

**TITULO** Mejorar la adherencia de los usuarios del Programa Salud Cardiovascular mediante intervenciones innovadoras (Improve the adherence of users of the Cardiovascular Health Program through innovative interventions, Melhorar a adesão dos usuários do Programa de Saúde Cardiovascular por meio de intervenções inovadoras)

**Autor** . Marcela Agueda Mondaca Baeza **Afiliación Institucional.** Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso Doctoranda en Ciencias Enfermería Universitat Jaume I España **País** Chile **Email** marcela.mondaca@uv.cl

**RESUMEN** (español, portugués e inglés) El presente trabajo tuvo como objetivo analizar evidencias científicas respecto de intervenciones innovadoras realizadas para mejorar la adherencia al tratamiento de los usuarios del programa de salud cardiovascular para lo cual se revisaron artículos científicos relacionadas con intervenciones y factores relacionados con la falta de adherencia en usuarios con patología cardiovascular, en países como Chile. Argentina, Colombia, Brasil, Estados Unidos, Alemania, Italia y Sudáfrica. Se constató que se describen en la evidencia diferentes tipos de intervenciones innovadoras las más mencionadas son modelos basadas en toma de decisiones y coaching en salud. También se describen diferentes factores propios del usuario y de la atención de salud proporcionada que influyen en la adherencia. Se concluye que debe haber un entrenamiento del equipo de salud en especial de las Enfermeras(os) en el modelo de toma de decisiones y coaching en salud, y que los equipos deben valorar los factores personales de los usuarios atendidos y mejorar la empatía en la atención proporcionada para disminuir barreras asociadas a la adherencia al tratamiento. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud. Cumplimiento de la medicación-enfermedad crónica-enfermería cardiovascular-enfermedades cardiovasculares-negativa del paciente al tratamiento

**SUMMARY** The present work had as general objective to analyze empirical evidences regarding effective interventions carried out to improve the adherence to the treatment of the users of the cardiovascular program for which scientific evidences related to effective interventions and factors related to the lack of adherence in users with pathology were reviewed. cardiovascular, in countries like Chile. Argentina, Colombia, Brazil, the United States, Germany, Italy and South Africa. It was found that different types of innovative interventions such as models based on decision making and health coaching are described in the evidence. It also describes different factors that influence the adherence, typical of the user as well as the health care provided. It is concluded that there should be a training of the health team, especially nurses, in the model of decision making and health coaching, and that the teams should assess the personal factors of the users served and improve empathy in the attention provided to reduce barriers associated with adherence to treatment. **Keywords:** Primary Health Care. Compliance with medication-chronic disease-cardiovascular nursing-cardiovascular disease-patient's negative treatment

**INTRODUCCIÓN:** La principal causa de muerte a nivel mundial y en Chile son las enfermedades cardiovasculares con un 27,5% del total de las muertes del país y con una tasa de 156,18 por 100.000 habitantes. <sup>(1)</sup> Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, son las que generan mayores tasas de prevalencia y la más alta carga de morbilidad en la población. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del año 2010, existe un 26,4% de la población de Chile diagnosticado como hipertenso, y de ellos sólo el 28,3% se encuentra en tratamiento y sólo un 16,8 % se encuentra compensado. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2 su prevalencia es de un 9,4%, y de éstos sólo el 52,4% se encuentra bajo control en el programa de salud cardiovascular y sólo el 29,8% se encuentra compensado, presentando niveles de hemoglobina glicosilada bajo 7% <sup>(2,3)</sup>. Teniendo presente la alta prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población, se reafirma el rol de la Atención Primaria en salud cuanto a enfatizar las acciones de prevención, promoción y fomento de la salud. <sup>(3)</sup> Estas bajas tasas de adherencia comunicadas, hacen necesaria plantear nuevas estrategias para mejorar la salud de esta población, con el fin de evitar las complicaciones, en el contexto de una gran y creciente carga de enfermedad, para lo cual se requiere un manejo consistente e integral de los principales factores de riesgo que contribuyen a la incapacidad y mortalidad prematura. <sup>(4,5)</sup> el fenómeno de la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es uno de los aspectos críticos en el mejoramiento de la salud de los pacientes con enfermedad cardiovascular; por lo tanto, el problema de la no adherencia requiere un cambio en la atención de salud, y en la aplicación de nuevos métodos para el logro de un manejo efectivo de las patologías cardiovasculares. <sup>(5)</sup> De esta problemática, nace la motivación de buscar nuevas estrategias innovadoras basadas en evidencias científicas, que sean una herramienta para mejorar la adherencia al programa de salud cardiovascular y de esta forma poder contribuir a mejorar la calidad de vida tanto de los usuarios como de su familia. Por tanto el objetivo principal de esta revisión es analizar evidencias científicas respecto de intervenciones innovadoras realizadas para mejorar la adherencia al tratamiento de los usuarios del programa cardiovascular, e Identificar barreras que obstaculizan la adherencia al tratamiento de usuarios de programa cardiovascular

