



FACULTAD DE FARMACIA

ESCUELA DE QUÍMICA Y FARMACIA

EVALUACIÓN DE FOCUS GROUP COMO TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN DE
NECESIDADES EDUCATIVAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Internado II para optar al Título de Química Farmacéutica

PALOMA ANGÉLICA LAGOS ZURITA

Directora: YANNETH MOYA OLAVE

Co-director: RUBÉN ACUÑA NAVARRETE

JULIO 2025

Agradecimientos

A toda mi familia, especialmente a mi madre, por ser mi pilar y por acompañarme con amor y paciencia en cada una de mis metas. A mi padre, por su disposición incondicional a ayudarme siempre que lo necesité, y a mis hermanos, por sus palabras de ánimo y apoyo cuando más lo necesitaba.

A mi directora de tesis, Yanneth Moya, mi codirector, Rubén Acuña, y al profesor Antonio Sánchez, por su apoyo académico y disposición.

A los participantes del programa MASAMAV, por su valiosa colaboración y confianza al ser parte fundamental de este trabajo.

A mis amigos, por su compañía, ánimo y comprensión en este proceso académico.

Resumen

La hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte prematura a nivel mundial, con una prevalencia cercana al 50%. De quienes la padecen, sólo el 21% llega a tener una presión controlada. La alfabetización en salud se presenta como una prometedora estrategia alternativa para mejorar el conocimiento y el manejo de la hipertensión arterial por parte de los pacientes, debido a que existen bajos niveles de alfabetización en salud en personas hispanas. Sin embargo, en Chile existen limitaciones en la aplicación de técnicas prácticas y pertinentes para identificar necesidades educativas en pacientes. En este contexto, el focus group surge como una técnica adecuada para identificar de forma participativa dichas necesidades y proporcionar la base empírica que permita a los investigadores el diseño de intervenciones de alfabetización en salud. Este estudio realiza un focus group a pacientes adultos mayores con hipertensión arterial o sus cuidadores en el CESFAM El Quisco, identificando necesidades educativas en torno a 3 ejes: conocimiento, habilidad y confianza. El objetivo es evaluar el focus group como técnica de diagnóstico de necesidades educativas para el diseño de intervenciones de alfabetización en salud sobre hipertensión arterial basadas en las necesidades individuales de pacientes y cuidadores.

Desde una perspectiva práctica, se concluye que el focus group constituye una técnica eficiente en términos de recursos y útil para la exploración cualitativa, permitiendo identificar una variedad de necesidades educativas que pueden orientar el desarrollo de futuras estrategias de alfabetización en salud pertinentes y centradas en los pacientes.

Abstract

“Focus Group Evaluation as a Technique for Detecting Educational Needs of Patients Diagnosed with Arterial Hypertension”

Arterial hypertension is one of the leading causes of premature death worldwide, with a global prevalence approaching 50%. However, only 21% of those affected manage to achieve adequate blood pressure control. Health literacy has emerged as a promising strategy to improve patients' knowledge and self-management of hypertension, particularly given the low levels of health literacy observed in Hispanic populations. In Chile, there are still limitations in the implementation of practical and context-sensitive methods for identifying patients' educational needs. Within this context, the focus group technique stands out as an effective participatory method for uncovering such needs and providing an empirical foundation for the development of targeted health literacy interventions.

This study conducted a focus group with older adults diagnosed with hypertension and their caregivers at CESFAM El Quisco, identifying educational needs across three key areas: knowledge, skills, and self-confidence. The main objective was to assess the focus group method as a diagnostic tool for detecting educational needs to support the design of tailored health literacy interventions in hypertension management.

From a practical standpoint, the focus group proved to be a resource-efficient and effective qualitative technique, allowing for the identification of diverse educational needs that can inform the development of patient-centered and contextually appropriate health literacy strategies.

ÍNDICE

Introducción	1
Objetivos	8
Metodología.....	9
1. Diseño metodológico general	9
2. Diseño y planificación del focus group	11
3. Técnica de recolección de datos: focus group.....	11
4. Guion de preguntas.....	11
5. Registro y transcripción	13
6. Determinación de las necesidades educativas de alfabetización en salud	13
7. Consideraciones éticas	14
Resultados.....	15
1. Caracterización de los participantes del focus group.....	15
2. Determinación de las necesidades educativas de alfabetización en salud	17
3. Análisis interpretativo transversal del focus group.....	25
Discusión	33
1. Discusión de la caracterización	33
2. Determinación de necesidades	37
Limitaciones del estudio.....	45
Conclusión.....	46
Referencias	48
Anexos	57

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una condición caracterizada por una elevación persistente de la presión en los vasos sanguíneos ($\geq 140/90$ mmHg), la cual puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, cerebrales, renales, entre otras (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025; WHO, 2023a). Debido a su prevalencia y al impacto que tiene en la salud global, se considera una de las principales causas de muerte prematura a nivel mundial, siendo responsable del 30% de las muertes en América (OPS, 2025). De hecho, más de 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres padecen esta afección, pero solo el 21% de quienes la tienen poseen una presión controlada (WHO, 2023a). Entre los factores que contribuyen a la descompensación de la HTA se encuentran la baja adherencia a los medicamentos; una dieta alta en sodio y grasas, y baja en fibra, frutas y verduras; y la falta de actividad física (WHO, 2023a).

En Chile, la descompensación de la HTA ha disminuido gracias a la implementación de diversas estrategias (MINSAL, 2018; MINSAL, 2019a). Entre las principales, se destacan la creación de los objetivos nacionales de salud y el Programa de Salud Cardiovascular, los cuales han contribuido a mejorar el diagnóstico y tratamiento temprano de esta enfermedad. Asimismo, la inclusión de la HTA en el Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) ha ampliado el acceso a tratamientos y medicación para los pacientes con HTA. Más recientemente, la iniciativa HEARTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha integrado en la atención primaria, fortaleciendo aún más las acciones para tratar la HTA (OPS, 2021a; OPS, 2025).

No obstante, la HTA continúa siendo un problema relevante de salud pública: actualmente presenta una prevalencia del 36% en la población chilena, de la cual solo el 59% recibe tratamiento farmacológico. De ese grupo, apenas el 34% logra mantener su presión arterial bajo control (WHO, 2023b). Además, en el año 2015, los costos asociados a esta condición alcanzaron los 28 millones de dólares, lo que subraya la urgencia de seguir fortaleciendo las intervenciones para reducir tanto su carga sanitaria como su impacto económico en el país (Stevens et al., 2016).

La adherencia a la toma de medicamentos es un pilar fundamental en el control de la presión arterial en pacientes con HTA (WHO, 2023a). Sin embargo, se ha observado que casi el 50% de los pacientes hipertensos no son adherentes a su tratamiento

farmacológico. Esta falta de adherencia se relaciona en mayor medida con una presión arterial no controlada si consideramos que el 83,7% de los pacientes hipertensos no controlados no cumplen con su medicación. En otras palabras, 4 de cada 5 pacientes con HTA no logran alcanzar un control óptimo de su presión arterial debido a una adherencia insuficiente al tratamiento (Abegaz et al., 2017; Coelho et al., 2024).

Entre los factores que influyen en la adherencia a la medicación se encuentran diversas barreras que afectan el seguimiento adecuado del tratamiento. Entre las barreras del paciente se incluyen la falta de conocimiento sobre su condición, la ausencia de rutinas y un bajo nivel de alfabetización en salud. Por otro lado, las barreras relacionadas con la enfermedad abarcan la baja prioridad otorgada a la enfermedad y la ausencia de síntomas visibles que recuerden la necesidad del tratamiento. Las barreras vinculadas al medicamento incluyen efectos secundarios no deseados y dificultades en la administración del mismo. En cuanto a las barreras sanitarias, se destaca la falta de comunicación eficaz con los profesionales de salud y la existencia de múltiples prescriptores, lo que puede llevar a una confusión en el tratamiento. Las barreras logísticas y financieras incluyen el alto costo de los medicamentos y el desabastecimiento. Finalmente, las barreras sociales y culturales comprenden la falta de apoyo de personas cercanas, así como ciertas restricciones religiosas, entre otras creencias (Choudhry et al., 2021; Kvarnström et al., 2021).

La alfabetización en salud se identifica como un factor clave en la adherencia, llegando a influir en cómo los pacientes gestionan sus tratamientos con medicamentos antihipertensivos (Zhang et al., 2014). Diversos estudios han resaltado la necesidad de implementar intervenciones farmacológicas personalizadas para aquellas poblaciones con bajos conocimientos de salud, con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento (Lor et al., 2019; Wali et al., 2016).

La alfabetización personal en salud se define actualmente como la capacidad que tiene una persona de encontrar, comprender y utilizar la información y los servicios para informar las decisiones y acciones relacionadas con la salud para sí misma y para los demás. Este concepto ha evolucionado para incluir la responsabilidad de las organizaciones, lo que ha dado lugar al término “alfabetización organizacional en salud”. Este se refiere al grado en que las organizaciones permiten de manera equitativa que las

personas encuentren, comprendan y utilicen información y servicios para informar las decisiones y acciones relacionadas con la salud para sí mismas y para los demás (Office of Disease Prevention and Health Promotion [OASH], s.f.).

La alfabetización en salud está influenciada por factores no modificables, como la edad, género, grupo étnico y capacidades lingüísticas, además de factores modificables, tales como el nivel socioeconómico, los años de escolaridad y la ocupación del paciente (WHO, 2024). Sin embargo, estos factores no son los únicos elementos determinantes, ya que se considera también el contexto situacional en el que se encuentra cada persona. De este modo, no solo los factores individuales afectan la alfabetización en salud, sino también la situación en la que se encuentren los pacientes (Office of Disease Prevention and Health Promotion [OASH], 2024; WHO, 2024).

En Estados Unidos, se estima que casi 9 de cada 10 adultos tienen un nivel de alfabetización en salud inferior al competente, siendo los adultos hispanos quienes muestran el promedio más bajo en comparación con otros grupos étnicos, a pesar de que el cuestionario se encontraba en español (Kutner et al., 2006). Asimismo, en 15 países de América Latina, incluyendo Chile, se ha estimado que casi la mitad de la población presenta un bajo nivel de alfabetización en salud; en el caso particular de Chile, este porcentaje alcanza al 19% de las personas (De Jesus et al., 2024). Un buen nivel de alfabetización en salud es crucial, ya que influye en la capacidad de los pacientes para acceder oportunamente a la atención médica, comprender y aplicar información confiable, utilizar habilidades básicas de lectura, escritura y cálculo, seguir correctamente sus tratamientos, manejar enfermedades, especialmente crónicas, y llevar un estilo de vida saludable (NIH, 2024).

En cuanto al impacto económico, mejorar la alfabetización en salud podría prevenir cerca de un millón de visitas hospitalarias y ahorrar más de 25 mil millones de dólares anualmente (UnitedHealth Group, 2020).

A pesar de que se ha observado que los pacientes con un bajo conocimiento sobre la HTA (Fanelli et al., 2021; Parra-Gómez et al., 2023) y/o un nivel inadecuado de alfabetización en salud poseen un menor control de la enfermedad y tasas significativamente más altas de HTA, la alfabetización en salud inadecuada no se considera un predictor independiente significativo para la HTA, sino más bien para

condiciones como la diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca (Li et al., 2025; Wolf et al., 2005).

Por otro lado, un estudio que utilizó el Test de Alfabetización en Salud Funcional en Adultos versión corta (S-TOFHLA) encontró que los pacientes con puntuaciones más bajas en alfabetización en salud tenían menos probabilidades de tener una presión arterial controlada en comparación con aquellos con puntuaciones más altas (Pandit et al., 2009). Adicionalmente, una revisión sistemática concluyó que los pacientes con mejor conocimiento de salud lograban un mejor control de la HTA y una mayor restricción de sodio, aunque la relación con este último factor se necesitan más investigaciones (Isa et al., 2021). Simões et al. (2024) destacan, además, que el acceso oportuno a la información y el desarrollo del pensamiento crítico por parte de los pacientes mejora el manejo de la enfermedad.

Una revisión sistemática más reciente, llevada a cabo por Bamidele et al. (2024), profundizó en la relación entre alfabetización en salud y autogestión de la HTA. Esta revisión no solo reafirma que las intervenciones dirigidas a mejorar la alfabetización en salud contribuyen significativamente al control de la presión arterial, sino que también resalta asociaciones entre alfabetización adecuada, mayor autoeficacia, prácticas de autocuidado efectivas y una mejor calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL).

Del mismo modo, estudios como los de Larsen et al. (2022) han demostrado que las intervenciones que integran alfabetización en salud, talleres presenciales o combinados con estrategias de autogestión y apoyo remoto, conducen a mejoras significativas en la alfabetización en salud, favorecen la disminución de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica, y fortalecen la adherencia al tratamiento y la autoeficacia. En China, Zhang et al. (2021) también observaron que los pacientes con un alto nivel de alfabetización en salud no solo logran un mejor control de su presión arterial, sino que además reportan una mejor HRQoL. Complementariamente, se ha evidenciado que estas intervenciones pueden ayudar a reducir la PAS tanto en personas con baja como con alta alfabetización (Halladay et al., 2017), lo que indica que estas intervenciones pueden ser útiles tanto para personas con conocimientos limitados en salud como para aquellas que ya tienen un buen nivel de comprensión.

No obstante, a pesar de la creciente evidencia, la relación entre alfabetización en salud y compensación de la HTA sigue siendo objeto de debate. La heterogeneidad metodológica y los resultados mixtos hallados en diferentes contextos poblacionales hacen necesario seguir profundizando en esta área.

En Chile, si bien aún no se han implementado estrategias que abarquen directamente la alfabetización en salud, se han comenzado a implementar estrategias educativas centradas en el paciente, donde se pretende que las intervenciones sean creadas a través del diagnóstico de necesidades educativas (MINSAL, 2024); sin embargo, ninguna ha adoptado ni implementado una técnica suficientemente práctica y pertinente para conocer las necesidades educativas de los pacientes diagnosticados con HTA, lo que genera una falta de conocimiento sobre las capacidades y el grado de comprensión que tienen los pacientes respecto a su enfermedad. Esta omisión podría comprometer la efectividad de las estrategias implementadas para mejorar el tratamiento, ya que estas no se ajustan de manera adecuada a las capacidades y necesidades educativas de los pacientes antes de la intervención, ni se mide el desarrollo de habilidades posterior a ella.

Ante esta limitación de instrumentos prácticos y pertinentes para conocer las necesidades educativas de los pacientes con HTA en Chile, se hace necesaria la incorporación de técnicas cualitativas que profundicen en sus creencias y contextos. En este punto, la literatura contemporánea converge en que los grupos focales (focus group) son una alternativa prometedora.

Los cuestionarios y las entrevistas semiestructuradas individuales siguen empleándose con frecuencia para diagnosticar necesidades educativas (MINSAL, 2024), pero presentan limitaciones importantes: los cuestionarios reducen la profundidad del análisis y no permiten que la interacción entre participantes genere nuevas conexiones de ideas (Juan & Roussos, 2010); las entrevistas individuales, por su parte, están expuestas a la influencia del entrevistador y restringen el acceso a formas de comunicación espontáneas que facilitan la clarificación colectiva de puntos de vista (Juan & Roussos, 2010; Kitzinger, 1995).

En contraste, los focus groups aprovechan la dinámica grupal para (i) explorar actitudes y creencias difíciles de captar por otras vías, (ii) fomentar la participación de miembros tímidos cuando otros rompen el hielo, y (iii) acceder a narrativas cotidianas como bromas,

anécdotas o discusiones, que revelan dimensiones de comprensión habitualmente invisibles a los instrumentos convencionales. Siendo el focus group una técnica validada para explorar los conocimientos y experiencias de los pacientes a través de preguntas de un guion semiestructurado y el intercambio de información que surge entre los participantes (Kitzinger, 1995; Tenny et al., 2022).

