

**MÁSTER EN ANÁLISIS FUNCIONAL EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA
SALUD**

**Facultad de Psicología
Universidad de Almería**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER
Convocatoria Septiembre 2011**

**Creencias en falsos síntomas en pacientes hipertensos,
intervención mediante un procedimiento de *feedback***

Lila Jiménez Carmona

Director: Dr. Jesús Gil Roales-Nieto

Índice

INTRODUCCIÓN

Clasificación de la (HTA) y factores de riesgo asociados a su expresión.

RESUMEN

El presente trabajo persigue tres objetivos básicos, delimitados en un solo estudio sobre una muestra de 26 sujetos diagnosticados de hipertensión arterial esencial (HTA o HTAE) y en tratamiento médico, que son: 1) obtener datos sobre la presencia real del fenómeno de las creencias en forma de falsos síntomas relacionados con la hipertensión; 2) obtener datos sobre el impacto de las falsas creencias en la adherencia al régimen de tratamiento; y 3) someter a prueba experimental la eficacia de una intervención psicológica diseñada para la modificación de las creencias sobre sintomatología en HTA mediante el entrenamiento en: (a) identificación de señales corporales a las que se atribuyen el valor de síntomas; (b) estimación del nivel de presión arterial; y (c) *feedback* del nivel de presión arterial real. Los resultados indican que un gran mayoría de los pacientes cambian sus creencias acerca de los síntomas, de manera que se replican los resultados obtenidos en estudios previos.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad definida operativamente por la elevación del valor de dos cifras de tensión arterial denominadas tensión sistólica y diastólica, determinadas a partir de un umbral o valor establecido como normal o funcional. La tensión arterial (TA) se define como la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias en su circulación hacia los tejidos. Debido a que la impulsión de la sangre por el corazón es intermitente, la (TA) fluctúa entre una fase máxima o tensión arterial sistólica (TAS), resultante de la contracción del ventrículo izquierdo, y una fase mínima o presión diastólica (TAD) que corresponde al período de relajación ventricular. Estas presiones dependen directamente de las resistencias vasculares periféricas y del volumen de eyección sistólico (Díaz Rubio y Espinos, 2006).

En general, se considera que la hipertensión es una alteración compleja, plurifactorial y poligénica que aparece como consecuencia de la interacción entre los factores ambientales de riesgo y la susceptibilidad genética, y que se comporta como una variable biológica cuantitativa continua, cuya influencia nociva sobre la salud sigue una correlación lineal con su valor en sangre arterial, por lo que resulta difícil saber qué cifras de presión son normales y cuáles elevadas (Coca y de la Sierra, 2002). En consecuencia, la distinción entre normotensión e hipertensión es puramente arbitraria, lo que a su vez ha dado lugar a la existencia de distintas clasificaciones y graduaciones de la HTA, generalmente en función del grado de elevación de la TA (Botey, Coca, Sierra y Ferreira, 2004). Otra de las características definitorias de la HTA es que se considera como una enfermedad silente, sintomática o síndrome lantánico, lo cual significa que no presenta síntomas consistentes o claramente reconocibles (p.ej., Brondolo *et al.*, 1999; Hasford, 1992; Kaplan y Lieberman, 1999), de hecho, Galton (1963) la denominó como “el asesino silencioso” (“the silent killer”) una expresión muy conocida y utilizada por los profesionales de la salud.

Tabla 1. Distribución de la Pv. de los distintos niveles de presión arterial e hipertensión, según la edad.

CARÁCTER DE LA PA	NORMOTENSIÓN O HTA CONTROLADA			HIPERTENSIÓN		
	ÓPTIMA	NORMAL	NORMAL ALTA	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
PAS mmHg	<120 y	120-129 o	130-139 o	140-159 o	160-179 o	>180 o
PAD mmHg	<180	80-84	85-89	90-99	100-109	>110
Prevalencia en personas de 35 a 65 años	23%	17%	17%	28%	11%	4%
Prevalencia en personas >de 60 años	10%	14%	20%	36%	15%	5%

La HTA presenta una prevalencia considerable en los países desarrollados, afectando a casi el 40% de los adultos (Kearney. PM, Whelton. M, Reynolds. K, Muntner. P, Whelton. PK, 2005). Como se puede apreciar en la Tabla.1, en España, la prevalencia de HTA en población general adulta es de aproximadamente un 35%, llegando al 40% en edades medias y a más del 60% en los mayores de 60 años, afectando en total a unos 10 millones de adultos (Banegas. JR y Rodríguez Artalejo. F, 2002). Sin embargo, diversos estudios ponen de manifiesto que no hay más de un 70% de hipertensos conocidos, que más de un 20% de éstos, no recibe tratamiento y tan sólo se consigue el control de la presión arterial en un 28,8%, según el estudio CONTROLPRES, 2003 (Coca. A, 2005).

