

Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento

Genoveva Granados Gámez y Jesús Gil Roales-Nieto

Universidad de Almería, España

ABSTRACT

Hypertension beliefs and treatment adherence. Despite the availability of effective therapy, hypertension remains poorly controlled and noncompliance has been identified as the predominant reason for failure of hypertension therapy. The aim of this study is to explore, (a) the patient's reports about their adherence and difficulties for the fulfillment of the treatment; (b) the relationship between information they had received about the consequences for health of hypertension and what they really believed about; (c) the patients' beliefs about the hypertension as a disease; and (d) the change in their way of living after the diagnosis. 171 hypertensive patients participated. Results shows that only 11,7% of patients reported not having problems to follow treatment, identifying as the main difficulties the adherence to diet and exercise; a high percentage of patients showed no correspondence between their beliefs about the consequences of hypertension and the information received in medical consultation; only 57% of the patients reported to have the idea of hypertension as a chronic disease; and 40,9% of the patients reported only some changes in their way of life after being diagnosed which might indicate failures in adherence at the beginning of the treatment. The importance of these results to improve adherence to treatment in hypertensive patients is discussed.

Keywords: Hypertension, Beliefs, Adherence.

RESUMEN

Aunque se dispone de tratamiento eficaz para la hipertensión los datos indican un escaso control de la enfermedad, siendo el incumplimiento del tratamiento la principal causa del mismo. El presente estudio tiene como objetivo (a) explorar la adherencia y las dificultades informadas para el cumplimiento del tratamiento; (b) identificar la relación entre información recibida y creencias informadas sobre consecuencias de la hipertensión; (c) el concepto de enfermedad que informan los pacientes; y (d) los cambios en estilo de vida tras el diagnóstico. Participaron 171 pacientes hipertensos. Los resultados indican que sólo el 11,7% informan no tener problemas en el cumplimiento del tratamiento y las mayores dificultades en adherencia tienen que ver con la dieta y el plan de ejercicio; sólo el 57% informan un concepto de hipertensión como enfermedad crónica y en un importante porcentaje de pacientes no se aprecia correspondencia entre creencias sobre consecuencias de la enfermedad e información facilitada en consulta médica. El 40,9% emitieron un informe de cambios en estilo de vida tras el diagnóstico que indicaría fallos en la adherencia desde el inicio del tratamiento. Se discute la importancia de estos datos para el análisis de la adherencia, y la importancia de abordar el estudio de estos fenómenos para mejorar el tratamiento integral de la hipertensión arterial.

Palabras clave: hipertensión, creencias, adherencia al tratamiento

La hipertensión esencial como enfermedad crónica exige la adherencia de los pacientes al plan de tratamiento de una manera permanente y sistemática, e implica importantes cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. Sin embargo, al igual que en otros trastornos crónicos, numerosos estudios evidencian que un alto porcentaje de pacientes hipertensos no logran seguir adecuadamente las instrucciones del personal sanitario en relación al tratamiento (p.ej., Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades y Tweedy, 2002; Márquez y Casado, 2001; Villar, Banegas, Gil y Aranda, 1996; Wogen, Kreilick, Livornese y Frech, 2001).

Igualmente, los estudios sobre adherencia señalan que alrededor de la mitad de los pacientes pueden ser calificados como *no adherentes*, aunque algunos estudios recientes la estiman en torno al 37% (p.ej., Carrasco, Gil, Fernández, Ortiz, Fernández *et al.*, 2003; Egan, Lacckland y Cutler, 2003; Feldman, Bacher, Campbell, Drover y Chockligan, 1998; Granados y Gil Roales-Nieto, 2005; Svensson, Kjellgren, Ahlner y Saljo, 2000), lo que resulta de gran importancia ya que la escasa adherencia puede ser parcialmente responsable del bajo nivel de control sobre la enfermedad que, según algunos estudios, se sitúa entre el 10% y el 15% en Canadá, USA y Europa (Margolis, Rolnick, Fortman, Maciosek, Carrie *et al.*, 2005). Así pues, la adherencia al tratamiento es un problema central en el tratamiento de la hipertensión arterial, de ahí que numerosos estudios se hayan centrado en la búsqueda de las variables de interés en la comprensión de la conducta de adherencia (p. ej., Benson y Britten, 2002, 2003; para una revisión ver Amigo, Fernández, González y Herrera, 1998), cuyo análisis desde el punto de vista funcional está ofreciendo interesantes alternativas (p.ej., Luciano y Herruzo, 1992; Valdivia y Luciano, 2006).