Un focus group se define como una conversación estructurada entre un pequeño grupo de personas seleccionadas por criterios específicos, y guiada por un moderador, mientras uno o más observadores registran interacciones y lenguaje no verbal (Krueger & Casey, 2015; Plummer-D'Amato, 2008). Su objetivo es generar datos sobre ideas, actitudes, creencias, comprensiones y percepciones, proporcionando una visión profunda de cómo piensa y por qué piensa así un grupo social (Plummer-D'Amato, 2008). Esta capacidad analítica resulta útil cuando se busca comprender los factores que influyen en la adherencia terapéutica, permitiendo identificar barreras conductuales, creencias limitantes y motivaciones que condicionan el seguimiento del tratamiento.

La evidencia respalda esta utilidad en distintos contextos de enfermedad crónica, evidenciando su capacidad para identificar barreras, facilitadores y necesidades educativas específicas. En pacientes con insuficiencia cardíaca, por ejemplo, esta técnica permitió identificar factores que dificultaban la adherencia a programas de ejercicio físico en el hogar, como el temor a realizar actividad física o la falta de acompañamiento profesional, mientras que el apoyo familiar se destacó como un elemento facilitador importante (Okwose et al., 2020). De forma similar, en personas con enfermedad renal crónica, los grupos focales permitieron explorar dimensiones psicosociales relevantes como la aceptación de la enfermedad, el bienestar emocional y el acceso a recursos que inciden directamente en la adopción de estilos de vida saludables (Cardol et al., 2022). En el caso de la HTA, esta técnica ha sido útil para identificar creencias personales y percepciones negativas respecto al tratamiento farmacológico, las cuales fueron señaladas como obstáculos para la adherencia (Rosendo-Silva et al., 2022).

Más allá de la adherencia, los grupos focales también han demostrado ser útiles para explorar dimensiones centrales de la alfabetización en salud, como el nivel de conocimiento de los individuos, sus habilidades prácticas para enfrentar situaciones sanitarias y la confianza que poseen para tomar decisiones informadas. Durante la

pandemia, Loer et al. (2022) identificaron en adolescentes alemanes áreas de conocimiento sobre las medidas sanitarias, falta de habilidades para filtrar información relevante y variaciones en la confianza para aplicarla. De modo similar, Terry et al. (2005) evidenciaron en estudiantes universitarios de Zimbabue creencias erróneas sobre el VIH y una baja autoeficacia para adoptar conductas preventivas, hallazgos que posteriormente orientaron el diseño de un programa educativo ajustado a sus necesidades.

En el contexto chileno, también se ha documentado la aplicabilidad local de esta técnica. Gallardo-Zanetta et al. (2019) desarrollaron grupos focales con pacientes hipertensos y diabéticos usuarios de un programa de telemonitoreo, detectando carencias de conocimiento y habilidades de autogestión, así como aumento de la confianza para interpretar sus datos clínicos, hallazgos clave para futuras intervenciones educativas en APS (Atención Primaria de Salud).

Adicionalmente, las guías clínicas actuales, enfocadas en la atención centrada en el paciente, recomiendan realizar discusiones informadas con los pacientes sobre el riesgo de enfermedades cardiovasculares y los beneficios del tratamiento adaptado a sus necesidades. También sugieren la implementación de entrevistas motivacionales para mejorar el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento (McEvoy et al., 2024). En este escenario, el focus group emerge como una técnica idónea para identificar de forma participativa las necesidades educativas de los pacientes con HTA y proporcionar la base empírica que permita a los investigadores el diseño de intervenciones de alfabetización en salud.

El programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” (MASAMAV), implementado por el Ministerio de Salud (MINSAL) en 2015, el cual está orientado a mantener o mejorar la funcionalidad de los adultos mayores de 60 años, mediante intervenciones periódicas que promueven el autocuidado, la autonomía y el envejecimiento activo, a través del trabajo coordinado de equipos profesionales especializados (MINSAL, 2019b). Este programa está dirigido a usuarios de APS que se encuentran en condición de autovalencia. En el CESFAM El Quisco, existe un grupo de adultos mayores que participa activamente en este programa, que se destaca por su nivel de motivación y compromiso con el autocuidado. En atención a estas características, se decide evaluar en este grupo la técnica de focus group para la identificación necesidades educativas en salud.

Objetivos

Objetivo general:

- **Evaluar** el focus group como técnica de obtención de datos para el diseño de intervenciones educativas de alfabetización en salud sobre HTA basadas en las necesidades individuales de pacientes y cuidadores.

Objetivos específicos:

1. **Identificar** las principales necesidades educativas en salud que enfrentan los pacientes y cuidadores de pacientes con diagnóstico de HTA atendidos en APS, aplicando la técnica focus group.
2. **Analizar** los resultados obtenidos a través de la aplicación de la técnica focus group a un grupo de pacientes y cuidadores de pacientes con diagnóstico de HTA atendidos en APS.

Metodología

1. Diseño metodológico general

Este estudio corresponde a un enfoque cualitativo, descriptivo y transversal, orientado a identificar las principales necesidades educativas de alfabetización en salud de personas o cuidadores de personas con HTA atendidas en APS en el CESFAM El Quisco. Para ello, se realizó una actividad grupal mediante la técnica de focus group, reuniendo a un grupo de pacientes con HTA o cuidadores de pacientes con esta condición en un contexto comunitario.

Durante la sesión, se lleva a cabo una serie de conversaciones y una encuesta breve (Anexo 1) para caracterizar demográfica y clínicamente a los participantes (Tabla 1).

Tabla 1. Definición de variables a estudiar

Variables	Tipo	Definición Operativa	Medición
Sexo	Cualitativa	El sexo con el cual se identifica la persona	Masculino, femenino o prefiere no contestar
Edad	Cuantitativa continua	Número total de años cumplidos al momento de la recolección de los datos, redondeando al año completo más cercano	Años
Escolaridad	Cualitativa por estrato	Nivel más alto de estudios formales que una persona ha alcanzado en el sistema educativo, ya sea completo o incompleto	Sin estudios, educación básica, educación media, educación superior
Estado ocupacional	Cualitativa nominal	Situación laboral actual	Dueña de casa, jubilado, estudiante, independiente , etc.
Comorbilidades	Cualitativa nominal	Presencia de enfermedades concomitantes (adicionales a la HTA)	Nombre de las patologías

Tiempo de diagnóstico de HTA	Cuantitativa continua	Período transcurrido desde el momento en que fue diagnosticado con HTA hasta la fecha	Años
Uso de medicamentos antihipertensivos	Cualitativa nominal	Nombre de fármaco(s) con su principio activo prescritos para el manejo de la HTA.	Nombre de fármaco y la presentación de este (forma farmacéutica, potencia)
Número de medicamentos antihipertensivos que toma	Cuantitativa discreta	Número total de principios activos prescritos/declarados.	Escala numérica (por ejemplo: 0, 1, 2, 3...)
Terapia no farmacológica	Cualitativa nominal	Tratamientos recomendados para la HTA que no involucran el uso de medicamentos. Incluyen actividades como cambios en la dieta, ejercicio regular, manejo del estrés, reducción de la ingesta de sal	Si/ No
Percepción de compensación de la presión arterial	Cualitativa ordinal	Juicio subjetivo de la persona respecto al nivel de control de su presión arterial, independiente de su valor clínico real.	No controlada, poco controlada, controlada.

Además, se recopila la clasificación de riesgo ECICEP (Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas) de los participantes, la cual constituye un sistema de estratificación poblacional utilizado en APS para identificar el nivel de complejidad clínica y necesidades de cuidado de pacientes con condiciones crónicas. Este sistema segmenta a los usuarios en distintos niveles de riesgo, desde G0 (sin condiciones crónicas) hasta G3 (cinco o más condiciones crónicas), en función del número de patologías crónicas presentes (MINSAL, 2025).

2. Diseño y planificación del focus group

La planificación del focus group se desarrolla con la participación de la totalidad del equipo de investigación, compuesto por el psicólogo y los químicos farmacéuticos. En esta etapa se elabora el guion de preguntas y se asignan los roles específicos de cada integrante, asegurando una organización clara de la dinámica grupal. El focus group es moderado por el psicólogo, mientras que el co-director de tesis participa como “tercero invisible” —manteniéndose en observación sin intervenir—, y la investigadora cumple el rol de observadora, con posibilidad de intervención si las circunstancias lo requieren.

3. Técnica de recolección de datos: focus group

Participaron 12 personas seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por criterios. Los criterios de inclusión son: ser mayor de 18 años, tener diagnóstico de HTA o ser cuidador/a de una persona con esta condición.

El reclutamiento se realizó en el CESFAM El Quisco a través de invitación directa de participantes del programa MASAMAV. La sesión se llevó a cabo en la Junta de Vecinos Los Olivos de El Quisco, con una duración de una hora.

La sesión se desarrolló con un enfoque centrado en la persona, en un ambiente que propiciara la comodidad y expresión espontánea, sin interrupciones.

4. Guion de preguntas

El guion para el focus group se diseña con estructura progresiva (inicio, exploración, cierre), siguiendo la propuesta metodológica de Krueger y Casey (2015) y Plummer-D'Amato (2008). Las preguntas fueron expresadas como preguntas claras y abiertas, organizadas en un guion, y formuladas de manera que actuaran como estímulos gatillantes para una conversación significativa entre los participantes (Tabla 2). Además, abordan distintas dimensiones relacionadas con la HTA y el uso de medicamentos, como comprensión y percepción de la enfermedad, tratamiento no farmacológico, adherencia, percepción sobre medicamentos, efectividad, seguridad y automedicación, las cuales se basan en el cuestionario validado “Conocimientos Sobre la Hipertensión” (CSH) (Reventos et al., 2013).

Tabla 2. Guion de preguntas

Ámbito	Pregunta
Generalidades	¿Cómo se siente para usted la hipertensión arterial?
	¿Cómo creen ustedes que adquirieron hipertensión arterial?
	¿Cómo creen que afecta la hipertensión arterial en la vida?
Tratamiento no farmacológico	¿Cómo se puede ayudar a controlar la hipertensión arterial?
	¿Cómo es la relación que creemos que existe entre alimentos e hipertensión arterial?
	¿Habrá algunos hábitos que efectivamente sí apoyen a que se genere más hipertensión arterial?
Adherencia	¿Cuántas instrucciones les han dado? ¿Se acuerdan de alguna instrucción que en verdad le haya gustado o que no le haya gustado?
Uso de medicamentos	¿Cómo tenemos que confrontar nosotros el uso de un medicamento? ¿Cómo establezco la relación del uso del medicamento?
	¿Qué creen de adquirir medicamentos en la feria?
Tratamiento farmacológico	¿Cuáles son los medicamentos que usan actualmente para la hipertensión arterial?
	¿Qué aspectos deberíamos saber sobre los medicamentos que tomamos?
Efectividad	¿Cómo sabemos si el medicamento funciona?
Seguridad	¿Cómo sabemos cuándo un medicamento ya no nos hace bien?, ¿Y qué hacemos frente a eso?, ¿Les ha ocurrido?
	¿Cómo hacemos un orden de los medicamentos que consumimos?
Automedicación	¿Qué criterios deberían de usar para poder tomar un medicamento que suspendieron en otro momento de la vida? ¿Cómo hago para reincorporarlo?
	¿A quién le consulto cuando tengo necesidad de saber sobre un medicamento?

5. Registro y transcripción

La sesión es registrada mediante audio y video, con autorización previa de sus participantes a través de un consentimiento informado firmado (Anexo 2). Posteriormente, se realiza una transcripción literal del contenido de la grabación, conservando la fidelidad de lo dicho en la actividad, para luego clasificar.

6. Determinación de las necesidades educativas de alfabetización en salud

El análisis de los datos se realiza mediante un análisis categorial práctico con elementos interpretativos, fundamentado en la propuesta de Krueger y Casey (2015) y adaptado a la realidad chilena por Aravena (2023). Este tipo de análisis se centra en extraer categorías significativas desde los datos mismos, sin imponer estructuras teóricas preexistentes, buscando una comprensión aplicada de los significados emergentes.

Las etapas de la categorización incluyen: (1) familiarización con los datos, (2) codificación inicial, (3) agrupación en categorías, (4) interpretación con enfoque contextual y (5) síntesis de hallazgos relevantes.

La selección de los fragmentos de la transcripción se realiza aplicando criterios de especificidad, emoción y relevancia conceptual, con el fin de priorizar aquellos contenidos que reflejaran de manera clara, sentida y recurrente las experiencias y percepciones de los participantes.

Una vez realizada la transcripción textual del focus group, se analiza cada fragmento que responde a preguntas del guion. Aquellos argumentos que no se relacionan con las preguntas del guion, y que nacen espontáneamente de los relatos de los pacientes son agrupados en una sección denominada “no categorización”. Esta categoría provisional permite analizarlos y generar nuevas categorías.

Una vez realizada esta clasificación inicial, se aplican criterios de especificidad, carga emocional y relevancia conceptual para seleccionar los fragmentos más representativos, los cuales son incorporados en una tabla de análisis.

En total, se codifican los fragmentos más relevantes, identificando el minuto del relato (para su trazabilidad y/o revisión). A partir de estos fragmentos seleccionados, y en función de su contenido, se asigna un “código inicial”, el cual determina los conceptos

más amplios de agrupamiento y corresponde tanto a las preguntas realizadas, como a las inquietudes que emergen espontáneamente por parte de los participantes. La columna “categoría temática” se elabora como una forma de agrupar las problemáticas planteadas por los participantes. Finalmente, la columna “necesidad educativa identificada” permite favorecer la identificación de conocimientos o habilidades que se deben desarrollar.

Respecto al análisis del lenguaje no verbal, la identificación de liderazgos y la carga emocional, se integra la información mediante la tabla registrada por el observador, la revisión de la transcripción y la verificación del registro audiovisual de la sesión. A partir de esta integración, se elabora una lista decreciente de las preguntas para cada una de estas dimensiones, lo que permite identificar los ejes temáticos que generan mayor expresividad, influencia o implicancia afectiva en los participantes.

Adicionalmente, en la evaluación del focus group se consideran los recursos empleados, incorporando tanto el tiempo destinado a la planificación, ejecución y transcripción, como los aspectos económicos asociados a la actividad.

7. Consideraciones éticas

Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité Ético-Científico de la Universidad de Valparaíso (CEC-UV) y se desarrollaron conforme a las directrices establecidas por dicho organismo (Anexo 3). A cada participante se le entregó y explicó un consentimiento informado, que fue firmado de manera voluntaria (Anexo 2).

Resultados

1. Caracterización de los participantes del focus group

El focus group está compuesto por 12 personas voluntarias mayores de edad, de las cuales **10 son mujeres y 2 hombres**. Las edades oscilan entre los 57 y los 81 años, con una media de edad cercana a los 71 años, lo que corresponde a una población mayoritariamente perteneciente al rango etario de adultos mayores.

En cuanto al **nivel educacional**, todos los participantes reportan haber cursado estudios formales: 4 personas (33,3%) tienen educación básica como nivel más alto alcanzado, 6 cuentan con educación media (50%) y 2 con educación superior (16,7%).

Respecto al **estado ocupacional**, 9 participantes (75%) se identifican como jubilados, mientras que 3 (25%) se declaran dueñas de casa.

