la



percepción de riesgo en relación con la enfermedad como ente dinamizador de la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos.

Gráfico 1. Correlaciones estadísticas MBG y PR agrupado.



La validación de constructo se confirmó a través del análisis multivariado de componentes principales, que extrajo tres nuevas variables que explicaron el 82,75 % de la variabilidad de los datos originales, con un KMO de 0,72. Esto se corresponde con las tres dimensiones que integran la definición conceptual de la percepción de riesgo, que ya fue explicada anteriormente.

La confiabilidad interna se verificó a través del índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra que fue de 0,82. De los diez acápite con evaluación (que involucraron a los 22 ítems del cuestionario) los promedios más altos correspondieron a: 1-Conocimiento sobre la enfermedad, 4-Adopción de estrategias, 7-Ingestión de sal en la dieta, y el 8-Realización de ejercicios físicos. Se correlacionó cada ítem con el puntaje total alcanzado y las cifras obtenidas oscilaron entre 0,52 y 0,83. Los resultados observados al eliminar ítems demostraron homogeneidad del IRI-PR.



DISCUSIÓN

La validación de contenido por expertos permitió adecuar y confirmar el concepto de percepción de riesgo como constructo teórico. Este fue el objetivo central del cuestionario para su medición en esta investigación. Las categorías que se proponen para conformar las dimensiones que integran el constructo también fueron avaladas en este proceso, así se verificó que el escenario teórico asumido era acertado.

El proceso de validación de criterio contribuyó a verificar en qué medida se correlaciona la percepción de riesgo con la adherencia terapéutica en los hipertensos. De esta manera se confirmó la hipótesis teórica sostenida inicialmente sobre el papel modulador de la primera sobre la segunda. En cuanto a la validación de constructo se extrajeron tres factores que permitieron la reducción de dimensiones de la variable latente en cuestión. Estos hallazgos estadísticos están en coherencia con las valoraciones realizadas por los expertos sobre el constructo y sus dimensiones. Todo ello se imbrica en la validez total del cuestionario IRI-PR.

Filho y Echemendía abarcan los conceptos de riesgo desde ópticas lógicas, en concordancia con este escenario teórico. Nodarse Santos, así como Fernández Castillo y Molerio consolidan la concepción teórica de percepción de riesgo y proponen las dimensiones que la integran.^(10,11,12,13,14)

Martínez Montaña propuso la medición del riesgo cardiovascular objetivo y Ramírez Rodríguez analizó en su trabajo varios cuestionarios que lo miden subjetivamente, estas investigaciones sirvieron de base para la construcción del IRI-PR.^(16,17) Después de elaborado el instrumento, se evaluó su confiabilidad y los resultados del índice alfa de Cronbach demostraron que el instrumento diseñado posee consistencia interna y es preciso. Además las cifras de las correlaciones ítems-total y supresión de ítems evidenciaron su homogeneidad.

El cuestionario que se propone satisface la necesidad investigativa inicial. Este permite evaluar, de manera rápida y eficiente, en niveles claramente definidos, la



percepción de riesgo del hipertenso en el contexto de las tres áreas de salud del municipio Remedios, donde fue aplicado. Esto le ofreció al médico de atención primaria una perspectiva más objetiva y organizada en cuanto al tema. Se sobreañade la facilitación del diseño de acciones asistenciales y participativas, para promover la adherencia a los tratamientos con enfoque en la percepción de riesgo en esta población vulnerable, en aras del control de la HTA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, *et al.* Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2017.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 20 mar. 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
3. Dulong Zanelli MÁ. Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años - Hospital II EsSalud Tarapoto 2016 [tesis]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 [citado 20 mar. 2019]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2185/1/RE_MED.HUMA_MIGUEL_DULONG_APOYO.SOCIAL.Y.ADHERENCIA.TERAPEUTICA.EN.HIPERTENSOS_DATOS.pdf
4. Ordúñez P, Barceló A, Bernal JL, Espinosa A, Silva LC, Cooper RS. Risk factors associated with uncontrolled hypertension: Finding from the baseline CARMEN survey in Cienfuegos, Cuba. *J Hypertens* [internet]. 2008 [citado 20 mar. 2019];26(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2008/04000/Risk_factors_associated_with_uncontrolled.10.aspx
5. Jankowska Polańska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial



hypertension. Patient Prefer Adherence [internet]. 2017 Mar. 1 [citado 20 mar. 2019];11:[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338974/>

6. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Haban Cienc Méd [internet]. 2016 [citado 20 mar. 2019];15(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm06116.pdf>

7. Martín Alfonso LÁ. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario: 2003-2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.

8. Martín Alfonso L, Bayarre Vea HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [internet]. ene.-mar. 2008 [citado 20 mar. 2019];34(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012

9. Pomares Avalos AJ, Vázquez Núñez MA, Ruiz Domínguez ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Finlay [internet]. abr.-jun. 2017 [citado 20 mar. 2019];7(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003

10. De Almeida Filho N, Castiel LD, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva [internet]. sep. 2009 [citado 20 mar. 2019];5(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/scol/2009.v5n3/323-344/es/>

11. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [internet]. sep.-dic. 2011 [citado 20 mar. 2019];49(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223221363013>

12. Fernández Castillo E. Estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol en estudiantes universitarios [tesis]. Villa Clara: Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas; 2017.



13. Nodarse Santos L. Estrategia dirigida a potenciar la labor psicoeducativa del Centro de Atención al Diabético de Villa Clara [tesis]. Villa Clara: Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas; 2013.
14. Molerio Pérez O. La configuración psicológica de la percepción de riesgo. Santa Clara: Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas; 2014.
15. Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, *et al.* Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. PLoS One [internet]. 2014 Mar. 5 [citado 20 mar. 2019];9(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943841/>
16. Martínez Montaña MC, Blázquez Gutiérrez ME, Hernández Hernández ME, López Moreno P, Ortiz Bueno AM, Kammar García A, *et al.* Índice cintura-talla: prueba para valoración de riesgo cardiovascular y diagnóstico del síndrome metabólico. Rev Cubana Med [internet]. 2017 [citado 20 mar. 2019];56(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n2/med03217.pdf>
17. Ramírez Rodríguez AV. Uso de TICs en salud y percepción del riesgo de enfermedad cardiovascular en el adulto joven con sobrepeso y obesidad [tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; ene. 2017 [citado 20 mar. 2019]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/14465/1/1080252244.pdf>
18. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 5.^a ed. [internet]. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2010 [citado 20 mar. 2019]. Disponible en: http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
19. Moriyama IM. Problems in the measurements of health status. En: Sheldon E, Moore W, eds. Indicators of social change: Concepts and Measurements. New York: Russell Sage Foundation; 1968.



20. Crespo Borges T. Métodos de la prospectiva en la investigación pedagógica [internet]. La Habana: Educación Cubana; 2009 [citado 20 mar. 2019]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Tomas_Crespo_Borges/publication/324823154_Organo_Editor_EDUCACION_CUBANA/links/5ae46e78aca272ba507efee4/Organo-Editor-EDUCACION-CUBANA.pdf

Anexo 1

Instrumento IRI-PR para evaluar la percepción de riesgo en hipertensos

Persona hipertensa No. _____

1- Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

2- Edad: Años: _____

3- Clasificación por estadio y riesgo _____

4- Evaluación de la percepción de riesgo con respecto a la HTA

(Dimensión informativa-valorativa)

a) Evaluación del conocimiento sobre HTA

- ¿Estima que la hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida?
- ¿Cree que la hipertensión se puede controlar con dieta o con medicación?
- Diga dos o más órganos que pueden afectarse por tener elevada la tensión arterial.

Evaluación: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Criterios: -Buena si responde bien los tres ítems

-Regular si responde bien dos ítems

-Mala si no responde bien ningún ítem

b) Evaluación sobre la valoración del hipertenso en relación con su enfermedad

-¿Cómo Ud. valora la influencia de la hipertensión arterial para su vida?