La importancia clínica de la HTA reside en el hecho de que cuanto mayores sean las cifras, tanto de TAS como de TAD, más elevadas son la morbilidad y mortalidad (por infarto de

miocardio, accidente cerebrovascular o ACV, insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal) de los individuos, lo que sucede en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos, como han puesto de manifiesto varios estudios epidemiológicos como por ejemplo el estudio Framingham (i.e., Kannel y Wilson, 1995), estudio MRFIT (i.e., Stamler y Neaton 1993) y el estudio de los siete países (i.e., Van den Hoogen et. al., 2000) realizados a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. De hecho, hoy en día se considera como uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular (ECV), una de las principales causas de muerte en el adulto, y la primera discapacidad en los países desarrollados (Benegas, Rodríguez, Graciani, Villar, Guallar y Cruz, 1999). De manera que la HTA puede ser predictiva del riesgo de enfermedad, habiéndose encontrado una relación temporal entre años con HTA y diagnóstico de enfermedad cardiovascular (Muñiz, Gabriel y Castro, 2002). De hecho, la prevalencia de dislipemia, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus y obesidad es mayor en hipertensos que en normotensos, y dicha asociación multiplica exponencialmente el riesgo cardiaco, existiendo un riesgo 2,5 veces superior de padecer cardiopatía isquémica y casi 7 veces superior de padecer enfermedad cardiovascular (Hernández Moreno. J, 2004). Igualmente, diversos estudios publicados recientemente indican que en la población española, la hipertensión acompaña a más de la mitad de los pacientes con ictus, arteriopatía periférica, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular crónica entre otras (González Juanatey, 2001). Actualmente, se acepta que el control de la HTA, centrado en el cumplimiento del tratamiento, es la actuación preventiva más eficaz para reducir el índice de muertes por enfermedad del corazón y accidente cerebrovascular. Los datos epidemiológicos señalan que la disminución en la TA habitual del hipertenso resulta, a largo plazo, en una reducción de la incidencia de ictus del 35 al 40%, y de los episodios de cardiopatía coronaria del 20 al 25% (Elliot et al., 2001).

Por todo lo anterior, la HTA constituye un problema de salud pública de primer orden en nuestro país (Benegas. JR, 2006), de forma similar a lo que ocurre en otros países desarrollados, por cuanto supone una importante carga económica para el sistema sanitario y la sociedad en general, así como por su elevado impacto personal, en términos de sufrimiento humano y disminución de la calidad de vida. En concreto, los datos provenientes de distintos estudios (Badía, Rovira, Tresserras, Teinxet, Segu y Pardell, 1992; Badía, Cosin, Fernández, Segu y Tresserras, 1996; y Fernández, 1999), indican que el coste de la HTA en España, se estima en unos 1200 y 1600 millones de euros, lo que representa aproximadamente entre un 2,6 y un 3,9 % del gasto sanitario global (Abellán y Leal, 1999).

Clasificación de la (HTA) y factores de riesgo asociados a su expresión.

Generalmente, la hipertensión se clasifica en grados como muestra la tabla. 2, según la clasificación ofrecida por el Sexto Informe del Comité Conjunto Norteamericano para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC-VI, 1997), considerada como de consenso.

Historicamente, se ha puesto mayor énfasis en la PAD (presión arterial diastólica) que en la PAS (presión arterial sistólica) como principal predictor de riesgo y episodios de morbilidad y mortalidad cardiovascular, al ser el principal indicador del estado de las resistencias periféricas vasculares, hecho que se reflejó en las guías iniciales del Joint National Comité, que no tuvieron en cuenta la presión arterial sistólica ni la hipertensión sistólica aislada en su clasificación de la hipertensión. No obstante, el estudio MRFIT puso de manifiesto que tanto la elevación de la TAD como la elevación de la TAS, producen incrementos en el riesgo de mortalidad, siendo directamente proporcional a la elevación de la TA, alcanzando valores de riesgo mayores para el nivel superior de TAS respecto al nivel superior de TAD (Stamler et al., 1993). Este papel de la

Creencias de falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial

elevación de la TAS en el desarrollo de episodios cardiovasculares, es especialmente relevante, si se tiene en cuenta que en la población general, las cifras de TAD aumentan hasta los 50 años, para posteriormente estabilizarse o tender a decrecer, mientras que por el contrario, las cifras de TAS siguen incrementándose con la edad hasta convertirse en la forma más frecuente de hipertensión a partir de los 60 años (Botey Puig, A, Coca Payeras, A, De la Sierra, A y Ferreira Montero, JI, 2000).