En relación con las **comorbilidades declaradas**, se distribuyen en un rango de 0 a 3 comorbilidades, siendo la moda 1 comorbilidad. Se evidencia una diversidad de condiciones clínicas: entre las enfermedades más frecuentes se encuentra la diabetes mellitus (reportada por 4 participantes), seguida por patologías osteoarticulares como artrosis y artritis reumatoide, presentes en 3 casos. También se registran afecciones como insuficiencia cardíaca, párkinson, glaucoma, bronquiectasia, enfermedad tiroidea y fibromialgia. 3 participantes no reportan enfermedades adicionales a la HTA.

Respecto al **tiempo desde el diagnóstico de HTA**, se observa un rango con períodos que van desde los 2 hasta los 60 años. 4 de los 12 participantes indicaron no tener HTA diagnosticada, lo que es considerado un punto de interés en la identificación de posibles brechas en la percepción del diagnóstico.

En cuanto al **tratamiento farmacológico**, 8 de los 12 participantes declaran utilizar medicamentos antihipertensivos, siendo los más reportados losartán (4 casos) y amlodipino (4 casos), seguidos de carvedilol, hidroclorotiazida, enalapril, telmisartán, espironolactona, bisoprolol y sacubitrilo-valsartán, en menor proporción. El número de principios activos utilizados por paciente que usa farmacoterapia varía entre 1 y 5, siendo más común el uso de uno o dos principios activos para el tratamiento de la HTA. Dentro de estos, el grupo farmacológico más utilizado corresponde a los antagonistas de los

receptores de angiotensina II, seguido por los bloqueadores de canales de calcio (ver Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de principios activos distribuidos por grupos farmacológicos usados como farmacoterapia (n=8)

Grupos farmacológicos	N° Participantes que lo usan
Antagonistas de los receptores de angiotensina II	6
Betabloqueadores	3
Bloqueadores de canales de calcio	4
Diuréticos ahorradores de potasio	1
Diuréticos tiazídicos	2
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina	1
Inhibidores de la neprilisina.	1

En relación con las **estrategias no farmacológicas**, 6 participantes (50%) afirman implementar medidas complementarias al tratamiento (Figura 1).

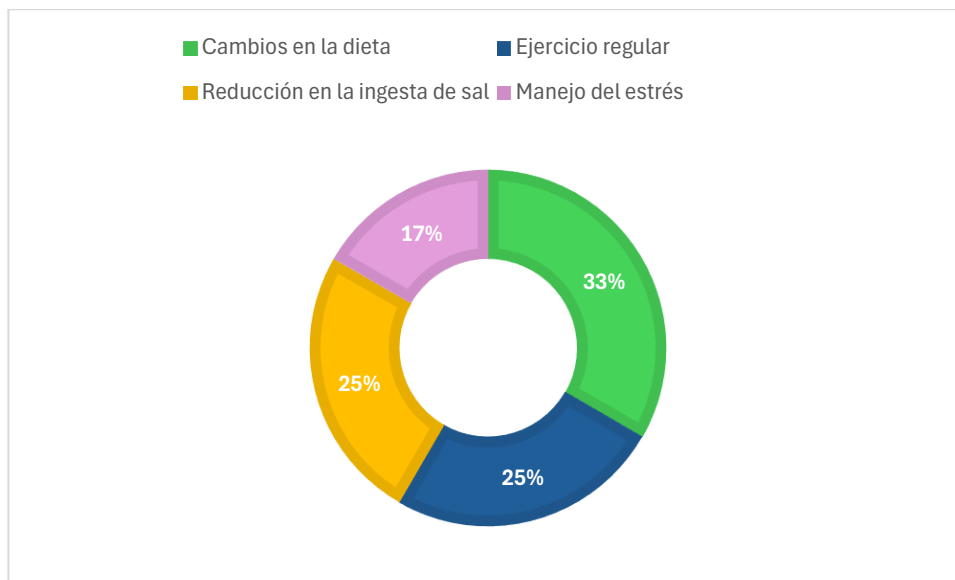


Figura 1. Estrategias no farmacológicas adoptadas por los participantes (n=6)

Al explorar la **percepción subjetiva sobre la compensación de su presión arterial** de los participantes, solo 3 personas la consideran controlada, 2 la consideran poco controlada y 7 no responden a esta pregunta.

De los 12 participantes, 11 se atienden en APS. De estos 11 participantes, el 45,5 % fue clasificado en el grado G2 y el 36,4 % en G3, mientras que los grados G0 y G1 representaron cada uno un 9,1 %, según la categorización de riesgo de la ECICEP. Solo 2 de los 12 participantes reportan realizar controles específicos de su HTA en APS.

2. Determinación de las necesidades educativas de alfabetización en salud

De la transcripción del focus group se identifican 52 fragmentos relevantes, registrando el minuto correspondiente del relato para facilitar su trazabilidad y/o revisión. A cada fragmento se le asigna un “código inicial”, se definen “categorías temáticas” y se determina una necesidad educativa de acuerdo con el relato (Anexo 4).

Este análisis permite observar cómo se configuran las percepciones, experiencias y creencias compartidas por las personas participantes. Se identifican patrones discursivos, recurrencias y contrastes entre participantes.

- **Eje temático: ¿Cómo se siente para usted la hipertensión arterial?**

Los participantes manifiestan que se experimenta como una condición ambigua: en algunos casos, se percibe como invisible y silenciosa; en otros, se asocia con manifestaciones físicas notorias como “hinchazón de piernas”, “pitidos en los oídos”, mareos, dolores de cabeza y otros síntomas que alteran la cotidianidad. A nivel emocional, se describe como una carga que genera “sentimientos de descontrol, culpabilidad y ansiedad”. Destaca también la vivencia de quienes, pese a no presentar síntomas, sienten que la enfermedad interfiere con su bienestar psicológico. Los participantes no siempre relacionan lo que sienten físicamente con su enfermedad, lo que dificulta el reconocimiento temprano y coherente de la HTA.

Desde el punto de vista **no verbal**, esta pregunta fue una de las que generó más expresividad corporal y emocional. Se observaron gestos de asentimiento mientras

otros participantes compartían experiencias, lo que indica resonancia emocional y validación colectiva. Hubo conductas asociadas a preocupación (como tocarse la cabeza al recordar un accidente cerebrovascular) y gestos de incomodidad o introspección (miradas hacia abajo, búsqueda de aprobación en el grupo). El relato de experiencias personales generó una alta implicancia emocional, y en algunos casos, incluso expresiones de carga mixta (negativa/positiva).

El estilo de **liderazgo** en esta sección fue, en algunos casos, confrontacional o autónomo, mientras que el **enfoque** general del discurso se centró mayoritariamente en la persona y sus creencias. La **carga emocional** predominante fue negativa, aunque matizada por momentos de reinterpretación positiva del proceso vivido.

- **Eje temático: ¿Cómo creen ustedes que adquirieron hipertensión arterial?**

Los participantes atribuyen el origen de la HTA a causas multifactoriales. Mencionan causas genéticas (herencia familiar), factores emocionales (depresión, estrés laboral) y malos hábitos de vida (mala alimentación). El estrés aparece con alta frecuencia como un detonante clave, especialmente cuando hay antecedentes familiares graves, como muertes por infarto. Esta visión sugiere una comprensión situada de la enfermedad, donde los determinantes sociales, afectivos y biográficos se entrelazan en la construcción de significados.

En el aspecto **no verbal**, esta fue una de las preguntas con mayor uniformidad en la carga percibida: todas las respuestas se clasificaron con carga negativa, lo que denota una representación compartida de la HTA como una consecuencia no deseada, generadora de preocupación. Además, se observó un amplio **consenso corporal**: la mayoría de los participantes asintió ante menciones al estrés y la alimentación, reforzando la idea de que estos factores son internalizados colectivamente como causas relevantes. Aunque no todos profundizaron verbalmente, la gestualidad, como asentir ante las intervenciones de otros, sugiere una comprensión implícita y compartida. El **estilo de liderazgo** en este punto fue menos visible, predominando un tono conversacional horizontal. El **foco del discurso** se centra principalmente en la

persona, pero también emergieron menciones explícitas a creencias (por ejemplo, quienes señalaron haber “heredado” la HTA).

- **Eje temático: ¿Cómo creen que afecta la hipertensión arterial en la vida?**

La enfermedad se reconoce como limitante solo cuando no está controlada. Un participante menciona haber sufrido un infarto, aunque no logra establecer si la causa fue la HTA, lo que refuerza la idea de una relación causal poco clara. Otros afirman que, cuando logran controlar su presión, la HTA no interfiere significativamente en su calidad de vida, lo que refleja que el impacto funcional de la enfermedad está mediado por el grado de control que se logra mantener.

Desde el lenguaje **no verbal**, esta fue una de las preguntas donde más se evidenció una carga percibida positiva. Las respuestas verbales de los participantes indicaron que, al mantener controlada la HTA, esta no implica mayores restricciones en su vida cotidiana. Esta percepción fue reforzada por el tono narrativo de las intervenciones, en las que algunos relataron con tranquilidad cómo han aprendido a convivir con la enfermedad. Dos participantes destacaron por su **liderazgo** autónomo, compartiendo con seguridad sus experiencias positivas de adaptación al diagnóstico, y centrándose en sí mismos como agentes activos del proceso de control. Además, el **enfoque del discurso** se enfocó principalmente en la persona, subrayando vivencias de autocuidado, aprendizaje y toma de conciencia.

- **Eje temático: ¿Cómo se puede ayudar a controlar la hipertensión arterial?**

Las estrategias no farmacológicas incluyen modificaciones en el estilo de vida: reducir la sal, seguir una dieta mediterránea, hacer ejercicio, descansar mejor, controlar el estrés, mantener rutinas saludables y aplicar técnicas de respiración. La jubilación o el retiro laboral también son vistos como factores protectores. Además, se valora la atención médica personalizada como un recurso útil para lograr un mejor control. La adherencia disciplinada al tratamiento farmacológico se menciona como fundamental, pero se integra dentro de un abordaje más amplio del autocuidado.

Desde el punto de vista **no verbal**, esta pregunta generó una alta activación emocional y corporal en los participantes. Se observa una **carga predominantemente positiva**, con múltiples asentimientos a las intervenciones del resto del grupo, lo que indica un consenso generalizado sobre las medidas compartidas. Los movimientos corporales, como asentir al mencionar cambios de hábitos o al hablar de la medicación, refuerzan el compromiso y la internalización de estas prácticas. Algunos participantes adoptaron un estilo autónomo en sus respuestas, manifestando **liderazgo** personal en sus decisiones de autocuidado, mientras que otros se centraron en creencias o en experiencias vividas.

- **Eje temático: ¿Cómo es la relación que creemos que existe entre alimentos e hipertensión arterial?**

Se identifica claramente una relación entre dieta y presión arterial. Se consideran nocivos alimentos como la sal, los embutidos, las grasas trans, harinas refinadas y los pasteles. Algunos participantes manifiestan que las restricciones excesivas pueden generar estrés, lo que introduce una dimensión emocional en las elecciones alimenticias, en la que también emerge la culpa como sentimiento asociado al incumplimiento de pautas recomendadas. El reemplazo de alimentos y la búsqueda de opciones más naturales se reconocen como caminos para mejorar la salud. Los participantes muestran conciencia sobre los hábitos aprendidos desde la infancia, pero también reinterpretaciones personales que permiten la adaptación de la dieta “sin culpas”.

En el análisis **no verbal**, se observa una alta participación en la forma de asentimientos y comentarios confirmatorios entre los participantes. La **carga general** fue predominantemente positiva. Las intervenciones no verbales denotan una actitud de validación hacia lo que dicen los otros, con énfasis en los componentes “sal, sodio, embutidos”, lo que sugiere que existe una internalización clara de estos elementos como nocivos. No se observa un **liderazgo** predominante, sino más bien una dinámica horizontal donde todos los participantes comparten distintos aspectos de manera espontánea y colaborativa.

- **Eje temático: ¿Habrá algunos hábitos que efectivamente sí apoyen a que se genere más hipertensión arterial?**

El estrés, el consumo de alcohol, tabaco y café son señalados como factores que pueden contribuir al desarrollo o descompensación de la HTA. Sin embargo, se observa una flexibilidad adaptativa en el discurso: algunos participantes relatan que moderan su consumo más que eliminarlo. En el caso del café, hay relatos que reflejan un vínculo emocional y cultural, pero también han interiorizado indicaciones médicas personalizadas que permiten su consumo moderado u otras alternativas, lo que sugiere una negociación permanente entre el placer, la tradición y las indicaciones sanitarias.

Desde el análisis de las manifestaciones **no verbales**, esta pregunta genera un nivel moderado de participación corporal o gestual, destacando algunos momentos de nerviosismo, como el caso de una participante que se muerde las uñas durante su intervención, lo que podría interpretarse como expresión de conflicto o tensión emocional frente al tema. También se observan intervenciones espontáneas y **tono confrontacional**, principalmente cuando se discute el impacto del café, lo que indica que este es un tema cargado de significados personales. La **carga/percepción** predominante en las respuestas fue negativa, aunque no desde una perspectiva de rechazo absoluto, sino como reconocimiento de hábitos potencialmente dañinos que aún forman parte del estilo de vida de algunos participantes.

- **Eje temático: ¿Cuántas instrucciones les han dado? ¿Cuáles han gustado/no gustado/costado más cumplir?**

Las instrucciones valoradas son aquellas que se perciben como practicables y con sentido personal, como caminar o moverse más. Por el contrario, se rechazan aquellas indicaciones que se sienten impuestas o sin explicación suficiente, como la solicitud de exámenes en el inicio temprano de la HTA. Las restricciones alimentarias, como evitar la sal, el café o los dulces, figuran entre las más difíciles de cumplir, especialmente por su arraigo cultural o valor emocional. Las respuestas evidencian

que la adherencia está mediada por la percepción de sentido, utilidad y factibilidad de las recomendaciones.

Desde el análisis de las manifestaciones **no verbales**, este momento de la conversación se caracteriza por una disposición mayoritariamente reflexiva y reservada. Predomina el gesto de asentir a las intervenciones del resto, lo que puede interpretarse como un signo de reconocimiento mutuo o de validación compartida sobre la vivencia común de frustración frente a ciertas indicaciones. También se observa gestos de introspección (miradas hacia abajo). La **carga/percepción** dominante en este eje fue mixta, combinando componentes positivos hacia algunas indicaciones e interpretaciones negativas hacia otras.

Este análisis pone de manifiesto la importancia de una educación en salud que sea dialogante, personalizada y sensible al contexto de cada persona, reconociendo que las instrucciones no son neutras, sino que adquieren significado en función de cómo son entregadas, percibidas y vividas.

- **Eje temático: ¿Cómo tenemos que confrontar nosotros el uso de un medicamento? ¿Cómo establezco la relación del uso del medicamento?**

La relación con los medicamentos está marcada por una mezcla de confianza, duda y estrategias propias de ajuste. Algunos participantes relatan sospechas sobre la calidad de los medicamentos entregados en el sistema público y justifican una mayor dosis en su tratamiento como una “compensación” por la baja calidad del medicamento, lo que refleja creencias preexistentes. Existe además una conciencia de que el exceso en el uso de medicamentos puede ser perjudicial. En este eje también aparece con fuerza el rol de la experiencia acumulada: el juicio sobre los medicamentos parece estar influido más por lo vivido que por una comprensión técnica, lo que orienta decisiones que pueden ser inadecuadas desde un punto de vista clínico.