-¿Realiza algún esfuerzo para lograr su control?



Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

Criterios: -Buena si la valora como muy riesgosa

-Regular si la valora como de algún riesgo

-Mala si no valora ningún riesgo

(Dimensión afectivo-motivacional)

c) Evaluación del funcionamiento emocional con respecto a la HTA

- ¿Qué sensaciones o emociones experimenta cuando piensa en la hipertensión arterial?

- ¿Le ha preocupado ser una persona hipertensa?

- ¿Estas emociones lo estimulan a controlar su enfermedad?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

Criterios: -Buena si sus emociones lo motivan al control

-Regular si expresa alguna emoción sentida

-Mala si no refiere ninguna emoción o preocupación

d) Evaluación de la adopción de estrategias

- ¿Cómo intercala el tratamiento de su enfermedad con sus actividades diarias?

- ¿Usa algún recurso para este acomodo?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

Criterios: -Buena si usa estrategias o recursos personales

-Regular si a veces usa algún recurso

-Mala si no dispone de recursos personales

e) Evaluación de la disposición al cambio

- ¿Cree necesario realizar algún cambio en su vida con respecto a su enfermedad?

- ¿Estaría dispuesto a incorporarse a un programa para este fin?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

Criterios: -Buena si expresa necesidad de cambio y disposición

-Regular si reconoce la necesidad pero no disposición

-Mala si no reconoce la necesidad

(Dimensión intencional-conductual)



f) Evaluación de la adherencia farmacoterapéutica

- ¿Puede describir cómo ingiere sus tabletas cada día?
- ¿Tiene algún olvido al respecto?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

- Criterios:
- Buena si conoce la prescripción y no expresa olvidos
 - Regular si conoce la prescripción pero refiere olvidos
 - Mala si no conoce la prescripción

g) Evaluación de la dieta

- ¿Cómo utiliza la sal que le agrega a la comida?
- ¿Sobreañade sal en algún momento?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

- Criterios:
- Buena si no sobreañade nunca
 - Regular si sobreañade a veces
 - Mala si sobreañade con regularidad

h) Evaluación del ejercicio

- ¿Realiza algún ejercicio recomendado para su enfermedad?
- ¿Con qué frecuencia lo hace?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

- Criterios:
- Buena si los realiza al menos tres veces por semana
 - Regular si los realiza alguna vez
 - Mala si no los realiza

i) Evaluación del hábito de fumar

- ¿Ha fumado algún tipo de tabaco o cigarrillo?
- ¿Con qué frecuencia lo hace?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

- Criterios:
- Buena si no fuma
 - Regular si fuma esporádicamente
 - Mala si fuma con frecuencia

j) Evaluación de la independencia y autocuidado

- ¿En qué medida ha logrado cumplir el tratamiento por usted mismo?

-¿Aún necesita ayuda o motivación para realizarlo?

Evaluación: Buena ____ Regular ____ Mala ____

Criterios: -Buena si lo realiza espontáneamente

-Regular si lo realiza con alguna ayuda

-Mala si no lo realiza aún con apoyo

Resumen de la evaluación de la percepción de riesgo por puntaje

Elementos evaluados	Evaluación Bien (3 puntos)	Evaluación Regular (2 puntos)	Evaluación Mal (1 punto)
Dimensión informativo-valorativa			
Conocimiento sobre la HTA			
Valoración de la enfermedad			
Dimensión afectivo-motivacional			
Funcionamiento emocional			
Adopción de estrategias			
Disposición al cambio			
Dimensión intencional-conductual			
Adherencia farmacoterapéutica			
Ingestión de sal			
Ejercicios físicos			
Hábito de fumar			
Independencia y autocuidado			
Total de puntos			

Escala de evaluación:

- Percepción de riesgo baja de 10-17 puntos
- Percepción de riesgo media de 18-24 puntos
- Percepción de riesgo alta de 25-30 puntos

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