**MÉTODO** Para dar respuesta a las preguntas de investigación: ¿Qué intervenciones innovadoras se realizan en la Atención Primaria de Salud para mejorar la adherencia de los usuarios al tratamiento del Programa de salud cardiovascular? Y ¿Qué factores están asociados con la baja adherencia al tratamiento de usuarios del programa de salud cardiovascular?. Se realizó una revisión bibliográfica en cuatro fases a saber: identificación de descriptores de problema de estudio, utilización de motores de búsqueda, análisis de artículos encontrados respecto a título y abstract, y la elaboración de una tabla de análisis con artículos seleccionados. La búsqueda bibliográfica se realizó desde las bases de datos de las bibliotecas de la Universidad Andrés Bello y Universidad de Valparaíso, de Chile se privilegió aquellas bases de datos del área de salud como EBSCO, Medline, Lilacs y Scielo (Scientific Electronic Library Online). Se estableció como periodo de búsqueda, desde el año 2010 en adelante. La búsqueda se realizó a través de los descriptores de búsqueda establecidos para esta revisión bibliográfica, mediante el

uso de Pubmed que es uno de los motores de búsqueda más utilizados en la pesquisa de artículos científicos de ciencias de la salud. Se utilizaron los descriptores de Ciencias de la salud DECS y como operador booleano se utilizó AND. La búsqueda se realizó estableciendo como filtro metodológico la antigüedad de los artículos, (5 años y menos), la libre disponibilidad de resumen y texto completo en base de datos y el tipo de estudio (ensayos clínicos y prevalencia). en idioma español, inglés o portugués. **RESULTADOS** La gran mayoría de los estudios analizados coinciden, que uno de los principales problemas en el manejo y éxito del programa de salud cardiovascular es la baja adherencia que los usuarios tienen para el control y compensación de la patologías cardiovasculares<sup>(6,7,8,9)</sup>, por esto, es muy relevante que se puedan identificar las principales barreras o dificultades que existen para el cumplimiento de indicaciones y compensación de la patología, de los usuarios del programa cardiovascular y de esa forma poder diseñar intervenciones que estén orientadas a enfrentar esos factores. Si bien es cierto que en los Centros de Salud Familiar en Chile, existe hace bastante tiempo el programas de salud cardiovascular y a través de este existe disponibilidad de tratamientos y controles de salud, aún no se ha logrado cumplir con las metas de compensación de las patologías cardiovasculares,<sup>(5)</sup> por la existencia de múltiples factores que influyen en la baja adherencia al tratamiento<sup>(6)</sup> y como consecuencia de lo anterior, no se ha disminuido la carga de enfermedad por mortalidad y discapacidad asociadas a esas patologías.