- **Eje temático: ¿Qué creen de adquirir medicamentos en la feria?**

Hay un fuerte consenso en torno al rechazo de esta práctica, asociándola a riesgos como el mal almacenamiento y la inseguridad en su procedencia, lo que se ha interiorizado el concepto de calidad y seguridad farmacéutica, probablemente derivado de experiencias personales o de acciones educativas previas.

Desde el análisis **no verbal**, este eje muestra una notable convergencia en la actitud de los participantes. Se observan múltiples asientos afirmativos, intervenciones breves de apoyo a lo que dicen otros, y un bajo nivel de contradicción o confrontación. El **estilo de liderazgo** en este segmento es colectivo y colaborativo, con escasa necesidad de regulación por parte del moderador. Esta **armonía discursiva** sugiere que el tema es vivido como unívoco en términos éticos y de salud, con una **carga/percepción** negativa muy marcada hacia la compra en la feria, y positiva hacia el uso responsable de medicamentos adquiridos por vías formales.

- **Eje temático: ¿Qué aspectos deberíamos saber sobre los medicamentos que tomamos?**

Esta pregunta activa un conjunto de reflexiones que giran en torno a la necesidad de comprender más profundamente el tratamiento farmacológico, entre ellas inquietudes sobre la clasificación farmacológica, mecanismos de acción, duración del efecto y tiempo de uso. Estas preguntas reflejan un deseo de comprender profundamente el tratamiento, pero también una necesidad de mayor claridad en las indicaciones. Durante la discusión, no se observa un **liderazgo** predominante en las intervenciones, sino que los participantes comparten distintos aspectos de manera equitativa.

- **Eje temático: ¿Cómo sabemos si el medicamento funciona?**

En el discurso se utiliza como criterio la percepción del bienestar o malestar, así como el automonitoreo de la presión. También se menciona el ajuste del tratamiento por parte del médico según evolución. La combinación de síntomas físicos (dolor de cabeza, mareo) y de indicadores objetivos (medición de presión) muestra un abordaje híbrido entre lo empírico y lo clínico. A esto se suma la percepción subjetiva de pérdida progresiva de efectividad del tratamiento con el paso del tiempo, lo que

algunos participantes expresan como un “acostumbramiento” del cuerpo al medicamento, llevándolos a interpretar que ya no hace el mismo efecto que al inicio en vez de asociarlo al progreso de la condición clínica, donde la respuesta terapéutica inicial puede volverse insuficiente, requiriendo ajustes en la dosis o en el esquema del tratamiento farmacológico.

Desde el lenguaje **no verbal**, se aprecia un tono predominantemente positivo en la **carga expresiva** de los participantes.

- **Eje temático: ¿Cómo sabemos cuándo un medicamento ya no nos hace bien? ¿Y qué hacemos frente a eso?**

Se reconocen síntomas físicos similares a los experimentados antes de iniciar tratamiento, así como resultados de exámenes “desfavorables” como señales de alerta. Algunos relatan realizar modificaciones en la frecuencia de monitorización (toma de presión arterial) ante falta de eficacia. Existe una percepción clara de que el cuerpo entrega señales que deben ser escuchadas.

En el registro **no verbal**, las expresiones asociadas a esta pregunta mantienen una **carga positiva**, lo cual resulta interesante dado que se habla de falta de eficacia. Durante la discusión, no se observa un **liderazgo** predominante en las intervenciones, sino que los participantes comparten distintos aspectos de manera equitativa.

- **Eje temático: ¿Cómo hacemos un orden de los medicamentos que consumimos?**

Se describen múltiples estrategias: seguir instrucciones del médico, establecer horarios con alarmas, separar tomas, pero también prácticas inadecuadas como mezclar todos los medicamentos. Se reportan con frecuencia dificultades para adherirse a indicaciones posológicas complejas, como tomar ciertos medicamentos antes o después de comer.

Desde el análisis **no verbal**, esta pregunta se distingue por la alta participación y la multiplicidad de respuestas espontáneas, lo que evidencia que se trata de un aspecto

cotidiano con el que los participantes están familiarizados. Se observa una **carga emocional** neutral, lo que podría interpretarse como una normalización de las estrategias utilizadas, incluso cuando estas no son del todo adecuadas.

- **Eje temático: ¿Qué criterios deberían usar para reincorporar un medicamento suspendido?**

Algunos participantes declaran seguir indicaciones médicas, pero otros reconocen que reincorporan tratamientos de forma empírica y paulatina, con la idea de que una dosis pequeña es “más segura”. Esta práctica de “tomar de a poquito” evidencia una percepción de riesgo, pero también una lógica personal de protección, construida desde la experiencia y no desde la evidencia clínica. En este ítem, las respuestas fueron más escasas en comparación con otros ejes.

- **Eje temático: ¿A quién le consulto cuando tengo necesidad de saber sobre un medicamento?**

Las fuentes de información son diversas: familiares, personal de salud, farmacias, inteligencia artificial, y páginas web como la “Clínica Mayo”. Esta diversidad de respuestas sugiere una búsqueda activa, pero también la posibilidad de recibir mensajes contradictorios o poco rigurosos. La elección de fuentes parece depender de la confianza previa más que del nivel de evidencia.

En el plano **no verbal**, esta pregunta muestra una participación amplia y consenso generalizado, sin manifestaciones emocionales destacadas. La carga perceptiva es neutral, y no se evidencian confrontaciones ni expresiones de conflicto.

3. Análisis interpretativo transversal del focus group

Esta síntesis interpretativa, aún enmarcada en la etapa 4 del proceso metodológico del focus group: interpretación con enfoque contextual, en donde se aleja de la estructura basada en preguntas para ofrecer una lectura global del fenómeno estudiado. Se destacan dimensiones clave que atraviesan las distintas categorías identificadas, y se

profundiza en su significado desde una mirada situada, reflexiva y coherente con el enfoque cualitativo adoptado.

El análisis del discurso de las personas participantes en el focus group evidencia una comprensión situada, experiencial y dinámica de la HTA, atravesada por factores sociales, culturales, afectivos y biográficos. Si bien se identifican saberes formales, también emergen vacíos informativos, tensiones emocionales y estrategias adaptativas que configuran la relación que cada persona establece con su enfermedad, el tratamiento y el autocuidado. Estas dimensiones no solo reflejan formas de comprender y vivir la HTA, sino que permiten identificar necesidades educativas, que se manifiestan en el discurso.

Uno de los hallazgos más consistentes es la **confusión respecto a las manifestaciones clínicas de la HTA**, especialmente en relación con su carácter asintomático. Aunque algunas personas logran identificar síntomas como el dolor de cabeza o el mareo, otros no logran identificarlo.

Otro eje relevante es la manera en que se **construyen las creencias sobre el origen de la enfermedad**. La HTA es interpretada como resultado de múltiples factores, donde el estrés, los antecedentes familiares, las exigencias laborales y los hábitos alimentarios forman parte de una combinación de causas según la experiencia personal de cada uno.

En relación con el tratamiento farmacológico, el discurso revela tanto **adherencia disciplinada como prácticas de automanejo poco seguras**. Se reconoce la utilidad de los medicamentos, pero también emergen dudas sobre la calidad de los fármacos entregados en el sistema público, la combinación de múltiples “pastillas”, y la automedicación basada en experiencias pasadas. Algunos participantes describen cómo reincorporan medicamentos “de a poquito”, como estrategia de protección ante posibles efectos adversos. Esta práctica, si bien refleja lógica y cautela, también expresa una falta de acompañamiento profesional y una interpretación intuitiva del riesgo.

El **autocuidado aparece como un eje complejo, tensionado entre la racionalidad, el deseo y la culpa**. Si bien hay conocimientos instalados sobre alimentación saludable, reducción del sodio, actividad física o técnicas de relajación, su puesta en práctica se ve condicionada por factores culturales, sociales y emocionales. La alimentación, en particular, se vive como un campo de batalla: por un lado, se reconocen los daños del exceso; por otro, las restricciones generan frustración, sensación de pecado y culpa. Esta

tensión se expresa en frases como “me siento que estoy pecando” o “vengo aquí y peco”, donde lo alimentario adquiere una dimensión moralizada que complejiza aún más su abordaje. El discurso sobre el “balance”, “todo en exceso es malo”, “no el negarse todo”, se instala como una estrategia adaptativa frente a las exigencias del tratamiento.

En este contexto, **la confianza en el proceso terapéutico se ve afectada por experiencias contradictorias**. Por un lado, hay relatos que valoran la información entregada en charlas comunitarias o la presencia de profesionales empáticos; por otro, surgen expresiones de saturación, temor a nuevas indicaciones y frustración por recibir mensajes médicos poco coherentes entre sí. Esta ambivalencia se refleja en la forma en que las personas se relacionan con las recomendaciones médicas: hay quienes siguen instrucciones estrictamente, y quienes desarrollan sus propias interpretaciones.

En cuanto a las **fuentes de información**, se observa una gran diversidad: familiares, farmacias, internet, inteligencia artificial, redes sociales y profesionales de salud. Esta amplitud evidencia una actitud activa hacia la búsqueda de información, pero también expone a los participantes a contenidos contradictorios o no verificados.

Por último, el discurso muestra una **progresiva aceptación de la condición crónica**, que en algunos casos permite la elaboración de una relación más reflexiva y consciente con la HTA. Las personas no solo narran sus síntomas y tratamientos, sino que también construyen significados sobre lo que implica vivir con esta enfermedad. Esta elaboración implica una reinterpretación del pasado considerando la experiencia actual (por ejemplo, contrastes entre lo que sabían en la infancia y lo que saben hoy), la incorporación de prácticas más realistas y sostenibles (como el consumo moderado en vez de la abstinencia radical), y la búsqueda de sentido en medio de un tratamiento que muchas veces se percibe como exigente, desigual o despersonalizado.

Así, el discurso recogido en este estudio no solo visibiliza necesidades educativas específicas de conocimiento, habilidades prácticas y confianza para el manejo de la HTA, sino que también revela los múltiples niveles en los que estas necesidades se configuran: no solo están relacionadas con lo que saben o entienden (nivel cognitivo), sino también con lo que sienten (nivel emocional); no solo afectan o se expresan a nivel personal (individual), sino que también se construyen y comparten en grupo, en su familia o comunidad (nivel colectivo). Desde esta mirada transversal, emergen elementos que

podrían resultar clave para el diseño de futuras intervenciones educativas en salud, en la medida en que permiten comprender no solo los saberes y prácticas existentes, sino también las vivencias, resistencias y trayectorias que configuran la experiencia cotidiana con la HTA.

Finalmente, se presenta una síntesis de los hallazgos más significativos del análisis. Esta sección corresponde a la etapa 5 de la metodología aplicada: síntesis de hallazgos relevantes, donde se condensan los aspectos más representativos y consistentes a lo largo de todo el material analizado junto a sus necesidades educativas asociadas. De este análisis nace el anexo 4 y se dividen según el eje educativo en las siguientes 3 tablas.

Tabla 4. Necesidades educativas del eje de aprendizaje: conocimiento en hipertensión arterial

Conocimiento
Reconocimiento y percepción de la HTA
Conocimientos sobre factores de riesgo, síntomas y manifestaciones de la HTA
Conocimiento de síntomas asociados a HTA
Conocimiento de síntomas de descompensación asociados a HTA
Conocimiento sobre cifras tensionales y tipos de presión
Conocimiento sobre coexistencia de enfermedades crónicas
Conocimiento sobre consecuencias del mal control de HTA
Conocimiento sobre formas asintomáticas de HTA
Conocimiento sobre manifestaciones clínicas de la HTA
Creencias y explicaciones causales sobre la HTA
Conocimientos sobre factores de riesgo, síntomas y manifestaciones de la HTA
Conocimiento sobre factores de riesgo de la HTA
Conocimiento sobre impacto emocional en la salud
Alimentación y estrategias no farmacológicas
Conocimientos sobre alimentación y estilo de vida
Conocimiento sobre alimentos que elevan la presión arterial
Conocimiento sobre factores de riesgo alimentario y desigualdad en la educación preventiva
Conocimiento sobre los límites de consumo recomendados de hábitos dañinos en personas con HTA
Conocimiento y comprensión de los medicamentos
Conocimientos sobre farmacoterapia y medicamentos
Conocimiento interacciones medicamento-alimento
Conocimiento sobre clasificación y mecanismos de acción de medicamentos antihipertensivos
Conocimiento sobre condiciones adecuadas de almacenamiento y distribución de medicamentos
Conocimiento sobre duración y acción de los medicamentos antihipertensivos
Conocimiento sobre interacciones entre suplementos y enfermedades
Conocimiento sobre uso racional del medicamento
Conocimiento sobre calidad de medicamentos
Adherencia farmacológica y estrategias terapéuticas
Conocimientos sobre farmacoterapia y medicamentos
Conocimiento de interacciones entre medicamentos
Evaluación y seguimiento del tratamiento
Conocimientos sobre farmacoterapia y medicamentos
Conocimiento sobre adaptación del tratamiento según evolución clínica
Conocimiento sobre efectos adversos y ajustes de medicamentos
Conocimiento sobre seguimiento clínico y su utilidad en el ajuste de medicamentos
Instrucciones médicas y experiencias educativas
Conocimientos sobre farmacoterapia y medicamentos
Conocimiento sobre los distintos ejes de un tratamiento (farmacológico y no farmacológico)

Tabla 5. Necesidades educativas del eje de aprendizaje: habilidades para el manejo de la hipertensión arterial

Habilidad
Reconocimiento y percepción de la HTA
Habilidades para el autocuidado y estilo de vida saludable
Habilidad para actuar adecuadamente en crisis
Alimentación y estrategias no farmacológicas
Habilidades para el autocuidado y estilo de vida saludable
Habilidad para controlar hábitos sin extremos en restricciones
Habilidad para implementar cambios alimenticios saludables
Habilidad para mantener actividad física como parte del autocuidado
Habilidad para modificar hábitos alimentarios
Habilidad para seguir recomendaciones no farmacológicas médicas personalizadas
Habilidad para usar estrategias respiratorias de autorregulación
Habilidades para aplicar estrategias para el control de la HTA
Conocimiento y comprensión de los medicamentos
Habilidades de alfabetización en salud y búsqueda de fuentes confiables
Habilidad para encontrar fuentes confiables
Adherencia farmacológica y estrategias terapéuticas
Habilidades para la adherencia terapéutica y monitoreo
Habilidad para implementar estrategias de adherencia al tratamiento
Habilidad para ordenar y compatibilizar tratamiento con vida laboral
Habilidad para organizar la toma de medicamentos según indicaciones profesionales
Evaluación y seguimiento del tratamiento
Habilidades para la adherencia terapéutica y monitoreo
Habilidad para detectar temporalidad en la aparición de reacciones adversas
Habilidad para evaluar la efectividad del tratamiento mediante el automonitoreo
Habilidad para implementar estrategias de monitoreo y control del tratamiento
Habilidad para reconocer síntomas de ineficacia terapéutica
Instrucciones médicas y experiencias educativas
Habilidades de alfabetización en salud y búsqueda de fuentes confiables
Habilidad para utilizar información entregada en contextos educativos comunitarios
Habilidades para el autocuidado y estilo de vida saludable
Habilidad para manejar síntomas sin supervisión médica con criterio

Tabla 6. Necesidades educativas del eje de aprendizaje: confianza en el manejo de la hipertensión arterial

Confianza
Reconocimiento y percepción de la HTA
Confianza en el manejo de la enfermedad
Confianza en el juicio personal frente a síntomas
Confianza en la aceptación de la HTA para favorecer su control
Confianza para ejercer control sobre el tratamiento
Alimentación y estrategias no farmacológicas
Confianza en el entorno social y profesional
Confianza en la capacidad de autorregular las exigencias diarias según el estado de salud
Confianza en el manejo de la enfermedad
Confianza para manejar la alimentación sin culpa ni ansiedad
Confianza para mantener hábitos saludables con flexibilidad
Confianza para sostener cambios en reducción de sal
Adherencia farmacológica y estrategias terapéuticas
Confianza en el entorno social y profesional
Confianza en red de apoyo para gestionar adherencia al tratamiento, sin perder autonomía.
Confianza en el manejo de la enfermedad
Confianza en la eficacia del tratamiento farmacológico
Instrucciones médicas y experiencias educativas
Confianza en el entorno social y profesional
Confianza para dialogar con profesionales sobre el tratamiento

Comprensión de la enfermedad (HTA)

Los participantes muestran dificultades para reconocer el carácter crónico y progresivo de la HTA y para identificar sus síntomas. La HTA se percibe como una patología silenciosa, capaz de generar manifestaciones físicas poco específicas, no siempre es clara para quienes la padecen. Las causas atribuidas son diversas, en la que se destacan causas genéticas, emocionales y asociadas al estilo de vida, en el que destaca el estrés como factor determinante.