Ciertos hallazgos han señalado como factores influyentes en la adherencia las creencias de los pacientes relacionadas con la prescripción terapéutica y con la enfermedad (p.ej., Brondolo, Raymond, Rosen, John y Kostis, 1999; Gil, Puras, Suárez, Ruilope, Luque, Aristegui, *et al.*, 2001). Igualmente, la creencia sobre el grado de amenaza que la enfermedad representa para el paciente se ha relacionado con la falta de adherencia (Crespo, Rubio, Casado, Sánchez Martos, Campos, 2000), y en esta línea un estudio reciente de Acosta, Debs, de la Noval y Dueñas (2005) con 165 pacientes hipertensos encontró que sólo el 51,6% de los pacientes informaban ser conscientes del riesgo para la salud que representa su enfermedad.

Desde otra perspectiva, Higgins (1995) exploró en pacientes hipertensos la relación entre adherencia (estilo de vida y medicación) y aspectos como la percepción de síntomas y las creencias sobre la naturaleza de la enfermedad (aguda, crónica o cíclica), empleando como marco conceptual el Modelo de Sentido Común de la Enfermedad desarrollado por Meyer, Leventhal y Gutmann (1985). Los resultados de su estudio con 142 pacientes mostraron que los mejores predictores de la adherencia fueron la edad, el número de recomendaciones terapéuticas, el nivel de percepción de síntomas, y la interacción entre percepción de síntomas y recomendaciones terapéuticas. Por último, otros estudios han encontrado también que los pacientes utilizan las creencias sobre falsos síntomas asociados a la hipertensión como guía para llevar a cabo ajustes en su tratamiento (p.ej., Bauman y Leventhal, 1985; Cantillon, Morgan, Simpson Bartolomé, y Shaw, 1997; Fasce, Flores y Fasce, 2002; Kjellgren, Ahlner, Dahlof, Gill, Hedner y

Saljo, 1998; Patel y Taylor, 2002; Peltzer, 2004; Schoenberg, 1997), de manera que el estudio de las creencias relacionadas con la salud representa un ámbito de investigación de especial interés (p.ej., Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005; Granados Gámez, Gil Roales-Nieto, Moreno San Pedro e Ybarra Sagarduy, 2007; Granados Gámez, Gil Roales-Nieto e Ybarra Sagarduy, 2006; Moreno San Pedro, Gil Roales-Nieto y Blanco Coronado, 2006).

El presente estudio se incluye en el ámbito de esta línea de investigación y pretende explorar descriptivamente los niveles de cumplimiento del plan de tratamiento, así como la concurrencia de ciertas creencias relacionadas con la enfermedad hipertensiva en pacientes con hipertensión esencial, como un intento de avanzar en el conocimiento del papel que este tipo de conducta verbal pueda tener en la explicación de las altas tasas de incumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

MÉTODO

Participantes, diseño y contexto

Participaron en el estudio 171 pacientes diagnosticados de hipertensión esencial, de los que el 66,6% eran mujeres. Rango de edad entre los 20 y los 65 años (promedio 53 años, DT=10,65) y los rangos de edad por sexo 24 a 65 años y 20-65, respectivamente. Los pacientes de la muestra debían cumplir dos criterios para su inclusión: no ser mayores de 65 años de edad ni menores de 18, y no padecer ningún otro trastorno grave que pudiera suponer la presencia de síntomas claros y frecuentes. Todos los pacientes fueron contactados en centros de atención primaria ubicados en la ciudad de Almería (España).

Se trata de un estudio transversal descriptivo para analizar la presencia o ausencia de creencias relacionadas con la hipertensión y los informes de adherencia al tratamiento. La aleatorización de los sujetos estuvo garantizada por la propia metodología del estudio, tal como se describe en el apartado de procedimiento.