En términos generales, los factores relacionados con la no adherencia descritos dicen relación con características propias de los pacientes atendidos y otros relacionados con la provisión de servicios de salud, en éstos últimos se incluye el tratamiento indicado y la relación equipo de salud- usuario. Evidencia de lo expresado anteriormente, a nivel nacional en investigaciones realizadas en hipertensos de la Región Metropolitana, por el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en el año 2015, se demostró que los principales factores asociados a la baja adherencia al tratamiento de estos usuarios, corresponden a características propias de la población, tales como, años de escolaridad, nivel socioeconómico, alto nivel de estrés emocional y depresión. Además se identificaron como factores relacionados con la provisión de atención de salud, la relación médico-paciente inadecuada y la dosificación del tratamiento.<sup>(6)</sup> Derivado del mismo estudio nacional, Sandoval y colaboradores no identificaron una asociación significativa entre el grado de conocimiento de la patología, ni la presencia de redes de apoyo para el paciente.<sup>(7)</sup> Estos hallazgos vienen a romper paradigmas en los profesionales de salud, que consideramos la educación para la salud una herramienta fundamental en la atención, esta reflexión, no está enfocada a plantear que la educación no es relevante, muy por el contrario, lo que plantea es que la forma de educar y la motivación hacia los usuarios es lo que se debe modificar, esto implica que el equipo de salud debe profundizar e indagar sobre los factores que han sido demostrados como de mayor relevancia para lograr una buena adherencia, además poder confirmarlos empíricamente en su establecimiento y frente a estos poder enfocar un plan de atención personalizado a la población bajo control, desde el ingreso al programa.

A nivel internacional se encuentran hallazgos similares, al igual que en el estudio Chileno en Colombia, se demostró como principal factor de no adherencia el proveedor de servicio de salud, lo que sugiere que el mismo equipo de salud se puede convertir en barrera para la adherencia de tratamiento cardiovascular, por tanto, la actitud y asistencia empática, la pronta disponibilidad, buena calidad de comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes que se ha demostrado que los profesionales de salud deben fortalecer ya que son determinantes de la adherencia de los pacientes.<sup>(8)</sup> En Brasil Piccini y colaboradores, en el año 2012, realizaron un estudio cuantitativo transversal con el fin de caracterizar factores que influyen en la adherencia, derivado de este se demostró que la escolaridad, tal como se encontró en los estudios chilenos,<sup>(6,7)</sup> es más significativo como factor que influye en la adherencia, ya que, aquellos pacientes que tenían 12 o más años de estudios tenían mejor adherencia al cumplimiento de indicaciones dadas en el control, que aquellos que tenían menos años de estudio. Otro hallazgo dice relación con la provisión de la atención, ya que se constató que la asistencia a control con el mismo médico u otro en el último año no tenía una asociación con la compensación de los hipertensos bajo control.<sup>(9)</sup> En Argentina, en la Universidad Católica de Córdoba en el año 2013, se demostró desde la perspectiva de los usuarios, que los principales factores que inciden en la adherencia son en primer lugar el nivel socioeconómicos con un 45%, seguido de aquellos asociados al tratamiento 24%, en tercer lugar con un 18% se situó factores asociados a la atención del equipo de salud y la polifarmacia. Al contrario de los estudios descritos anteriormente <sup>(6,7,8,9)</sup>, se encontró en muy baja proporción, que los factores personales afectan el cumplimiento del tratamiento.<sup>(10)</sup> En Estados Unidos en School of Pharmacy, University of Colorado, dentro de los hallazgos encontrados al evaluar las principales barreras para el cumplimiento de la adherencia en pacientes hipertensos encontraron como principales factores que influyen en la adherencia los factores personales como la falta de memoria y la interferencia con actividades de la rutina diaria de los pacientes.<sup>(11)</sup> En una reciente investigación del año 2014 realizada en población de Brasil no adherente al tratamiento cardiovascular, se demostró como factores asociados a la no adhesión el conocimiento de la enfermedad, la insatisfacción con el servicio de salud y la complejidad de la farmacoterapia.<sup>(12)</sup> Una de las estrategias que se utiliza como intervención eficaz para mejora la adherencia al tratamiento de los usuarios con patologías cardiovasculares descritas especialmente a nivel de países como EEUU y algunos países europeos como Alemania, es la que se refiere a la utilización de modelos basados en toma de decisiones en salud por parte de los usuarios, esta intervención, surge principalmente desde el respeto hacia los derechos humanos, sus valores y preferencias de los pacientes como un compromiso ético de la atención de salud.<sup>(13)</sup> Las evidencias científicas revisadas describen modelos basados en toma de decisiones de salud, especialmente enfocados a lograr el mejor tratamiento efectivo a seguir para lograr una compensación del usuario frente a patologías de larga data como son las enfermedades cardiovasculares, estos modelos se pueden analizar desde la perspectiva de la relación que se establece entre médico- paciente o paciente-equipo de salud <sup>(14)</sup>