Relación con el tratamiento farmacológico

La combinación de medicamentos y la complejidad de las instrucciones terapéuticas generan confusión, dificultando la planificación y organización de la administración diaria. Lo que conlleva en ciertos casos el reinicio de fármacos sin supervisión profesional.

Autocuidado

En el ámbito de las estrategias no farmacológicas, la **alimentación** adquiere un protagonismo claro. Las personas participantes demuestran conocimientos generales sobre los alimentos que pueden elevar la presión arterial, pero las restricciones dietéticas suelen generar ansiedad, "culpa" y una vivencia de transgresión moral. Frente a ello, la noción de "equilibrio" surge como una estrategia adaptativa, permitiendo sostener cambios alimentarios sin caer en enfoques prohibitivos ni extremos.

En relación con las **estrategias farmacológicas**, se evidencian habilidades para organizar la toma de medicamentos según indicaciones profesionales, combinadas con recursos como alarmas, registros manuales y en donde el apoyo del entorno familiar es fundamental. Esta confianza en la **red de apoyo** también se manifiesta en la capacidad de implementar estrategias de monitoreo y control, como la toma periódica de presión. Asimismo, se rechaza activamente la compra de medicamentos en el comercio informal como las ferias libres.

Búsqueda de información y alfabetización en salud

Los participantes buscan información en diversas fuentes, incluyendo profesionales de salud, familiares, Internet e inteligencia artificial. Esta diversidad evidencia una búsqueda activa de información, junto con el riesgo de acceder a información contradictoria o no verificada.

Discusión

El focus group se consolida como una técnica eficiente y económicamente viable para la recolección de datos cualitativos, especialmente en contextos donde se requiere captar percepciones, creencias y experiencias de manera colectiva y situada. Su eficiencia se evidencia en la capacidad de generar una gran riqueza discursiva en un periodo de tiempo acotado, lo que permite obtener información diversa en una sola sesión grupal. En el caso del presente estudio, los **recursos empleados** incluyen dos reuniones de planificación con el equipo investigador, con una duración total aproximada de 3 horas entre las dos para la planificación de la instancia focus group, junto con la creación del guion de preguntas. La transcripción de una hora de grabación del focus group requirió entre 6 y 8 horas de trabajo, y se contempló una retribución económica al psicólogo al momento de moderar. A pesar de estos requerimientos, el focus group resulta más económico que otras técnicas cualitativas como las entrevistas individuales, las cuales demandan más sesiones, mayor tiempo de transcripción y análisis, y eventualmente más recursos humanos. Esta técnica también permite optimizar el tiempo de recolección al generar interacciones grupales que favorecen la emergencia de discursos espontáneos y profundos, que posiblemente no surgirían en una conversación individual (Juan & Roussos, 2010; Kitzinger, 1995).

1. Discusión de la caracterización

El predominio de **mujeres** en la muestra del focus group (10 de 12 participantes) se encuentra en concordancia con la composición demográfica nacional. En Chile, las mujeres representan aproximadamente el 50,7 % de la población total, proporción que aumenta en los grupos etarios mayores debido a su mayor esperanza de vida (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile [INE], 2025). Aunque la prevalencia de HTA es levemente superior en hombres (36 %) que en mujeres (33 %), este patrón se invierte al considerar indicadores de diagnóstico, tratamiento y control. De hecho, el control efectivo de la HTA alcanza un 42 % en mujeres, mientras que en hombres solo llega al 27 % (WHO, 2023b). Esto sugiere que las mujeres no solo acceden con mayor frecuencia a los sistemas de salud, sino que también tienden a mantener un seguimiento más sostenido, lo que aumenta las probabilidades de detección en instancias de investigación comunitaria o participativa. Este fenómeno se sustenta además en hallazgos recientes

que demuestran que las mujeres consultan con mayor frecuencia en atención primaria respecto a su salud, mostrando un patrón sostenido de mayor preocupación y búsqueda activa de información en comparación con los hombres (Ballering et al., 2023).

En cuanto al **nivel educacional**, la literatura establece una asociación directa con la alfabetización en salud. Diversos estudios han evidenciado que, a mayor nivel educacional, mayor tiende a ser el nivel de alfabetización en salud, lo que facilita la comprensión de información médica y el acceso a recursos adecuados de información (Arrighi et al., 2021; WHO, 2024). No obstante, es importante considerar que la alfabetización en salud no es una competencia estática ni universal, sino situacional. Incluso personas con niveles altos de escolaridad y habilidades competentes de alfabetización en salud pueden enfrentar dificultades para procesar información en contextos de enfermedad, miedo, dolor o estrés, lo que condiciona la manera en que acceden, comprenden y utilizan dicha información en momentos críticos (OASH, 2024; WHO, 2024).

En relación con las **comorbilidades declaradas**, donde el rango varía entre 0 y 3 enfermedades crónicas adicionales a la HTA, siendo la moda una comorbilidad. Este hallazgo se encuentra en concordancia con lo reportado a nivel nacional, donde la moda de comorbilidades declaradas es de 1 (29,2%). En particular, la diabetes mellitus, comorbilidad más reportada entre los participantes, coincide con las cifras nacionales que la posicionan como la segunda enfermedad crónica más común en mayores de 60 años (después de la HTA), con un 27,0 % de autorreporte, seguida por enfermedades asociadas al dolor crónico como las patologías osteoarticulares descritas en tres casos, que alcanzan un 21,5 % a nivel país (Observatorio del Envejecimiento, 2024). Asimismo, se registran enfermedades como insuficiencia cardíaca, párkinson, glaucoma, bronquiectasia, enfermedad tiroidea y fibromialgia, que, si bien son menos frecuentes a nivel nacional, reflejan la complejidad clínica que puede encontrarse en adultos mayores con HTA. Estos resultados permiten contextualizar la necesidad de un enfoque de cuidado integral, considerando la frecuente coexistencia de múltiples condiciones crónicas y su impacto en la adherencia, el autocuidado y el diseño de intervenciones educativas pertinentes.

Respecto al **tiempo desde el diagnóstico de HTA**, resulta particular que 4 de los 12 participantes hayan indicado no contar con dicho diagnóstico. La falta de reconocimiento podría reflejar vacíos en la comprensión del estado de salud o dificultades en el proceso de comunicación clínica. En línea con ello, se reconoce que, en varios casos, la HTA se detecta en el contexto de cuadros agudos o sintomáticos —como eventos de presión arterial elevada durante una urgencia o consulta no programada—, lo que puede dificultar la apropiación del diagnóstico cuando no existe un acompañamiento educativo posterior adecuado (MINSAL, 2023).

En el **tratamiento farmacológico**, en concordancia con las recomendaciones actuales para el manejo de HTA en personas mayores de 55 años, se observa que mencionan medicamentos de acuerdo con las guías clínicas vigentes, destacando especialmente el uso de amlodipino como monoterapia o en combinación, dado que tanto la Guía GES 2018 como la estrategia HEARTS recomiendan iniciar tratamiento en este grupo etario con bloqueadores de canales de calcio o diuréticos tiazídicos. En particular, la combinación de losartán y amlodipino se considera el esquema de elección en el contexto de atención primaria en Chile, ya que optimiza el control tensional mediante una estrategia de terapia combinada, con respaldo en la evidencia y en la experiencia local. En este marco, los tratamientos observados en el grupo estudiado se alinean con los principios de la estrategia HEARTS y las directrices actuales, evidenciando una prescripción concordante con estándares internacionales adaptados al contexto chileno (García et al., 2023).

En aquellos participantes que **no reportan el uso de tratamiento farmacológico** podría explicarse por un diagnóstico de HTA sin presencia de factores de riesgo adicionales, en donde las modificaciones del estilo de vida son la base terapéutica. Sin embargo, esta decisión contrasta con lo señalado por las guías clínicas más actualizadas —incluyendo la Guía GES 2018, la Directriz OMS 2022 y la Guía ESH 2023— las cuales coinciden en recomendar el inicio del tratamiento farmacológico una vez confirmado el diagnóstico de HTA, independientemente de la presencia de comorbilidades (García et al., 2023).

Adicionalmente, se observa que ninguno de los participantes logra proporcionar de forma completa la información solicitada respecto a los detalles básicos de su tratamiento antihipertensivo, como la forma farmacéutica, la potencia del medicamento o su

dosificación específica. Este hallazgo subraya una necesidad educativa relevante en torno a la comprensión y apropiación del tratamiento prescrito, ya que el desconocimiento de aspectos fundamentales del propio régimen terapéutico podría dificultar la adherencia y la toma de decisiones informadas frente a situaciones clínicas cotidianas.

En cuanto a las **estrategias no farmacológicas declaradas** por los participantes del estudio, se observa que estas acciones, aunque adoptadas por una proporción limitada del grupo, se alinean con las recomendaciones establecidas en las principales guías clínicas internacionales y nacionales para el manejo de la HTA. Tanto la Guía GES 2018, la OMS 2022 como la ESH 2023 destacan el manejo no farmacológico como la primera línea terapéutica para el control de la HTA, particularmente en pacientes recién diagnosticados o con cifras límites. Dentro de las intervenciones consensuadas, se incluye precisamente la reducción del consumo de sal, la adopción de dietas saludables como DASH o mediterránea, la práctica regular de actividad física, y el control del estrés (García et al., 2023). Que estas mismas prácticas emergieran en los relatos de los participantes refuerza la pertinencia de estas recomendaciones; sin embargo, su baja frecuencia sugiere la existencia de barreras de implementación o de sostenibilidad, lo que subraya la necesidad de fortalecer el apoyo educativo y comunitario en estos aspectos clave del autocuidado.

Al explorar la **percepción del control de la presión arterial** de los participantes, solo 3 consideran que está controlada, 2 la perciben como poco controlada y 7 no responden a esta pregunta. Esta ausencia de respuesta puede sugerir una falta de conocimiento o falta de habilidades para su autocuidado. Una investigación cualitativa señala que existen gran parte de pacientes con HTA que no poseen conocimiento adecuado sobre su condición ni sobre las medidas necesarias para su vigilancia y tratamiento, lo que se vincula con una baja alfabetización en salud y una escasa preparación para el autocuidado (Ameri et al., 2025). Asimismo, otras investigaciones señalan que la falta de percepción del diagnóstico o subestimación de la enfermedad está asociada a una menor adherencia y falta de autogestión efectiva de la HTA (Jariyasakulwong et al., 2024; Shima et al., 2014). Estos hallazgos permiten plantear que, en nuestra muestra, la falta de respuesta a la percepción del estado de presión arterial puede deberse más bien a un desconocimiento o inseguridad sobre la propia situación clínica que a una negación informada, lo cual

subraya la necesidad de fortalecer intervenciones enfocadas en alfabetización en salud y estrategias de autocuidado.

Respecto a la distribución de los participantes según su **categorización de riesgo de la ECICEP**, evidencia una representación completa del espectro de complejidad, abarcando desde G0 hasta G3. Esta variabilidad aporta valor interpretativo para comprender diversas trayectorias clínicas dentro de APS. La mayor concentración en los grados G2 y G3 da cuenta de un predominio de necesidades de cuidado intermedias y altas, lo que, en principio, debiera reflejarse en un seguimiento clínico sistemático y continuo (MINSAL 2020; MINSAL 2025). Sin embargo, contrasta con este escenario el hecho de que solo 2 de los 12 participantes declaren realizar controles específicos de su HTA en APS. Esta brecha entre el nivel de complejidad asignado y la frecuencia de control efectivo sugiere desafíos en la integración real de los usuarios al modelo de cuidados crónicos. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud advierte que, a pesar de los avances estructurales en la implementación de estrategias como HEARTS, persisten debilidades en la continuidad del seguimiento y en la adherencia al control clínico regular, especialmente en condiciones crónicas como la HTA (OPS, 2021b). Asimismo, la OMS subraya que la desconexión entre diagnóstico y tratamiento sostenido es una de las principales barreras para el control adecuado de esta enfermedad a nivel global (WHO, 2023a). En este sentido, los hallazgos del presente estudio reafirman la necesidad de fortalecer el seguimiento estructurado en APS, asegurando que los niveles de complejidad identificados mediante la clasificación ECICEP se traduzcan efectivamente en planes de atención pertinentes y accesibles.

2. Determinación de necesidades

Al analizar el **lenguaje no verbal** en las respuestas de los participantes, se observa que ciertos ejes temáticos generan una participación expresiva significativamente mayor, tanto a nivel corporal como emocional. Particularmente, las preguntas relacionadas con “cómo se siente la hipertensión arterial”, “cómo se puede controlar”, y la “relación entre alimentos y presión arterial”, activan conductas como asentimientos repetidos, gestos de introspección, miradas hacia abajo, y expresiones de validación colectiva. Esta alta expresividad no verbal puede interpretarse como un reflejo de consenso generalizado

entre los participantes, ya que no solo responden verbalmente, sino que también muestran acuerdo y resonancia emocional a través del cuerpo. En contraste, otros ejes con menor manifestación no verbal, como aquellos asociados a la “reincorporación de medicamentos”, la “confrontación con su uso” o a quién consultar sobre estos” muestran respuestas más escuetas, con menor implicancia corporal y emocional. En algunos casos, como en la pregunta sobre la confrontación del uso del medicamento, la confusión en la interpretación del enunciado dificulta el involucramiento tanto verbal como gestual, probablemente asociada a la ambigüedad en la formulación de la pregunta, lo que pudo dificultar su adecuada interpretación. Esto refuerza la importancia de que las preguntas estén redactadas de manera clara y comprensible para los participantes, de modo que tengan sentido para ellos y faciliten la participación (Krueger & Casey, 2015). Esta baja expresividad puede interpretarse como una señal de distanciamiento, inseguridad o baja apropiación del contenido por parte de los participantes. Esta relación sugiere que la riqueza del lenguaje no verbal no solo intensifica la carga emocional del relato, sino que también puede ser un indicio de internalización compartida y mayor claridad conceptual entre los miembros del grupo. En este sentido, los ejes con mayor expresión no verbal pueden ser interpretados como aquellos en los que existe una comprensión más colectiva y sedimentada, lo cual es clave para diseñar estrategias educativas contextualizadas.