Tabla 2. Pautas del JNC-VI para la clasificación de la TA (adultos ≥ 18 a.)

	<i>Sistólica (mmHg)</i>		<i>Diastólica (mmHg)</i>
Óptima	<120	y	<80
Normal	<130	y	<85
Normal-alta	130-139	o	85-89
<hr/>			
<i>hipertensión (≥ 2 lecturas en ≥ 2 visitas tras la detección sistemática)</i>			
Estadio 1	140-159	o	90-99
Estadio 2	160-179	o	100-109
Estadio 3	≥ 180	o	≥ 110
<hr/>			
sistólica aislada	<140	y	<90

La presión arterial no es constante a lo largo de las 24 horas, sino que se dan continuas oscilaciones durante el día y la noche, tanto en normotensos como en hipertensos (Botey, Coca, de la Sierra y Ferreira, 2004) y además los niveles absolutos de presión arterial pueden verse alterados por multitud de variables. Esta circunstancia, sumada al hecho de que en grupos de personas mayores de 45 años de edad, el 90% de los casos desarrolla hipertensión esencial o primaria (se desconocen las causas) y menos del 10% desarrolla hipertensión arterial secundaria (etiología conocida), hace que resulte fundamental conocer los factores de riesgo tradicionales modificables y no modificables que influyen en el desarrollo y/o mantenimiento de la enfermedad, pues son aspectos claves para la prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. Abundan las publicaciones en las que se señalan muy diversos factores de riesgo cardiovascular, sin que tal papel haya sido demostrado para muchos de ellos; sin embargo, a partir de los resultados de distintos estudios epidemiológicos se ha llegado a la identificación de una serie de factores de riesgo que podrían solos o en combinación, podrían aumentar la posibilidad de desarrollar HTA. Clásicamente, se ha considerado como *factores de riesgo cardiovascular no modificables* que pueden afectar a la expresión de la HTA la *edad* (existen variaciones en TAS y TAD asociadas al aumento de la edad), el *sexo* (es más frecuente la HTA en jóvenes y adultos varones, pero la relación se invierte a partir de los 50 años y coincidiendo con el periodo de la menopausia), la *raza* (estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias) y la *historia familiar* (el riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura). Los factores *de riesgo cardiovascular modificables* que han demostrado una relación significativa con la ocurrencia o mantenimiento de la HTA son: *índice elevado de peso corporal y obesidad abdominal* (varones > 120 cm. y mujeres > 88 cm.) que cursan además con un aumento del riesgo cardiovascular incluso en ausencia de hipertensión; el *sedentarismo*, la *ingesta de alcohol*, ya que el alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida que coincide con la máxima concentración en sangre pues existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y la TA, y además produce interacciones farmacocinéticas con los fármacos antihipertensivos que pueden revertir peligro en tanto que pueden reducir el efecto terapéutico de los mismos o producir efectos adversos (Coca y De la Sierra, 1999); el *consumo de tabaco*, es según los datos disponibles, uno

Creencias de falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial

de los principales factores de riesgo de alteraciones cardiovasculares y cuando se dan simultáneamente en el mismo sujeto el hábito de fumar y la HTA, el riesgo cardiovascular se incrementa exponencialmente (Pardell, 1994); *la ingesta de sal* y su relación con el desarrollo de HTA esta demostrada y es universalmente aceptada (Elliot et al., 2001).

Tabla 3. Factores de riesgo cardiovascular que han sido específicamente relacionados con el desarrollo y/o agravamiento de la HTA.

FACTORES DE RCV NO MODIFICABLES	FACTORES DE RCV MODIFICABLES
<ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Raza• Alteraciones familiares de ECV prematuras	<ul style="list-style-type: none">• Sobrepeso y obesidad• Sedentarismo• Ingesta de alcohol• Consumo de tabaco• Dieta inadecuada (ingesta elevada de grasas saturadas y de sal)

Finalmente, numerosos estudios han relacionado el riesgo de padecer hipertensión con factores de riesgo de naturaleza psicológica como por ejemplo el estrés, (i.e., Everson et al., 1998; Jonas, Franks e Ingram, 1997; Markowitz et al., 1998), la desesperanza (Everson, Kaplan, Goldberg y Salonen, 2000), el afecto negativo (Jonas y Lando, 2000) y la alexitimia (Jula, Salminen y Saarijarvi, 1999) y hasta se ha hablado de la llamada “personalidad hipertensiva ”(Friedman et al., 2001) como constructo que recogería una importante relación entre variables psicológicas y la probabilidad de desarrollar hipertensión, aunque los propios autores sostienen que las evidencias son contradictorias en base a sus propios datos y a los de otros estudios (i.e., Shapiro, 1998). Dos de los componentes de este constructo, ira (Alexander, 1999; Perini et al., 1990) y ansiedad (Jonas, Franks e Ingram, 1997; Markowitz et al., 1993), también han sido relacionados con la expresión de la HTA, pero los resultados de estos estudios son contradictorios (Markowitz et al., 1993; Sparrow et al., 1982), al igual que ocurre con la relación entre depresión y HTA (Friedman et al., 2001; Schoeder et al., 2000).