Según estudios experimentales<sup>(15)</sup> realizados, el modelo en el que se ha comprobado efectividad en la mejora de la adherencia a tratamientos de patologías cardiovasculares es el modelo denominado toma de decisiones compartidas o Shared Decisión Making (SDM), este consiste en que pacientes y equipo de salud ante situaciones de incertidumbre y tomando en consideración todas las alternativas posibles evalúan en conjunto beneficios individuales y riesgos frente a todo tipo de tratamiento. Este modelo personalizado surge como una alternativa favorable que exige una apertura tanto del equipo de salud como de los pacientes para su real eficacia.<sup>(14,15)</sup>

Este modelo SDM implica que exista una participación tanto del usuario como del equipo de salud y como resultado de esta relación surgirá un intercambio de información para ambas partes, tomando medidas para construir un consenso sobre tratamiento a implementar.<sup>(15)</sup> Una de de las razones principales para mejorar la participación activa de los pacientes en las decisiones en salud, es el derecho a estar plenamente informados sobre las posibilidades y los riesgos de los tratamiento.<sup>(16)</sup>

Para el éxito de programas basados en este modelo se requiere que el equipo de salud sea entrenado respecto a una nueva forma de atención en que se promueva una relación interpersonal empática y terapéutica, establecer un plan de tratamiento, según las características propias de cada persona atendida, así como también se requiere por parte de los usuarios la disposición y poder trabajar en la autoeficacia del usuario, para el logro de su tratamiento.<sup>(15)</sup> En los estudios se constató que la toma de decisiones compartida facilita la potenciación de los pacientes, los empodera frente a su salud, ya que adquieren mayores conocimientos respecto a su patología y tratamiento, además se demostró que este tipo de intervención disminuyen en un 3% las cifras de hipertensión arterial del grupo intervenido.<sup>(16)</sup> Otra intervención innovadora descrita es el coaching el cual es un método que consiste en dirigir, instruir y entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir alguna meta o desarrollar habilidades específicas, este método se basa en la filosofía de Sócrates quien planteaba que "no existe el enseñar, sino sólo el aprender". Las herramientas principales de *coaching* son las preguntas y la escucha activa, por medio de ellas, el coach o entrenador, nunca dará consejos, ni dirá lo que se tiene que hacer, sino que ayudará a descubrir lo que realmente desea el usuario y la forma en que será capaz de conseguirlo.<sup>(17)</sup> El coaching de salud surge como una nueva tendencia en la promoción y educación sanitarias en el nivel primario de atención, tendiente a lograr el empoderamiento y autocontrol de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>(18)</sup> Bennett et al, en el campo de la Medicina Familiar lo definieron como: "ayudar a los pacientes a ganar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para volverse participantes activos en su cuidado, a fin de que puedan alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos".<sup>(19)</sup> Tanto en Alemania como en Estados Unidos se ha evidenciado la efectividad del modelo de coaching en salud, como resultado de investigaciones en que se ha aplicado coaching para mejorar la adherencia de tratamiento de enfermedades cardiovasculares controladas en Atención primaria. Es así como, el