En algunos ejes temáticos del focus group se observaron **liderazgos emergentes**, ya sea de tipo autónomo, confrontacional o colaborativo. Este fenómeno se evidencia con mayor claridad en preguntas como “¿Cómo creen que afecta la hipertensión arterial en la vida?”, “¿Cómo se siente para usted la hipertensión arterial?” y “¿Cómo se puede ayudar a controlar la hipertensión arterial?”, donde ciertos participantes asumen un rol activo compartiendo sus experiencias de manera destacada frente al grupo. Estas manifestaciones de liderazgo reflejan trayectorias personales marcadas por la vivencia directa de la enfermedad, lo que sugiere una apropiación más profunda del tema por parte de quienes intervinieron de esta forma. No obstante, desde una perspectiva grupal, la emergencia de estos liderazgos también puede interpretarse como un indicio de participación desigual: en la medida que ciertas personas asumen el protagonismo, podría estar dándose una menor implicancia colectiva, lo que a su vez refleja que no todos los participantes se sienten igual de capacitados o seguros para compartir sus conocimientos o experiencias. Así, el liderazgo puede ser leído como expresión de vivencia individual

intensa, pero también como señal de que en esos temas específicos existe una menor distribución del conocimiento dentro del grupo, lo cual representa una oportunidad para reforzar las intervenciones educativas en esos temas.

En el análisis de la **carga emocional** expresada por los participantes, tanto verbal como no verbalmente, se identifican ciertos ejes temáticos que generaron una implicancia afectiva significativamente mayor. En primer lugar, destaca el eje “¿Cómo se siente para usted la hipertensión arterial?”, que evidencia una alta densidad emocional: las personas comparten sensaciones de “descontrol”, “ansiedad” y “culpa”, acompañadas de gestos como tocarse la cabeza o mirar hacia abajo, lo cual denota un fuerte impacto subjetivo. De forma similar, el eje “¿Cómo creen ustedes que adquirieron hipertensión arterial?” activa recuerdos asociados a eventos familiares, como muertes por infarto, generando un tono colectivo de preocupación y angustia. Asimismo, en el eje “¿Habrá algunos hábitos que efectivamente sí apoyen a que se genere más hipertensión arterial?”, se evidenció tensión emocional reflejada en conductas como morderse las uñas, lo que sugiere conflicto interno frente a hábitos placenteros pero nocivos. Estos hallazgos permiten interpretar que los ejes con mayor carga emocional abordan aspectos íntimos o moralizados de la vida cotidiana, tocando temas relacionados con la culpa, la responsabilidad y la pérdida. En contraste, los ejes que involucran conocimiento técnico o acciones rutinarias (como la organización del tratamiento) generan menor implicancia afectiva. Esta diferencia sugiere que las dimensiones emocionales emergen con mayor fuerza cuando se abordan experiencias personales, significados profundos o juicios morales, lo que representa una oportunidad clave para el diseño de intervenciones educativas más empáticas y contextualizadas en esos ejes.

Los resultados de este estudio muestran que los pacientes valoran la **atención médica personalizada**, percibiéndola como una estrategia para mejorar el control de la HTA. Este enfoque se reconoce como un espacio donde se incorporan las experiencias de vida individual de cada persona, favoreciendo una comunicación más empática, un mayor acompañamiento y la adaptación de las recomendaciones a su contexto personal. En Chile, esta orientación se articula claramente con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que tiene como principio irrenunciable la centralidad en la persona, promoviendo su rol activo y la responsabilidad compartida en el cuidado de su salud. Chile ya se encuentra transitando hacia una política actualmente centrada en los

pacientes, vinculada también con la ECICEP, que integra la promoción de la alfabetización en salud como parte del empoderamiento de las personas frente a enfermedades crónicas como la HTA (OPS, 2021b). Sin embargo, la alfabetización en salud aún no ha sido plenamente incorporada como componente transversal en estos (MINSAL, 2024). En este sentido, los hallazgos del focus group muestran que las personas no solo requieren saber qué hacer, sino también cómo hacerlo y sentirse capaces de hacerlo, lo que refuerza la importancia de avanzar hacia modelos integrados que vinculen explícitamente el enfoque centrado en el paciente con estrategias de alfabetización en salud.

En relación con la **confusión respecto a las manifestaciones clínicas de la HTA**, esta dificultad en el reconocimiento de los síntomas, junto con la coexistencia de otras condiciones como la diabetes, pone en evidencia la necesidad de fortalecer los conocimientos sobre la naturaleza silenciosa de la HTA, sus posibles manifestaciones clínicas y los criterios que permiten identificar síntomas de descompensación. Esta necesidad no solo es conceptual, sino también práctica, ya que afecta directamente la toma de decisiones cotidianas sobre el monitoreo, la adherencia terapéutica y la búsqueda oportuna de atención médica.

Este hallazgo se encuentra en sintonía con la literatura, que ha demostrado que casi la mitad de las personas con HTA desconoce su diagnóstico precisamente porque esta condición suele evolucionar de manera asintomática durante años, sin signos evidentes que alerten a quienes la padecen (WHO, 2023a) Esta percepción confusa se ve agravada en personas con comorbilidades como la diabetes mellitus, donde los síntomas pueden superponerse, diluyendo la capacidad de diferenciar entre una descompensación hipertensiva y una complicación asociada a otra enfermedad crónica (Fix et al., 2013).

La **comprensión de la enfermedad** está marcada por interpretaciones vivenciales, vinculadas principalmente al estrés, las emociones o situaciones familiares difíciles. Si bien estas explicaciones poseen legitimidad desde lo subjetivo y cultural, también pueden limitar la identificación de factores de riesgo modificables y dificultar el establecimiento de estrategias preventivas. En este marco, se identifica una necesidad educativa orientada a resignificar estas creencias, sin invalidarlas, pero facilitando la articulación entre el saber popular y conocimientos claros sobre la fisiopatología y determinantes sociales de la HTA.

Esta tarea educativa resulta especialmente relevante al considerar que varios participantes señalaron percibir la enfermedad como limitante únicamente cuando no se encuentra controlada, lo que podría reflejar una tendencia a actuar solo cuando hay síntomas o complicaciones, pudiendo retrasar acciones de prevención o ajuste terapéutico oportuno (De Santana Silva et al., 2024). Asimismo, se evidencia una percepción de pérdida de eficacia del tratamiento farmacológico con el tiempo, asociada a la idea de que el cuerpo se “acostumbra” a los medicamentos. Este fenómeno es interpretado por los participantes no como parte del curso clínico de una enfermedad crónica y progresiva, sino como una falla del tratamiento inicial, lo que puede derivar en frustración o desconfianza hacia la terapia. Esta visión fragmentada de la enfermedad y de su tratamiento refuerza la necesidad de abarcar que, si bien los medicamentos antihipertensivos conservan su eficacia, su efecto puede resultar insuficiente frente al avance natural de la patología si no se acompaña de un control adecuado y continuo (Paz et al., 2016).

En torno a la **adherencia** al tratamiento farmacológico, los resultados del focus group evidencian múltiples necesidades educativas que abarcan dimensiones cognitivas, actitudinales y prácticas. En el plano del conocimiento, varios participantes manifiestan dudas o desconocimiento respecto a aspectos esenciales del tratamiento, como la posología, posibles interacciones y los mecanismos de acción, lo que puede influir negativamente en su motivación y comprensión terapéutica. En cuanto al componente actitudinal, surge la necesidad de fortalecer la confianza tanto en el sistema sanitario como en la seguridad de los tratamientos indicados, lo cual es clave para sostener la continuidad del tratamiento en el tiempo. Desde una perspectiva práctica, también se identificó la dificultad de organizar las tomas diarias, interpretar correctamente las indicaciones médicas y reconocer cuándo es necesario consultar.

En este contexto, algunos participantes compartieron prácticas personales que perciben como facilitadoras de la adherencia, como por ejemplo tomar todos los medicamentos juntos en un mismo momento del día, o reducir voluntariamente la cantidad de ingestas diarias para simplificar la rutina terapéutica. Si bien estas estrategias emergieron a partir de las experiencias relatadas por los pacientes, su presencia también ha sido documentada en la literatura. Investigaciones reportan que la reducción del número de tomas diarias es una táctica frecuentemente adoptada para facilitar el cumplimiento

terapéutico, aunque en algunos casos también responde a confusiones en la interpretación de las indicaciones médicas (Rosendo-Silva et al., 2022; Tan et al., 2017). Por otra parte, el uso de alarmas o recordatorios digitales es mencionado por algunos participantes como una herramienta útil para no olvidar las dosis, estrategia que también ha sido respaldada en la literatura como una práctica común en pacientes para mejorar la adherencia, aunque con limitaciones vinculadas al acceso y manejo de tecnologías (Rosendo-Silva et al., 2022).

En el plano de la **terapia no farmacológica**, específicamente en la **alimentación**, emergen necesidades educativas de tipo emocional y actitudinal, orientadas a despatologizar la relación con la comida y a promover un enfoque basado en el equilibrio más que en la prohibición. Tal como se evidenció en el focus group, la alimentación es vivida en algunos casos como una fuente de estrés, fenómeno que ya ha sido previamente documentado (Lora-Mantilla et al., 2023). Asimismo, los discursos revelan una “negociación permanente” entre el placer, la tradición y las indicaciones sanitarias, donde las recomendaciones dietéticas no son neutras, sino que adquieren significado a partir de cómo son comunicadas, percibidas y experimentadas por los pacientes. En esta línea, se identifican necesidades educativas prácticas relacionadas con el reemplazo alimentario y la búsqueda de alternativas más naturales o saludables, lo cual los participantes reconocen como una vía legítima para mejorar su estado de salud sin sacrificar el placer ni la identidad culinaria. De forma coherente con la literatura, también surgieron en el grupo estrategias no farmacológicas tales como cambios en la dieta, reducción de sodio, ejercicio físico regular y manejo del estrés, junto con prácticas no verificadas como el consumo de jugo de limón como método casero para “bajar la presión” (Lora-Mantilla et al., 2023; Moreno-Sancho et al., 2023). Esta coexistencia de medidas validadas y otras de origen popular refuerza la necesidad de integrar enfoques educativos que valoren el conocimiento situado de las personas, pero que al mismo tiempo permitan discernir críticamente la eficacia de cada acción adoptada por parte de los mismos pacientes.

Confianza en el proceso terapéutico. Este eje pone de relieve necesidades educativas orientadas a reforzar la comunicación efectiva entre el equipo de salud y los pacientes. Se vuelve prioritario asegurar una entrega de información clara, comprensible y pausada que además promueva la confianza necesaria para que los pacientes se sientan cómodos al

expresar y resolver sus dudas (Rosendo-Silva et al., 2022). En este contexto, se observaron distintas formas de interpretar la “calidad” de los medicamentos: por un lado, algunos participantes justificaron el uso de dosis más altas como una forma de “compensar” una supuesta baja calidad del fármaco recibido; por otro, se valoró correctamente el no adquirir medicamentos en espacios informales como la feria, como una manera de resguardar dicha calidad, esto último no siendo concordante con las grandes incautaciones realizadas actualmente a vendedores informales de medicamentos (Instituto de Salud Pública de Chile, 2023; Secretaría Regional Ministerial de Salud Ñuble, 2023) . Estas percepciones, si bien reflejan preocupación por la eficacia del tratamiento, también evidencian áreas de confusión y riesgo que requieren ser abordadas. Asimismo, los pacientes declararon guiar el seguimiento de su tratamiento en función del bienestar o malestar percibido y del automonitoreo de la presión arterial, aunque no siempre identifican una comprensión clara del ajuste terapéutico realizado por el profesional de salud. Este escenario abre oportunidades valiosas para desarrollar intervenciones educativas orientadas a reforzar la seguridad y el uso racional de medicamentos en la vida cotidiana, sobre todo en contextos donde las decisiones terapéuticas se apoyan más en la experiencia personal que en criterios clínicos establecidos.

Aunque algunos participantes mencionaron **referencias** como la familia, la Clínica Mayo o incluso herramientas de inteligencia artificial —una fuente imprevista hasta hace pocos años—, estas menciones no siempre van acompañadas de una evaluación crítica del contenido consultado. Esta situación resulta especialmente relevante si se considera que en la literatura se evidencia que, tras el diagnóstico de HTA, los pacientes no logran absorber la información entregada en el momento ni cuentan con las habilidades para recuperarla posteriormente (Rosendo-Silva et al., 2022). Por otra parte, al igual que lo reportado en otros estudios, en este focus group también se evidencia un interés por aprender sobre el manejo de la HTA, con iniciativas como la participación en charlas o instancias educativas ofrecidas en centros de salud, lo que refleja una disposición activa hacia el aprendizaje (Tan et al., 2017). No obstante, el uso del aprendizaje pasivo a través de medios de comunicación —reportado en la literatura internacional— no fue mencionado en este grupo (Tan et al., 2017). Asimismo, profesionales expertos han advertido que la búsqueda de información en internet puede representar un “arma de doble filo”, al exponer a los pacientes a contenidos difíciles de comprender o que generan

mayor ansiedad, especialmente cuando no se acompañan de una guía profesional que los ayude a contextualizar lo leído (Observatorio del Envejecimiento UC, 2024). Por ello, se vuelve fundamental no solo fortalecer las habilidades de búsqueda y análisis crítico a través de la alfabetización en salud, sino también fomentar instancias de educación dialogada, en las que los equipos de salud recomienden activamente fuentes confiables y se mantengan disponibles para resolver dudas en un marco de confianza.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones que se deben considerar al momento de interpretar los resultados. En primer lugar, la sesión de focus group se lleva a cabo con participantes pertenecientes a un programa integral de APS, conformado por adultos mayores autovalentes, lo que puede haber influido tanto en las necesidades educativas identificadas como en el nivel de motivación y participación de los asistentes. Asimismo, el predominio de mujeres en la muestra pudo sesgar las percepciones hacia una perspectiva más inclinada al sexo femenino de la vivencia de la HTA. En este contexto, los hallazgos no deben generalizarse de manera directa para el diseño de intervenciones educativas, ya que la unicidad del escenario debido a solo abarcar un grupo etario, restringen la posibilidad de extrapolar a otras realidades demográficas y socioculturales. Finalmente, el alcance del estudio se centró exclusivamente en la evaluación del focus group como técnica recopilatoria de datos para la identificación de necesidades educativas, considerando la experiencia, los recursos empleados y los resultados obtenidos. Sin embargo, no se continuó hacia el desarrollo de intervenciones, lo que limita la posibilidad de evaluar de manera directa su impacto en la creación de intervenciones educativas de alfabetización en salud relacionadas con la HTA. Adicionalmente, se reconoce la presencia de un sesgo inherente al carácter interpretativo del estudio; no obstante, este se mantiene de manera constante a lo largo de todo el análisis del focus group, asegurando coherencia a lo largo del estudio.

Conclusión

La aplicación de la técnica de focus group en el presente estudio permite identificar de manera efectiva y contextualizada las necesidades educativas en salud de personas con HTA, en el marco de APS. A diferencia de otras herramientas de recolección de datos como encuestas o cuestionarios, esta técnica facilita una interacción dinámica entre participantes, donde las necesidades emergieron de forma espontánea, sin ser forzadas por la guía de preguntas y permitiendo que los relatos, anécdotas, bromas y comentarios compartidos desbloquearan información variada que permite identificar necesidades no previstas al inicio del estudio. Así, por ejemplo, una aparente inquietud sobre técnicas de respiración terminó visibilizando una necesidad concreta de adquirir habilidades sobre el uso de estas para el manejo del estrés, lo que difícilmente se habría detectado en herramientas cuantitativas o cualitativas individuales.

El grupo de participantes resulta representativo en términos de diversidad clínica y sociodemográfica. Se observan trayectorias de salud variadas, que abarcaron desde personas sin comorbilidades hasta aquellas con múltiples condiciones crónicas coincidentes con las más prevalentes a nivel nacional. Asimismo, la distribución de los participantes en los diferentes grados de clasificación de riesgo abarca todo el espectro, lo que permite recoger miradas desde distintos niveles de complejidad y experiencias en el sistema de salud. Esta diversidad aporta riqueza al análisis y favorece la identificación de necesidades que responden a realidades diversas dentro de la población adulta mayor hipertensa.