Instrumentos, medidas y procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo, con cada sujeto, mediante una entrevista estructurada en base al *Cuestionario de Creencias de Hipertensión Arterial (CCH)*, en cuya elaboración se tomó como base la estructura de preguntas utilizada por Meyer *et al.* (1985) y se añadieron ítems necesarios para completar la búsqueda de datos de acuerdo a los objetivos del estudio. El CCH contiene preguntas orientadas a la obtención de datos sobre la adherencia a las prescripciones farmacológicas y a las no farmacológicas (esto es, toma de medicamentos, seguimiento de la dieta establecida, cumplimiento del plan de ejercicios, recomendaciones sobre control emocional, etc.) y las dificultades para seguir el tratamiento (aspectos del problema informado, situaciones y actividades relacionadas, etc.). Igualmente, otras preguntas estaban orientadas a detectar la información recibida sobre consecuencias o problemas derivados de la HTA

y las creencias sostenidas sobre las mismas, así como la consideración de la enfermedad como crónica o aguda, y los cambios llevados a cabo tras el diagnóstico de hipertensión y las recomendaciones terapéuticas (en tanto que pueden tomarse como una medida indirecta de la adherencia inicial, por cuanto deberían representar el ajuste del paciente a las prescripciones y recomendaciones del tratamiento antihipertensivo que recibieron en el momento del diagnóstico de acuerdo al protocolo de actuación en hipertensión).

Los pacientes fueron entrevistados durante sus visitas habituales de control al centro sanitario al que estaban adscritos, de acuerdo al Subprograma de Hipertensión del Adulto vigente en los centros de referencia.

RESULTADOS

La tabla 1 recoge los resultados obtenidos en los informes sobre cumplimiento de los componentes básicos del tratamiento antihipertensivo manifestados como “problemas para seguir el tratamiento”. De acuerdo a los informes sobre niveles de cumplimiento del plan de tratamiento, sólo el 11,7% de los pacientes informan no tener problemas (lo que significaría un informe de adherencia o cumplimiento). Por el contrario, el 13,5% de pacientes informan tener problemas en cumplir el tratamiento completo (informe de falta de adherencia), mientras la gran mayoría de ellos (74,9%) informaron de problemas con alguno de los componentes del tratamiento (lo que sería un informe de adherencia parcial).

La tabla 1 también recoge el desglose de los problemas específicos que manifiestan el subgrupo mayoritario de pacientes que informan adherencia parcial al reconocer que tienen problemas con el cumplimiento de alguno de los componentes del tratamiento. Puede apreciarse como la mayoría de los pacientes informan encuentran dificultad en los tres componentes que implican un mayor compromiso comportamental, como son el seguimiento del plan de comidas (68,7% de los pacientes de este subgrupo), el cumplimiento del plan de ejercicio (69,3%), y el control de las reacciones emocionales (54%), mientras que sólo el 29,4% reconoce problemas con el cumplimiento del plan de medicación antihipertensiva. Cabe resaltar que el 31,9% de los informó tener

Tabla 1. Informe de adherencia a los componentes básicos del tratamiento.

	Informes de adherencia	% pacientes
Resultados generales	Ningún problema en el cumplimiento (adherencia)	11,7%
	Problemas con todo el tratamiento (no adherencia)	13,5%
	Problemas con parte del tratamiento (adherencia parcial)	74,9%
	Informe de dificultad en el cumplimiento de:	
Resultados por componentes	- plan de comidas	68,7%
	- plan de ejercicio	69,3%
	- control emocional	54%
	- fármacos	29,4%
	- todos los componentes	31,9%

Tabla 2. Distribución de las razones informadas sobre dificultades para el cumplimiento.

Razones informadas sobre dificultades en adherencia	
Falta de voluntad	41.2%
Reacciones inadecuadas ante situaciones cotidianas	41.2%
No conceder importancia a las transgresiones	24.2%
Falta de tiempo	13.1%
Incongruencias entre prescripción y creencias sobre salud	7.8%
Situaciones excepcionales en fiestas, viajes, etc.	5.9%

problemas con todos los componentes del tratamiento, lo que debe ser interpretado como una falta de adherencia discrecional que implique el incumplimiento de uno u otro componente dependiendo de las circunstancias, pero no debe tomarse como un informe de falta total de adherencia.