Departamento of Medicine, División of General Practica, Universito Medicar Centre Friburgo de Alemania, en el año 2012, realizó una estudio experimental de coaching en hipertensión arterial, para lo cual se entrenó a enfermeras y farmacéuticos como cuaches, la intervención en el grupo experimental consistió en realizar una vigilancia en el hogar del paciente combinada con un asesoramiento de salud, este estudio demostró que este modelo elimina las principales barreras para el éxito de la adherencia a los tratamientos que son mala comprensión de las instrucciones del médico del paciente, la falta de participación en la toma de decisiones y el incumplimiento de la terapia farmacológica y no farmacológica.<sup>(20)</sup> Similares resultados obtuvo el mismo año en Estados Unidos Thomas Bodenheimer y cols. del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de California con pacientes hipertensos en los que también se demostraron los mismos factores o barreras que impiden la adherencia al tratamiento, agregando el factor de inercia clínica, el cual consiste en la resistencia del médico tratante para hacer ajustes a la medicación a pesar de lo informado por el paciente, respecto a reacciones adversas o a resultado de exámenes clínicos. Los resultados más relevantes de estos estudios dicen relación con que efectivamente el coach utilizado como estrategia de intervención es efectiva dado que mientras más entrenamiento tenían los pacientes mayor es la reducción de los valores de presión arterial ya que experimentaron una disminución de la PAS media de casi 22 mm de Hg. Estos estudios indican que, el coaching en salud trabaja a través de la mejora de la dieta y ejercicios de los pacientes, y la adherencia a la medicación, y el compromiso general con su enfermedad, también se demostró una disminución de las consultas médicas de los pacientes intervenidos.<sup>(21)</sup>

**DISCUSIÓN:** Al término del análisis de las evidencias científicas encontradas se constata que la problemática de la adherencia en el tratamiento de patologías cardiovasculares es un problema transversal de impacto mundial, que no distingue características socioeconómicas y de desarrollo de los países. Las evidencias revisadas para analizar las intervenciones innovadoras para aumentar la adherencia se encontraron en países como: Estados Unidos, Alemania, Italia y Sudáfrica, siendo las relacionadas con la toma de decisiones en salud y coaching en salud, las mayormente descritas. Los Países de América Latina tales como Chile, Argentina, Colombia y Brasil aportaron con evidencias sobre factores asociados a la adherencia, sin embargo llama la atención que en estos países no se evidencio ninguna intervención en esta temática. Respecto a Identificar barreras que obstaculizan la adherencia al tratamiento de usuarios de programa cardiovascular, si bien no hubo consenso respecto a identificar cuál podría ser el principal factor, si la mayoría de la evidencia analizada coincide en que la adherencia no sólo depende del propio usuario si no también de la atención otorgada, principalmente lo que respecto a la relación que establece con el equipo de salud, es por esto que es primordial que el equipo de salud en primer lugar conozca las características personales de la persona atendida con el objeto de realizar un plan individual respecto a su tratamiento, y que el equipo desarrolle competencias blandas que le permitan una atención más empática y cercana con el usuario.

**CONCLUSIÓN** A partir de esta revisión bibliográfica se concluye que es muy relevante afrontar la problemática de la adherencia al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el hecho que no se encontraran ensayos clínicos de intervenciones innovadoras en la literatura en América Latina, en Atención Primaria de Salud plantea el desafío para los equipos de salud en especial para Enfermeras(os) que tienen un Rol relevante en la Comunidad de fortalecer la investigación en nuestra población. Respecto a los resultados analizados de los estudios, la intervención basadas en la toma de decisiones y coaching en salud, son factibles de implementar en los Centros de Atención Primaria, ya que esta intervención sólo requiere un entrenamiento del equipo de salud y la participación activa del equipo psicosocial del establecimiento, lo que es completamente posible de realizar. Otro aspecto importante a destacar corresponde a la identificación de barreras tanto del usuario como de los proveedores de salud que se traduce en una no adherencia en el tratamiento, para esto es muy relevante que los equipos de salud analicen los canales de comunicación que se establecen con los usuarios, y de esta forma establecer mejoras organizacionales que propicien una atención accesible y cálida a la población.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1.- Ministerio de salud de Chile Departamento de Estadísticas e Información en salud DEIS Indicadores Básicos de Salud 2014
- 2.- Ministerio de Salud de Chile Encuesta Nacional de salud 2010.
- 3.- Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.
- 4.- Genoveva Granados Gámez / Jesús Gil Roales Nieto Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento International Journal of Psychology and Psychological Therapy, año/vol. 7, número 003 Universidad de Almería Almería, España pp. 393-403
- 5 Sánchez Ramiro A, Ayala Miryam, Baglivo Hugo, Velázquez Carlos, Burlando Guillermo, Kohlmann Oswaldo et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2010 [citado 2016 Abr 10]; 29(1): 117-144. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-8560201](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-8560201)
- 6.- Chacón Javier, Sandoval Daniela, Muñoz Reinaldo, Romero Tomás. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2015 Abr [citado 2016 Mayo 22]; 34(1): 18-27. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602015000100002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602015000100002&lng=es)

7.- Sandoval Daniela, Chacón Javier, Muñoz Reinaldo, Henríquez Óscar, Koch Elard, Romero Tomás. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Oct [citado 2016 Mayo 21] ; 142( 10 ): 1245-1252. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=es).