Desde una perspectiva práctica, la implementación del focus group demuestra ser una técnica eficiente en términos de recursos humanos y materiales, permitiendo obtener una gran cantidad de información relevante con recursos limitados. Esta eficiencia se traduce en una buena relación entre los recursos empleados y la profundidad del material recolectado.

Finalmente, el análisis del contenido obtenido permite el identificar ejes educativos estructurados en torno a tres dimensiones clave: conocimiento, habilidad y confianza para el manejo de la HTA. Estos hallazgos sirven como base para el diseño de intervenciones educativas futuras, orientadas a fortalecer la alfabetización en salud de las personas usuarias del sistema de atención primaria; sin embargo, se responde de manera parcial al

objetivo general, ya que el presente estudio no contempla el diseño ni la implementación de dichas intervenciones educativas. En este sentido, el focus group se posiciona no solo como una herramienta útil para la exploración cualitativa, sino también como una técnica práctica para levantar insumos aplicables al desarrollo de estrategias de alfabetización en salud pertinentes y centradas en los pacientes y sus cuidadores.

Referencias

- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine*, 96(4), e5641. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000005641>
- Ameri, M., Babamohamadi, H., Mohammadi, E., & Asgari, M. R. (2025). The experiences of self-care behaviors in patients with essential hypertension: A qualitative content analysis. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 12(1), e158097. <https://brieflands.com/articles/jnms-158097.pdf>
- Aravena, F. (2023). Focus group: Una técnica para indagar sobre la práctica educativa. *Práctica de Liderazgo*. https://www.lidereseducativos.cl/wp-content/uploads/2023/11/PL_FA_FOCUS-GROUP.pdf
- Arrighi, E., De Castilla, E. M. R., Peres, F., Mejía, R., Sørensen, K., Gunther, C., Lopez, R., Myers, L., Quijada, J. G., Vichnin, M., & Pleasant, A. (2021). Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promotion*, 29(2), 78-87. <https://doi.org/10.1177/17579759211016802>
- Ballering, A. V., Hartman, T. C. O., Verheij, R., & Rosmalen, J. G. M. (2023). Sex and gender differences in primary care help-seeking for common somatic symptoms: a longitudinal study. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 41(2), 132-139. <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2191653>
- Bamidele, F. I., Bello, C. B., Akinwale, O. D., & Falana, M. S. (2024). Assessing the relationship between health literacy intervention and hypertension self-management: A 7-year systematic review from January 2016 to December 2022. *Journal Of Integrative Nursing*, 6(2), 127-135. https://doi.org/10.4103/jin.jin_151_23
- Cardol, C. K., Boslooper-Meulenbelt, K., Van Middendorp, H., Meuleman, Y., Evers, A. W. M., & Van Dijk, S. (2022). Psychosocial barriers and facilitators for adherence to a healthy lifestyle among patients with chronic kidney disease: a focus group study. *BMC Nephrology*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02837-0>
- Choudhry, N. K., Kronish, I. M., Vongpatanasin, W., Ferdinand, K. C., Pavlik, V. N., Egan, B. M., Schoenthaler, A., Miller, N. H., & Hyman, D. J. (2021). Medication Adherence and

Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 79(1). <https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000203>

Coelho, J. C., Da Luz Pádua Guimarães, M. C., Vaz, A. K. M. G., Meira, K. C., Santos, J. D., Lee, R. J. W., Drager, L. F., & Pierin, A. M. G. (2024). Adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.19282022>

De Jesus, P. R., Bianchini, B. V., Ziegelmann, P. K., & Da Silva Dal Pizzol, T. (2024). The low health literacy in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18972-2>

De Santana Silva, J. P., Cruz, H. R. A., Silva, G. A. G., Gualdi, L. P., & Lima, Í. N. D. F. (2024). Illness perception and self-care in hypertension treatment: a scoping review of current literature. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12001-z>

Fanelli, E., Enri, L. R., Pappaccogli, M., Fasano, C., Di Monaco, S., Pignata, I., Baratta, F., Eula, E., Masera, G., Mana, M., Rabbia, F., Brusa, P., & Veglio, F. (2021). Knowledge on arterial hypertension in general population: Results from a community pharmacy screening program. *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 31(4), 1081–1086. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.01.004>

Fix, G. M., Cohn, E. S., Solomon, J. L., Cortés, D. E., Mueller, N., Kressin, N. R., Borzecki, A., Katz, L. A., & Bokhour, B. G. (2013). The role of comorbidities in patients' hypertension self-management. *Chronic Illness*, 10(2), 81-92. <https://doi.org/10.1177/1742395313496591>

Gallardo-Zanetta, A. M., Franco-Vivanco, P. V., & Urtubey, X. (2019). Experiencia de pacientes con diabetes e hipertensión que participan en un programa de telemonitoreo. <https://www.redalyc.org/journal/2611/261161617005/html/>

García Muñoz, M. C., Atria Balmaceda, M., & Droppelmann Tavelli, S. C. (2023). Manejo integral de la hipertensión arterial en atención primaria en Chile y la estrategia HEARTS: una revisión de guías de práctica clínica. *Revista Salud Comunitaria UANDES*, (1), 34–44. <https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2023/12/articulo-de-revision-1.pdf>

Halladay, J. R., Donahue, K. E., Cené, C. W., Li, Q., Cummings, D. M., Hinderliter, A. L., Miller, C. L., Garcia, B. A., Little, E., Rachide, M., Tillman, J., Ammerman, A. S., & DeWalt, D. (2017). The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. *Patient Education And Counseling*, 100(3), 542-549. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.015>

INE (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile). (2025). Encuesta Nacional de Empleo (ENE) [Base de datos]. Elaboración propia a partir de datos del Banco de Datos ENE. <https://bancodatosene.ine.cl/>

Instituto de Salud Pública de Chile. (2023). En 10 meses han sido incautadas más de 6.400 cajas de medicamentos que eran vendidos de manera ilegal en las calles. <https://www.ispch.gob.cl/noticia/en-10-meses-han-sido-incautadas-mas-de-6-400-cajas-de-medicamentos-que-eran-vendidos-de-manera-ilegal-en-las-calles/>

Isa, D. M., Shahar, S., He, F. J., & Majid, H. A. (2021). Associations of Health Literacy with Blood Pressure and Dietary Salt Intake among Adults: A Systematic Review. *Nutrients*, 13(12), 4534. <https://doi.org/10.3390/nu13124534>

Jariyasakulwong, P., Wattanakitkrileart, D., Pongthavornkamol, K., Piaseu, N., & Roubansathisuk, W. (2024). Factors Influencing Self-Care Practices and Blood Pressure Among Individuals with Uncontrolled Hypertension: A Cross-Sectional Study. *Patient Preference And Adherence*, Volume 19, 1-17. <https://doi.org/10.2147/ppa.s497555>

Juan, S., & Roussos, A. J. (2010). El focus group como técnica de investigación cualitativa. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/189673>

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5^a ed.). SAGE Publications. https://pdfcoffee.com/focus-groups-krueger-5-pdf-free.html?utm_source

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES

2006–483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. [Archivo PDF]. <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>

Kvarnström, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>

Larsen, M. H., Mengshoel, A. M., Andersen, M. H., Borge, C. R., Ahlsen, B., Dahl, K. G., Eik, H., Holmen, H., Lerdal, A., Mariussen, K. L., Thoresen, L., Tschamper, M. K., Urstad, K. H., Vidnes, T. K., & Wahl, A. K. (2022). “A bit of everything”: Health literacy interventions in chronic conditions – a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(10), 2999–3016. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.05.008>

Li, S., Yao, D., Hu, X., Chen, H., Yan, X., Xu, Y., & Zhang, X. (2025). Exploring the relationship between health literacy and chronic diseases among middle-aged and older adults: evidence from Zhejiang, China. *Frontiers In Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1520668>

Loer, A. M., Domanska, O. M., Stock, C., & Jordan, S. (2022). Exploring pandemic-related health literacy among adolescents in Germany: a focus group study. *Archives Of Public Health*, 80(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00937-9>

Lor, M., Koleck, T. A., Bakken, S., Yoon, S., & Navarra, A. D. (2019). Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Hispanics with Hypertension. *Journal Of Racial And Ethnic Health Disparities*, 6(3), 517-524. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-00550-z>

Lora-Mantilla, A. J., Cáceres-Ramírez, C., Parra-Gómez, L. A., & Camacho, P. A. (2023). Percepción de la enfermedad, hábitos y estilos de vida saludables: Un desafío para el control de la hipertensión arterial en Latinoamérica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 27(2), 72-88. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2023.74324>

McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerdts, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., . . . Zeppenfeld, K. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of

elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

MINSAL (Ministerio de Salud). (2018). Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Estado Nutricional. [Archivo PDF]. <https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-HTA-ENS-2016-2017.pdf>

MINSAL (Ministerio de Salud). (2019a). Guía de Práctica Clínica Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más 2018. [Archivo PDF].
https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/08.-RE_GPC-HTA-Final_2018v5.pdf

MINSAL (Ministerio de Salud). (2019b). Informe final de evaluación programas gubernamentales (EPG). [Archivo PDF]. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-205702_informe_final.pdf?hl=es-CL

MINSAL (Ministerio de Salud). (2020). Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf>

MINSAL (Ministerio de Salud) .(2023). Orientaciones técnicas para el Programa de Salud Cardiovascular. Ministerio de Salud de Chile. <https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/10/Orientaciones-Tecnicas-Programa-Salud-Cardio-Vascular.pdf>

MINSAL (Ministerio de Salud). (2024). Herramientas para el apoyo en la toma de decisiones en salud de las personas. <https://www.ssmaule.gob.cl/minsal/wp-content/uploads/2024/05/2024-OT-Herramientas-para-el-apoyo-en-la-toma-de-decisiones-en-salud-de-las-personas.pdf>

MINSAL (Ministerio de Salud). (2025). Marco operativo: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP). <https://www.saludatacama.cl/wp-content/uploads/2025/05/5.-Marco-Operativo-Estrategia-Cuidado-Integral-Centrado-en-la-Persona-ECICEP-2025.pdf>

Moreno-Sancho, M. L., Pou-Bordoy, J., Serrano-Ripoll, M. J., & Unda-Villafuerte, F. R. (2023). Alfabetización sanitaria y estilos de vida en pacientes hipertensos. *Medicina Balear*, 38(5), 129–134.

https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/medicinaBalear/index/assoc/AJHS_Med/icina_Ba/lear_202/3v38n5p1/29.dir/AJHS_Medicina_Balear_2023v38n5p129.pdf

NIH (National Institutes of Health). (2024). Health literacy. <https://medlineplus.gov/healthliteracy.html>

OASH (Office of Disease Prevention and Health Promotion). (s.f). Health Literacy in Healthy People 2030 <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>

OASH (Office of Disease Prevention and Health Promotion). (2024). Health Literate Care Model - Resources for Implementation. <https://odphp.health.gov/our-work/national-health-initiatives/health-literacy/health-literate-care-model/resources-implementation>

Observatorio del Envejecimiento. (2024). Viviendo con enfermedades crónicas: Perspectivas desde la población mayor (Año 5, Vol. 35). Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo. <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2025/03/Reporte-Observatorio-Enfermedades-Cronicas.pdf>

Okwose, N. C., O'Brien, N., Charman, S., Cassidy, S., Brodie, D., Bailey, K., MacGowan, G. A., Jakovljevic, D. G., & Avery, L. (2020). Overcoming barriers to engagement and adherence to a home-based physical activity intervention for patients with heart failure: a qualitative focus group study. *BMJ Open*, 10(9), e036382. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036382>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2021a). Chile recibe premio a la excelencia en prevención y control de la hipertensión. <https://www.paho.org/es/noticias/26-7-2021-chile-recibe-premio-excelencia-prevencion-control-hipertension>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2021b). Plan de expansión de la Iniciativa HEARTS en Chile. <https://www.paho.org/sites/default/files/2021-08/plan-expansion-iniciativa-hearts-chile.pdf>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2025). Hipertensión. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

Pandit, A. U., Tang, J. W., Bailey, S. C., Davis, T. C., Bocchini, M. V., Persell, S. D., Federman, A. D., & Wolf, M. S. (2009). Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Education And Counseling*, 75(3), 381-385. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.006>

Parra-Gómez, L. A., Galeano, L., Chacón-Manosalva, M., & Camacho, P. (2023). Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.26>

Paz, M. A., De-La-Sierra, A., Sáez, M., Barceló, M. A., Rodríguez, J. J., Castro, S., Lagarón, C., Garrido, J. M., Vera, P., & Coll-De-Tuero, G. (2016). Treatment efficacy of anti-hypertensive drugs in monotherapy or combination. *Medicine*, 95(30), e4071. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000004071>

Plummer-D'Amato, P. (2008). Focus group methodology Part 1: Considerations for design. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15(2), 69–73. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2008.15.2.28189>

Reventos, D. E., Wong, T. H., Ugena, J. A., Barroso, P. A., Pérez, R. C., Llorach, E. G., Blanchar, M. I., Villa, M. S., Torregrosa, A. S., & Baró, M. S. (2013). Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 30(4), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2013.05.003>

Rosendo-Silva, B., Silva, I. B. L., Prazeres, F., & Santiago, L. M. (2022). Adherence to pharmacological therapy for hypertension: Focus group with patients. *Atención Primaria*, 55(2), 102549. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102549>

Shima, R., Hairi, F. M., & Majid, H. A. (2014). A qualitative study on hypertensive care behavior in primary health care settings in Malaysia. *Patient Preference And Adherence*, 1597. <https://doi.org/10.2147/ppa.s69680>

Simões, C. F., Lopes, L. P. N., Da Silva Lara, L., & Cortês, A. L. (2024). Health literacy for elderly patients with high blood pressure: A scoping review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 20(9), 846–859. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2024.06.004>

Stevens, B., Pezzullo, L., Verdian, L., Tomlinson, J., & Zegenhagen, S. (2016). PM020 The Economic Burden of Heart Diseases in Chile. *Global Heart*, 11(2), e73. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.03.256>

Secretaría Regional Ministerial de Salud Ñuble. (2023). Autoridad sanitaria y Carabineros en alerta por venta ilegal de medicamentos. <https://www.seremidesaludnuble.cl/autoridad-sanitaria-y-carabineros-en-alerta-por-venta-ilegal-de-medicamentos/>

Tan, C. S., Hassali, M. A., Neoh, C. F., & Saleem, F. (2017). A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Practice*, 15(4), 1074. <https://doi.org/10.18549/pharmpract.2017.04.1074>

Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2022). Qualitative study. *StatPearls - NCBI Bookshelf*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/?utm_source

Terry, P. E., Masvaure, T. B., & Gavin, L. (2005). HIV/AIDS Health Literacy in Zimbabwe. *Methods Of Information In Medicine*, 44(02), 288-292. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1633965>

UnitedHealth Group. (2020). Improving Health Literacy Could Prevent Nearly 1 Million Hospital Visits and Save Over \$25 Billion a Year. [Archivo PDF]. <https://www.unitedhealthgroup.com/content/dam/UHG/PDF/About/Health-Literacy-Brief.pdf>

Wali, H., Hudani, Z., Wali, S., Mercer, K., & Grindrod, K. (2016). A systematic review of interventions to improve medication information for low health literate populations. *Research In Social And Administrative Pharmacy*, 12(6), 830-864. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.12.001>

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Archives Of Internal Medicine*, 165(17), 1946. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>

WHO (World Health Organization). (2023a). Global report on hypertension: the race against a silent killer. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>

WHO (World Health Organization). (2023b). Hypertension Chile 2023 country profile. <https://www.who.int/publications/m/item/hypertension-chl-2023-country-profile>

WHO (World Health Organization). (2024). Alfabetización en materia de salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C. A. (2014). Impact of Health Literacy on Medication Adherence. *Annals Of Pharmacotherapy*, 48(6), 741-751. <https://doi.org/10.1177/1060028014526562>

Zhang, Q., Huang, F., Zhang, L., Li, S., & Zhang, J. (2021). The effect of high blood pressure-health literacy, self-management behavior, self-efficacy and social support on the health-related quality of life of Kazakh hypertension patients in a low-income rural area of China: a structural equation model. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11129-5>

Anexos

Anexo 1. Tabla sociodemográfica

Encuesta sociodemográfica	
1. ¿Cuál es su sexo? A. Masculino B. Femenino C. Prefiero no decirlo	9. ¿Actualmente usa algún medicamento antihipertensivo para el control de su presión arterial? Si la respuesta es sí, especifique el nombre del medicamento, su presentación y dosis. A. Sí: _____ B. No
2. ¿Cuál es su edad? Ingrese aquí número de años: _____.	10. ¿Está siguiendo actualmente alguna terapia no farmacológica recomendada para el control de su hipertensión arterial (HTA): como cambios en la dieta, ejercicio regular, manejo del estrés, reducción de la ingesta de sal u otra terapia? A. Sí: _____ B. No
3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad? A. Sin estudios B. Educación básica C. Educación media D. Educación superior	
4. ¿Cuál es su situación laboral actual? A. Dueño/a de casa B. Jubilado/a C. Estudiante D. Trabajador independiente E. Empleado/a F. Desempleado/a G. Otro: _____.	
5. ¿Tiene alguna otra enfermedad diagnosticada? Escriba aquí: _____.	
6. ¿Cuántos años han pasado desde que fue diagnosticado con hipertensión arterial? Escriba la cantidad de años: _____.	
7. ¿Cuántos años ha estado en tratamiento para la hipertensión arterial? Escriba la cantidad de años: _____.	
8. ¿Considera que su presión arterial está actualmente controlada?	