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos en cuanto a las razones que los pacientes indicaron para sustentar sus informes de problemas o dificultades en el cumplimiento del tratamiento. Destaca que las dos razones mayoritariamente informadas (41,2% de pacientes en ambos casos) fueron “falta de voluntad” y “reacciones inadecuadas ante situaciones cotidianas” (en cuanto que la manera de reaccionar interfiere, dificulta o impide el cumplimiento; por ejemplo, reaccionar de manera que afecta a la adherencia al tratamiento ante situaciones cotidianas que impliquen conflictos interpersonales, situaciones emocionales, molestias durante el ejercicio, condiciones laborales, etc.). El 24,2% de los pacientes informó “no dar importancia a las trasgresiones”, y el 13,5% “falta de tiempo” como las dos razones siguientes en importancia. Finalmente, razones relacionadas con el mantenimiento de creencias sobre salud que resultan incongruentes con el tratamiento fueron indicadas por el 7,8% de la muestra como un motivo para la falta de adherencia, y la ocurrencia de situaciones excepcionales como fiestas, celebraciones, viajes, etcétera, también se informó como razón para romper la adherencia por el 5,9% de los pacientes.

La tabla 3 muestra los resultados sobre el informe de los pacientes sobre los cambios que dicen haber introducido en su vida tras enterarse de su diagnóstico de hipertensión y recibir las recomendaciones terapéuticas pertinentes. El tipo de informes obtenidos (la pregunta era abierta y permitía varias respuestas para cada paciente, lo que resulta en un número de respuestas catalogadas mayor al número total de pacientes) permite agrupar las respuestas obtenidas en dos bloques de muy diferente sentido psicológico. Por un lado se encontrarían los informes que reflejan un cumplimiento total de la adherencia (cambios en todos los componentes del tratamiento) o al menos parcial (cambios en algunos), mientras que por otro lado estarían los informes que describen incumplimientos total o parciales del tratamiento.

En cuanto al primer tipo, los resultados evidencian que los pacientes raramente cumplieron ajustadamente el tratamiento puesto que el informe del cumplimiento de todas las prescripciones fue emitido sólo por el 18,1% de los pacientes. El resto son informes de cambios que implicarían un cumplimiento parcial del tratamiento inicial

Tabla 3. Frecuencia de respuestas sobre cambios en la vida de los pacientes tras el diagnóstico (N= 171, cada paciente pudo informar varias categorías de cambios).

		Cambios tras diagnóstico	% (n)
Indicadoras de adherencia		Todas las prescripciones	18.1% (31)
		Tener que tomar los fármacos	39.2% (67)
		Reducir consumo de sal	19.3% (33)
		Ajustar plan de comidas	8.2% (14)
		Ejercicio físico	5.8% (10)
		Dejar de fumar (ojo sólo sobre fumadores?)	1.8% (3)
Indicadoras de falta de adherencia		Al principio cumplimiento estricto, ahora sin cambios*	2.0% (34)
		Todas las prescripciones cuando percibe síntomas**	6.4% (11)
		Al principio no importancia, ahora casi todas	5.8% (10)
		Ningún cambio significativo***	8.2% (14)

* Indica un informe de falta total de adherencia puesto que implica haber cumplido el tratamiento al principio con todos los cambios que representara y ahora llevar una vida "sin cambios" que significa un informe de falta de adherencia.

** Indica adherencia parcial.

*** Indica falta total de adherencia desde el diagnóstico.

establecido en el momento del diagnóstico. Así, "tener que tomar los fármacos" es el cambio que mayor número de pacientes dicen haber llevado a cabo tras el diagnóstico (39,2%), aunque todos los pacientes de la muestra tenían esta prescripción (aunque a ellos deben añadirse el 18,1% que informa haber realizado todos los cambios a la hora de valorar qué porcentaje de pacientes informa haber realizado el cambio relacionado con la toma de la medicación). Reducir el consumo de sal (19,3%), ajuste del plan de comidas (8,2%) y el ejercicio físico (5,8%) cierran el grupo de respuestas que indican un informe de adherencia total o parcialmente adecuado. Sólo 3 pacientes indicaron haber dejado de fumar, cuando más de un tercio de los pacientes masculinos eran fumadores.