8.- Rodríguez Acelas Alba Luz, Gómez Ochoa Ana Maritza. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. av.enferm. [Internet]. 2010 June [cited 2016 May 22] ; 28( 1 ): 63-71. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002010000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100007&lng=en).

9.-Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Rev Saúde Pública. 2012;46(3):543-50.

10.-Bertoldo Pamela, Ascar Graciela, Campana Yanina, Martín Tamara, Moretti Marilina, Tiscornia Luciana. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. RevCubana Farm [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Mayo 21] ; 47( 4 ): 468-474. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-75153913000400006&lng.es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75153913000400006&lng.es)

11.-Nair KV, Belletti DA, Doyle JJ, Allen RR, McQueen RB, Saseen JJ, et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. Patient Prefer Adherence. 2011;5:195-206.

12.- Mayckel da Silva Barreto Annelita Almeida Oliveira Reiners3 Sonia Silva Marcon Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):491-8 DOI, disponible en file:///C:/Users/Enfermeria%20UV/Downloads/es\_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf

13.-Claudia Zevallos-Palacios1,a, Renato Quispe1,2,a, Nicole Mongilardi1,a, Víctor M. Montori3,b, Germán Málaga1,3,c LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS COMO ESTRATEGIA PARA SALVAGUARDAR SUS DERECHOS Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;



30(2):344-64. Disponible en  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina\\_experimental/v30\\_n2/pdf/a43v30n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v30_n2/pdf/a43v30n2.pdf)

14.- Delgado Ana, Andrés López-Fernández Luis, Luna Juan de Dios, Saletti Cuesta Lorena, Gil Garrido Natalia, Puga González Almudena. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2010 Ene [citado 2016 Mayo 25] ; 24( 1 ): 66-71. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112010000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000100011&lng=es).

15.-Buhse S<sup>1</sup>, Heller T, Kasper J, Mühlhauser I, Müller UA, Lehmann T, Lenz M. An evidence-based shared decision making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: protocol of a randomised-controlled trial. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24138325> 16.-Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial Iris Tinsel,<sup>1</sup>Anika Buchholz,<sup>2</sup> Werner Vach,<sup>3</sup>Achim Siegel,<sup>1</sup> Thorsten Dürk,<sup>1</sup> Angela Buchholz,<sup>4</sup> Wilhelm Niebling,<sup>1</sup>and Karl-Georg Fischer).

17.-Linden A, Butterworth SW, Prochaska JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *J Eval Clin Pract*. 2010; 16(1):166-74)

18.-Bonal Ruiz Rolando, Almenares Camps Hilda B, Marzán Delis Mercedes. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *MEDISAN* [Internet]. 2012 Mayo [citado 2016 Mayo 16] ; 16( 5 ): 773-785. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000500014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014&lng=es).

19.-Bennett HD, Coleman EA, Parry C, Bodenheimer T, Chen EH. Health coaching for patients with chronic illness. *Fam Pract Manag*.2010; 17(5):24-9.

20.-Tinsel, Iris et al. “Implementation of Shared Decision Making by Physician Training to Optimise Hypertension Treatment. Study Protocol of a Cluster-RCT.” *BMC Cardiovascular Disorders* 12 (2012): 73. *PMC*. Web. 15 May 2018.

21.- Margolius D, Bodenheimer T, Bennett H, Wong J, Ngo V, Padilla G, Thom DH. Health coaching to improve hypertension treatment in a low-income, minority population. *Ann Fam Med*. 2012 May-Jun;10(3):199-205. Disponible en <http://www.annfammed.org/content/10/3/199.long>