Anexo 2. Consentimiento informado



FORMATO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO



Para los participantes del estudio

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en la **Investigación titulada** "Elaboración de un programa de alfabetización en salud con énfasis en farmacoterapia para pacientes hipertensos", cuyo **investigador principal** es Yanneth Moya Olave, los/as co-investigadores Paloma Lagos Zurita, Rubén Acuña Navarrete y Antonio Sánchez Geldres. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Relevancia del estudio y beneficios: En Chile, a pesar de poseer farmacoterapia de vanguardia para tratar la hipertensión arterial, menos de la mitad de los pacientes bajo tratamiento farmacológico logran alcanzar niveles de compensación óptimos y poseer una presión arterial controlada. Adicionalmente se ha evidenciado que pacientes con baja alfabetización en salud, pueden presentar menor eficacia en sus tratamientos ya que esta limitación influye en cómo los pacientes gestionan su terapia de medicamentos antihipertensivos y en su adherencia al tratamiento. Esta investigación pretende realizar un focus group y que sus resultados se utilicen para orientar al diseño de un conjunto de talleres que se adapten a las necesidades que estos poseen, de manera de proporcionar conocimiento, desarrollar habilidades y confianza en los pacientes para la autogestión adecuada de su condición, supliendo así la falta de programas en Chile que incorporen la alfabetización en salud de manera práctica en pacientes que poseen hipertensión arterial.
2. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación: la investigación mencionada se realizará en Valparaíso durante el año 2025.
3. Objetivos: el objetivo de esta investigación es el diseñar un programa de alfabetización en salud que se tratará de talleres enfocados en el uso de medicamentos para personas con diagnóstico de hipertensión arterial, siendo estos talleres basados en las necesidades individuales de un grupo de pacientes de APS que participarán en el focus group de esta investigación.
4. Su participación es voluntaria, y puede negarse a participar o retirarse de ella en cualquier momento, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno. Su participación consiste en participar en una sesión de focus group donde se recabará información de variables como el sexo, edad, escolaridad, estado ocupacional, patologías, tiempo de diagnóstico de HTA, uso de medicamentos antihipertensivos, terapia no farmacológica, tiempo de tratamiento de HTA, comorbilidades, entre otras.
5. El procedimiento indicado se realizará en Valparaíso el día _____ de 2025.
6. Riesgos: el procedimiento no posee riesgos previstos.
7. Costos y pagos: ella participante no recibirá dinero por concepto de pago ni incentivos de participación en el estudio.

1

2



FORMATO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO



8. Derechos de la participante: el paciente tiene el derecho de manifestar sus dudas respecto del estudio o exámenes a la investigadora o a la coinvestigadora en cualquier momento a lo largo de la intervención. Este contacto puede ser mediante los siguientes correos electrónicos yanneth.moya@uv.cl y paloma.lagos@alumnos.uv.cl. Además de que se recopilarán dudas y preguntas al término de la sesión.
9. Reserva de la identidad de la participante: la identidad de cada participante será estrictamente confidencial, y no se solicitará su nombre ni otro dato personal, garantizando la privacidad y anonimato de la participante.
10. Confidencialidad de los datos: los datos serán custodiados por los investigadores y no tendrán algún tipo de identificación. Funciones de los integrantes del equipo de investigación: Investigador principal coordinará actividades y analizará los datos, la coinvestigadora recopilará y analizará datos, el investigador alterno analizará datos y hará revisión de documentos, y el psicólogo aplicará y guiará el focus group.
11. Utilización y Publicación de los hallazgos: los resultados de esta investigación podrán ser divulgados mediante presentaciones a la comunidad académica, además de publicaciones científicas y/o académicas, según lo estime conveniente esta investigadora. Los resultados también podrán ser utilizados en otras futuras investigaciones, siempre y cuando estas tengan objetivos alineados a los de la presente investigación. Cabe señalar que esta difusión incluirá sólo los datos generales y resultados obtenidos en el estudio, excluyendo los datos personales de cada participante, los cuales serán preservados y tratados con máxima confidencialidad, asegurando que los datos se presenten de manera anónima.
12. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Ética Científica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno/a de sus integrantes a través del mail institucional cec.farmac@uv.cl.
13. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Yanneth Moya

yanneth.moya@uv.cl
Valparaíso, 20/11/2024



FORMATO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, _____, RUT _____

Declaro que la investigadora principal la académica química farmacéutica Yanneth Moya Olave, Rubén Acuña Navarrete químico farmacéutico, Antonio Sánchez Geldres psicólogo y Paloma Lagos Zurita estudiante de la carrera de "Química y farmacia" en la facultad de farmacia ubicada en calle Av. Gran Bretaña, N° 1093 de la ciudad de Valparaíso, región de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Elaboración de un programa de alfabetización en salud con énfasis en farmacoterapia para pacientes hipertensos" que llevarán a cabo en _____ (institución y/o ciudad) y cuáles son los procedimientos a los que será sometida, y en qué consistirá mi participación en este estudio.

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es diseñar unos talleres de alfabetización en salud enfocados en el uso de medicamentos para personas con diagnóstico de hipertensión arterial, basándose en las necesidades individuales de los participantes del focus group de esta investigación.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en participar en una sesión de focus group donde se recabará información de variables como el sexo, edad, escolaridad, estado ocupacional, patologías, tiempo de diagnóstico de HTA, uso de medicamentos antihipertensivos, terapia no farmacológica, tiempo de tratamiento de HTA, comorbilidades, entre otras.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, ya que los datos no tendrán algún tipo de identificación y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibirá remuneración alguna por participar en este estudio.
7. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.

3



FORMATO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO



8. Si me surge alguna duda, podré consultarla a la investigadora principal y a sus colaboradores en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en los correos electrónicos yanneth.moya@uv.cl y paloma.lagos@alumnos.uv.cl. Además de que se recopilarán dudas y preguntas al término de la sesión.
9. El Comité de Ética Científica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso, ha evaluado esta investigación y podrá contactar a alguno/a de sus integrantes a través de su mail institucional cec.farmac@uv.cl.

De acuerdo con lo declarado por mí en este documento, del que recibí una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Nombre, apellidos y firma:

Rut. N°: _____

Nombre y apellido investigadores/as, firma, foto y mail de contacto:

Yanneth Moya / Investigadora principal
alterno

Rubén Acuña / Investigador
RUBEN ACUÑA NAVARRETE
19.846.780-6

Paloma Lagos / Co-Investigadora
Ministra de Fe Yanneth Moya Olave, Directora Escuela de Farmacia, Universidad de Valparaíso.
Valparaíso, 28 de Abril de 2025.

Antonio Sánchez / Psicólogo

4

Anexo 3. Acta de aprobación comité de ética



CÓDIGO: CECFAR-UV-06-2025

ACTA DE EVALUACIÓN

Protocolo N° 38-2024

Comité de Ética Científica de la Facultad de Farmacia

El Comité de Ética Científica de la Facultad de Farmacia (CEC-FAR) de la Universidad de Valparaíso, en su sesión del 10 de marzo de 2025 declara haber evaluado el Proyecto denominado "Elaboración de un programa de alfabetización en salud con énfasis en farmacoterapia para pacientes hipertensos", de la Investigadora principal, prof. Yanneth Moya Olave, investigador alterno Rubén Acuña Navarrete y los coinvestigadores Paloma Lagos Zurita y el psicólogo Antonio Sánchez Geldres

Para su evaluación el CEC-FAR revisó los siguientes antecedentes:

- a. Formulario Solicitud de Evaluación Ética Científica de Investigación en Seres Humanos
 - b. Currículum de la investigadora responsable
 - c. Formulario de consentimiento Informado
 - d. Compromiso de Confidencialidad de todos/as los/as investigadores/as
 - e. Instrumentos que serán aplicados a los participantes
 - f. Documentos para el reclutamiento de los participantes
 - g. Declaración de Responsabilidad de todos/as los/as investigadores/as
- I. En la valoración bioética del proyecto, se consideraron los siguientes aspectos vinculados con:
- a. **Valor Social:** Las guías clínicas actuales, enfocadas en la atención centrada en el paciente, sugieren la adopción de estrategias que promuevan la participación de los pacientes en su tratamiento, tales como discusiones informadas y entrevistas motivacionales. Implementar talleres de alfabetización en salud que se alinean con

estas recomendaciones, pueden mejorar la autogestión en el manejo de la hipertensión arterial por parte de los pacientes/tutores.

- b. **Validez científica:** La metodología y el diseño metodológico son pertinentes.
- c. **Selección Justa de sujetos:** La selección responde a los objetivos del estudio, no observándose discriminación negativa.
- d. **Relación Riesgos y Beneficios para el sujeto:** No conlleva riesgos potenciales.
- e. **Conflicto de Interés:** No existen conflictos de interés.
- f. **Consentimiento Informado:** Se presenta consentimiento informado adecuado para los/as participantes, respetando su autonomía y voluntad.
- g. **Respeto por los sujetos:** Se cumple desde la selección de los sujetos, la metodología a aplicar, la garantía de anonimato. Se identifica quién recolecta, anonimiza y custodia los datos.

II. Ante la inexistencia de aspectos inadecuados desde el punto de vista metodológico y bioético, revisados de acuerdo con los postulados de la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos vigentes (CIOMS, 2002) y Guía de Buenas Prácticas Clínicas, se **APRUEBA**, por un plazo de un año, el protocolo de investigación identificado en esta acta.

III. Firma el Acta en representación del Comité


Magdalena Cortés Saavedra
 Presidenta
 CEC-FAR

Valparaíso, 17 de marzo de 2025. -

Anexo 4. Tabla determinación de necesidades

Categorías temáticas	Necesidades identificadas
Reconocimiento y percepción de la HTA	Confianza en el juicio personal frente a síntomas
	Confianza en la aceptación de la HTA para favorecer su control
	Confianza para ejercer control sobre el tratamiento
	Conocimiento de síntomas asociados a HTA
	Conocimiento de síntomas de descompensación asociados a HTA
	Conocimiento sobre cifras tensionales y tipos de presión
	Conocimiento sobre coexistencia de enfermedades crónicas
	Conocimiento sobre consecuencias del mal control de HTA
	Conocimiento sobre formas asintomáticas de HTA
	Conocimiento sobre manifestaciones clínicas de la HTA
	Habilidad para actuar adecuadamente en crisis
Creencias y explicaciones causales sobre la HTA	Conocimiento sobre factores de riesgo de la HTA
	Conocimiento sobre impacto emocional en la salud
Alimentación y estrategias no farmacológicas	Confianza en la capacidad de autorregular las exigencias diarias según el estado de salud
	Confianza para manejar la alimentación sin culpa ni ansiedad
	Confianza para mantener hábitos saludables con flexibilidad
	Confianza para sostener cambios en reducción de sal
	Conocimiento sobre alimentos que elevan la presión arterial
	Conocimiento sobre factores de riesgo alimentario y desigualdad en la educación preventiva
	Conocimiento sobre los límites de consumo recomendados de hábitos dañinos en personas con HTA
	Habilidad para controlar hábitos sin extremos en restricciones
	Habilidad para implementar cambios alimenticios saludables
	Habilidad para mantener actividad física como parte del autocuidado
	Habilidad para modificar hábitos alimentarios
	Habilidad para seguir recomendaciones no farmacológicas médicas personalizadas
	Habilidad para usar estrategias respiratorias de autorregulación
	Habilidades para aplicar estrategias para el control de la HTA
Conocimiento y comprensión de los medicamentos	Conocimiento interacciones medicamento-alimento
	Conocimiento sobre calidad de medicamentos
	Conocimiento sobre clasificación y mecanismos de acción de medicamentos antihipertensivos
	Conocimiento sobre condiciones adecuadas de almacenamiento y distribución de medicamentos
	Conocimiento sobre duración y acción de los medicamentos antihipertensivos
	Conocimiento sobre interacciones entre suplementos y enfermedades
	Conocimiento sobre uso racional del medicamento
Adherencia farmacológica y estrategias terapéuticas	Habilidad para encontrar fuentes confiable
	Confianza en la eficacia del tratamiento farmacológico
	Confianza en red de apoyo para gestionar adherencia al tratamiento, sin perder autonomía.
	Conocimiento de interacciones entre medicamentos
	Habilidad para implementar estrategias de adherencia al tratamiento
	Habilidad para ordenar y compatibilizar tratamiento con vida laboral
Evaluación y seguimiento del tratamiento	Habilidad para organizar la toma de medicamentos según indicaciones profesionales
	Conocimiento sobre adaptación del tratamiento según evolución clínica
	Conocimiento sobre efectos adversos y ajustes de medicamentos
	Conocimiento sobre seguimiento clínico y su utilidad en el ajuste de medicamentos
	Habilidad para detectar temporalidad en la aparición de reacciones adversas
	Habilidad para evaluar la efectividad del tratamiento mediante el automonitoreo
Instrucciones médicas y experiencias educativas	Habilidad para implementar estrategias de monitoreo y control del tratamiento
	Habilidad para reconocer síntomas de ineficacia terapéutica
	Confianza para dialogar con profesionales sobre el tratamiento
	Conocimiento sobre los distintos ejes de un tratamiento (farmacológico y no farmacológico)
	Habilidad para manejar síntomas sin supervisión médica con criterio
	Habilidad para utilizar información entregada en contextos educativos comunitarios