En cuanto al segundo tipo de informes, resulta destacable que hasta un 20% de pacientes indique "un cumplimiento estricto al principio pero ahora sin cambios", mientras que el resto de categorías alcanza una frecuencia de respuesta mucho menor. Conviene resaltar la presencia de hasta un 8,5% de informes de falta total de adherencia desde el comienzo de la enfermedad, por cuanto informan no haber llevado a cabo ningún cambio significativo en su vida. Los informes que indican un fuerte control sintomático de su conducta de adherencia alcanzan un escaso 6,4%.

La tabla 4 incluye los resultados sobre el concepto de la HTA como enfermedad en cuanto a su duración y los informes de los pacientes tanto sobre las creencias acerca de las consecuencias de la HTA para la salud como sobre la información recibida sobre este aspecto. En cuanto al primer caso, destaca que sólo el 57% reconocen saber que el tratamiento es para toda la vida (informe de enfermedad crónica), mientras que el 41% de ellos informan no saber el tiempo que habrán de mantener el tratamiento, lo que indicaría un concepto de la enfermedad cuanto menos ambiguo o no definido. Finalmente, sólo un 2% de los pacientes informa creer que podrán dejar algún día el tratamiento (lo que implicaría un informe de enfermedad curable o aguda).

Tabla 4. Resultados del informe sobre otras creencias sobre la hipertensión y sus consecuencias para la salud.

Concepto de enfermedad	- "para toda la vida" (concepto enfermedad crónica)			57%
	- concepto ambigüo o no definido			41%
	- concepto enfermedad aguda (esperanza de curación)			2%
CONSECUENCIAS				
		Información recibida (76%)	Creencia expresada	Correspondencia información/creencia
Consecuencias de la TA elevada	Alteraciones cerebrales	40,8%	30,4%	51,4%
	Trastornos cardíacos y/o cerebrales	40%	12,3%	18,9%
	Trastornos cardíacos	19,2%	16,4%	29,7%
	Otras	--	5,8%	--
	Ninguna	--	27,5%	--
	No sabe/No piensa en ello	--	7,6%	--

El 76% de los pacientes indicó haber recibido información de los profesionales sanitarios sobre las posibles consecuencias asociadas a la HTA (especialmente si no se cumple el tratamiento), aunque se encontraron ciertas diferencias en el tipo de información recibida. Así, del subgrupo que recibió información, el mayor porcentaje (41%) dijeron haber sido informados de que la principal consecuencia de la HTA elevada es el mayor riesgo de padecer alteraciones cerebrovasculares (trombosis cerebral, hemorragia cerebral u otro tipo), con otro porcentaje similar indicando que la información recibida señaló los trastornos cardíacos y los cerebrales como los principales riesgos. El 19% restante indicó haber recibido información que enfatizaba sólo los trastornos cardíacos como principal riesgo.

Estos datos contrastan con las respuestas de los pacientes que informan sus creencias sobre las consecuencias a las que estaban expuestos como hipertensos. Como se puede observar en la tabla 4, los mismos tipos de trastornos mencionados en la información sanitaria acaparan la mayoría de los informes, pero los porcentajes varían sustancialmente. Así el 30,4% de pacientes creen que las alteraciones cerebrovasculares son su principal riesgo, mientras sólo el 16,4% indica los trastornos cardíacos (p.ej., infarto de miocardio o angina de pecho) como la consecuencia más probable, y sólo el 12,3% que indica ambos tipos de trastornos. Además, también se encontró un importante porcentaje de pacientes con creencias bien distintas, como es el caso del 27,5% que indicaron no sentirse con mayor riesgo de ningún trastorno por tener HTA, grupo que, si se suma al 7,6% de pacientes que manifiestan no estar interesados ni pensar en esta cuestión, señalaría que más de un tercio de la muestra está indicando creencias inadecuadas.

Cuando se contrasta el informe de creencias emitido con el de la información recibida de los profesionales de la salud, los resultados indican el relativo efecto que ésta tiene sobre los pacientes, puesto que de los pacientes que recibieron información profesional sobre las alteraciones cerebrales como principal riesgo de la hipertensión, sólo algo más de la mitad la informan como creencia (correspondencia del 51,4%), y los datos son peores para las otras dos categorías, pues sólo el 18,9% de los pacientes que recibieron información sobre trastornos cardíacos y/o cerebrales mantienen esta creencia, y así ocurre también con la información sobre trastornos coronarios sostenida

como creencia sólo por menos de un tercio de los pacientes que recibieron la información (29,7%). No es de menor importancia el dato sobre el total de pacientes que mantienen creencias inadecuadas sobre las consecuencias de la enfermedad, y que se eleva al 40,9% del total de la muestra.

DISCUSIÓN

Como estudio descriptivo cuyo propósito es una primera exploración de ciertas creencias relacionadas con la salud y de los informes sobre adherencia al tratamiento que concurren con ellas, los resultados permiten señalar ciertos ámbitos de interés para la investigación futura en este ámbito de la psicología de la salud aplicada a una enfermedad crónica muy extendida entre la población general.

En los resultados de este estudio cabe resaltar que, excepto el 13,5% de pacientes que dicen no tener problemas ni encontrar dificultades en el cumplimiento de las prescripciones, el resto informan tener problemas en uno o varios de los componentes del tratamiento, lo que representa un alto porcentaje de pacientes que informan de riesgos serios para la no adherencia.

No sólo la mayoría de los pacientes muestran problemas con la adherencia a unos componentes del tratamiento más que a otros, sino también en cada componente del tratamiento el cumplimiento parece producirse en según qué circunstancias. De acuerdo a los resultados de este estudio, el seguimiento de las prescripciones por los pacientes hipertensos parece caracterizarse por ser parcial, adquirir un perfil idiosincrásico y verse afectada contextualmente. Además, las respuestas de los pacientes reflejan la importante dificultad que supone, *de facto*, el seguimiento de todas las recomendaciones prescritas en el tratamiento de la hipertensión a pesar de estar considerada como una enfermedad de tratamiento sin complicaciones ni excesivas exigencias. De hecho, estos datos resultan paradójicos si consideramos que el tratamiento hipertensivo es visto por los profesionales de la salud como relativamente simple y fácil de llevar a cabo, por cuanto no requiere de complejas habilidades y las normas a seguir son sencillas. Los resultados obtenidos en nuestro estudio vendrían a corroborar que las prescripciones terapéuticas de larga duración, tales como las propuestas para la enfermedad hipertensiva, aún siendo “técnicamente” simples podrían ser consideradas difíciles de cumplir por los pacientes. Por ejemplo, por tanto requieren importantes modificaciones de la rutina de vida en personas adultas con una larga historia comportamental ligada contextualmente a múltiples aspectos que ahora deben ser eliminados o cambiados. Y todo ello demanda el abordaje comportamental de un fenómeno hasta ahora minusvalorado en su importancia.

Los mayores problemas en el seguimiento del tratamiento para los pacientes de este estudio, se han encontrado en el cumplimiento de los planes de ejercicio y de dieta, resultados que coinciden con los de otros estudios precedentes en nuestro país (p. Ej., Roca Chuscas, Merino, Aranda, Gil, Guayta, Abellán, *et al.*, 1996; Puigventós, Lodrá, Vilanova y Fortaleza, 1997), sin olvidar el control emocional. Muchos menos problemas se informan respecto al seguimiento de las prescripciones farmacológicas. En cualquier caso, que cerca de un tercio de los pacientes informe tener problemas con

todos los componentes del tratamiento, puede dar una idea de la gravedad del tema.

En cuanto a las razones que los pacientes esgrimen para justificar este informe de dificultad en el seguimiento del tratamiento, la falta de voluntad (tópico que encierra un problema de autocontrol de múltiples posibilidades) sobresale como un determinante informado para la no adherencia por casi la mitad de la muestra, de la misma manera que el manejo de situaciones cotidianas de alto contenido emocional o afectivo. Con menor frecuencia, aunque sin dejar de ser interesantes por su cotidianeidad y facilidad para pasar desapercibidas al análisis, los informes de los pacientes que consideran la falta de tiempo, los viajes, la incongruencias entre la prescripción y sus creencias (por ejemplo, sobre los efectos secundarios de la medicación), el ninguneo a las transgresiones, etcétera, que podrían estar relacionadas con la falta de información sobre la enfermedad o tratarse de puras conductas de evitación, necesitan ser exploradas en mejor detalle.

Por otro lado, se analizaron también los *cambios que los pacientes habían realizado en su vida tras el diagnóstico y las instrucciones de tratamiento* como una manera de valorar indirectamente el nivel de adherencia, resultando que tan sólo el 18,1% de los pacientes indica que siguió fielmente las indicaciones de sus médicos llevando a cabo todos los cambios en su estilo de vida que requería el tratamiento. El resto se trata de informes que delatan una adherencia parcial a algunos aspectos del tratamiento y no a otros, o abiertamente una falta de adherencia *ab initio* (como es el caso para el 8,2% de los pacientes). Ello indica que una sola medida de la adherencia informada puede no mostrar la verdadera dimensión del fenómeno y resultaría aconsejable tomar varias medidas sobre el informe de adherencia.

Otro dato significativo que demanda ulterior análisis es el concepto de enfermedad, puesto que un importante porcentaje de pacientes no expresa una idea clara de enfermedad crónica, necesaria como base psicológica sobre la que asentar la necesidad de la adherencia al tratamiento. Los resultados sobre el papel de la conciencia de enfermedad crónica y la adherencia al tratamiento, con no estar claras no resisten la comparación con su contrario. Esto es, un paciente que no mantiene la conciencia de enfermo crónico está sosteniendo creencias potencialmente perjudiciales para su adherencia a un tratamiento sustentado por dicha idea.

Aunque la mayoría de los pacientes dicen haber recibido información sobre las consecuencias por tener la TA elevada, se aprecia una irregular correspondencia entre la información recibida y las creencias informadas. Si bien algún estudio ha informado hallazgos que señalan que la enfermedad hipertensiva se percibe como poco amenazante para los pacientes que la padecen (p.ej., Acosta *et al.*, 2005), en nuestro caso no sucede así, pero cobra relevancia la falta de correspondencia entre instrucción profesional y creencias del paciente. Repárese en el hecho de que hasta un 40% de los pacientes mantienen creencias erróneas sobre las posibles consecuencias de la enfermedad, a pesar de que cerca del 80% recibieron instrucción del equipo sanitario sobre el particular. Todo ello señala la necesidad de explorar más a fondo este particular aspecto que puede estar relacionado con la adherencia al tratamiento, estudiando más en detalle la naturaleza de esta falta de correspondencia entre instrucción y creencias.

El carácter exploratorio y descriptivo del estudio obliga a una replicación de los

datos y a un análisis de las posibles relaciones entre los distintos fenómenos estudiados, una vez que estos datos preliminares parecen indicar la importancia de profundizar en su exploración. Ulteriores estudios que relacionen informes de adherencia y tipos específicos de creencias, permitirían una comprensión del fenómeno que permitiera la propuesta de intervenciones dirigidas a ajustar el cumplimiento del tratamiento incidiendo en aquellas variables de mayor interés.

REFERENCIAS

- Acosta M, Debs G, de la Noval R, Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21, 1-8.
- Amigo I, Fernández A, González A y Herrera J (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Bauman L y Leventhal H (1985). I can tell when my blood pressure is up, can't? *Health Psychology*, 7, 309-328.
- Benson J y Britten N (2002). Patients decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: Qualitive study. *British Medical Journal*, 325, 1-5.
- Benson J y Britten N (2003). Keep taking the tablets. Balancing the pros and cons when deciding to take blood pressure treatment. *British Medical Journal*, 326, 1314-1315.
- Blumenthal J, Sherwood A, Gullette EC, Georgiades A y Tweedy D (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 569-589.
- Brondolo E, Raymond C, Rosen P, John B y Kostis M (1999). Relationship of physical and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: a repeated-measures design. *Psychosomatic Medicine*, 61, 311-318.
- Cantillon P, Morgan M, Simpson J, Bartholome J y Shaw A (1997). Patients perceptions of changes in their blood pressure. *Journal of Human Hypertension*, 11, 221-225.
- Carrasco P, Gil B, Fernández C, Ortiz J, Fernández JS, Gallo F y Fernández I (2003). Día de análisis de la hipertensión arterial. Estudio DAGA. *Hipertensión*, 20, 5.
- Crespo N, Rubio M, Casado J, Sánchez Martos J & Campos C (2000). Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: Estudio exploratorio. *Hipertensión*, 17, 1.
- Egan BM, Laccckland DT y Cutler NE (2003). Awareness, Knowledge, and Attitudes of older americans about high blood pressure: Implications for health policy, education, and research. *Archives of Internal Medicine*, 163, 681-687.
- Fasce E, Flores M y Fasce F. (2002). Prevalencia de síntomas habitualmente asociados a la hipertensión arterial en población normotensa e hipertensa. *Revista Médica de Chile*, 130, 160-166.
- Feldman R, Bacher M, Campbell N, Drover A y Chockligan A (1998). Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 16-18.
- Gil VF, Puras A, Suárez C, Ruilope LM, Luque M y Arístegui I (2001). Influencia del incumplimiento terapéutico en los pacientes con hipertensión arterial esencial no controlada con monoterapia. *Medicina Clínica*, 116, 109-113.
- Gil Roales-Nieto J, Moreno San Pedro E y Blanco Coronado JL (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 99-110.
- Granados Gámez G y Gil Roales-Nieto J (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en

pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2005, 5, 165-206.

- Granados Gámez G, Gil Roales-Nieto J e Ybarra Sagarduy JL (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*, 18, 822-827
- Granados Gámez G, Gil Roales-Nieto J, Moreno San Pedro E e Ybarra Sagarduy JL (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 3, 697-707
- Higgins LJ (1995). *The associations of personal body awareness, symptom perception, and time line anticipation with adherence behavior of adults with primary hypertension*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Kentucky
- Kjellgren KI, Ahlner J, Dahlof B, Gill H, Hedner T y Saljo R (1998). Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice -a population based study. *Journal of Internal Medicine*, 244, 325-332.
- Luciano MC y Herruzo J (1992). Some relevant components of adherence behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 117-124
- Margolis K, Rolnick S, Fortman K, Maciosek M, Carrie V, Hildebrant L, y Grimm R (2005). Self-Reported Hypertension Treatment Beliefs and Practices of Primary Care Physicians in a Managed Care Organization. *American Journal of Hypertension*, 18, 566-571.
- Márquez E y Casado JJ (2001). El incumplimiento farmacológico en las enfermedades cardiovasculares. *Medicina Clínica*, 116, 46-51.
- Meyer D, Leventhal H y Gutmann M (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- Patel R y Taylor SD (2002). Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *The Annals of Pharmacotherapy*, 36, 40-45.
- Peltzer K (2004). Health beliefs and prescription medication compliance among diagnosed hypertension clinic attenders in a rural South African Hospital. *Curationis*, 27, 15-23.
- Puigventos F, Lodrá V, Vilanova M y Fortaleza J (1997). Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. *Medicina Clínica*, 109, 702-706.
- Roca Cusachs A, Merino J, Aranda P, Gil V, Guayta R, Abellán J, et al. (1996). *La observancia terapéutica en el paciente hipertenso*. Madrid: SEH-LELH.
- Schoenberg NE (1997). A convergence of health beliefs: And "ethnography of adherence" of africanamerican rural elders with hypertension. *Human Organization*, 56, 174-181.
- Svensson S, Kjellgren KL, Ahlner J y Saljo R (2000). Reason for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*, 78, 157-163.
- Valdivia S y Luciano MC (2006). Una revisión de la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos en humanos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 425-444.
- Villar F, Banegas J, Gil E y Aranda P (1996). Por un mejor control de la hipertensión arterial en España. *Salud Pública*, 70, 131-138.
- Wogen J, Kreilick C, Livornese RG y Frech F (2001). Estudio observacional sobre el cumplimiento y persistencia de los fármacos utilizados en el tratamiento de la hipertensión. *Journal of Hypertension*, 4, 112A.

Recibido, 8 marzo 2006

Aceptado, 9 julio 2007