Diagnóstico y tratamiento de la HTA

El diagnóstico de HTA debe abordar tres objetivos: 1) *la confirmación diagnóstica* propiamente dicha, que suele establecerse después de dos medidas de presión arterial separadas, como mínimo, por una semana con el paciente tumbado y en reposo (a no ser que el paciente presente una presión sistólica mayor de 210 mm Hg. o una presión diastólica mayor de 120 mm GW) con un promedio de presión arterial diastólica igual o superior a los 90 mmHg o una presión sistólica igual o superior a los 140 mmHg, para un adulto a partir de los 18 años; 2) *la exclusión de una causa conocida de HTA* (diagnóstico etiológico) generalmente apoyan el diagnóstico de HTA esencial los antecedentes familiares, su comienzo gradual a la edad de 35-50 años y la presencia de factores de riesgo de HTA (alcohol, sal, obesidad, sedentarismo); y 3) *la estratificación del riesgo individual*, el pronóstico del hipertenso está más en relación con los FRC asociados y con el daño de los órganos "diana" que con las propias cifras de TA. La tabla 4 indica los componentes a tener en cuenta al estratificar el riesgo del hipertenso. Basándose en los datos del estudio Framingham se han desarrollado recomendaciones para el cálculo del riesgo individual según los FRC presentes y actualmente existen unas tablas para la predicción del riesgo coronario a 5 y 10 años, que tienen en cuenta la edad, sexo, colesterol HDL y total, PA sistólica, tabaco, diabetes y la hipertrofia ventricular izquierda en el ECG, y que permiten establecer cuatro categorías de riesgo añadido de padecer eventos cardiovasculares (bajo, moderado, elevado y muy elevado), como se puede apreciar en la tabla 5.

Creencias de falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial

Tabla 4. Componentes de la estratificación del riesgo cardiovascular en la HTA

FACTORES DE RIESGO	DANO DE ORGANOS DIANA Y/O ECV
<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Dislipemia • Diabetes mellitus • Antecedentes familiares de ECV prematura (varones <55 años y mujeres <65 años) • Obesidad abdominal (varones >102 cm. y mujeres >88 cm.) • Edad (varones >55 años y mujeres >65 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia ventricular izquierda • Engrosamiento de la pared arterial o de placa aterosclerótica • Aumento de la creatinina plasmática • Microalbuminuria (30-300 mg/24h)

El principal objetivo del tratamiento del paciente hipertenso es obtener la máxima reducción posible del riesgo total de morbilidad y mortalidad por causa cardiovascular a largo plazo. Para ello es necesario: a) modificar los factores reversibles de riesgo identificados, b) tratar apropiadamente los trastornos clínicos asociados, y c) disminuir las cifras de PA elevadas. De manera que el tratamiento de la HTA se fundamenta en una estrategia multifactorial en la que control de la PA es solo una parte, ya que las decisiones relativas al mismo deben basarse también en el nivel de riesgo cardiovascular total (posibles FRCV, daño de órganos diana y ECV).

Tabla 5. Estratificación del riesgo cardiovascular y pronóstico de los hipertensos según (ESH y ESC 2003).

OTROS FRCV, LOD o EVA	PA normal PAS 120-129 PAD 80-84	PA normal-alta PAS 130-139 PAS 85-89	HTA Grado1 PAS 140-159 PAD 90-99	HTA Grado2 PAS 160-179 PAD100-109	HTA Grado3 PAS >180 o PAD >110
SIN OTROS FRCV	Riesgo Medio	Riesgo Medio	Bajo	Moderado	Alto
1 o 2 FRCV	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Muy Alto
3 o + FRCV o LOD o Diabetes	Moderado	Alto	Alto	Alto	Muy Alto
ECA	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto

El plan de tratamiento de la HTA que propone la OMS, es de carácter multicomponente e implica la adopción de cambios importantes en el estilo de vida como primer paso terapéutico, independientemente del grado o estadio de la alteración, junto con la toma sistemática de fármacos antihipertensivos, con el objetivo básico de reducir la probabilidad de aparición de un episodio cerebrovascular, cardiovascular o renal en el individuo, mediante el descenso y control de la presión arterial. A grandes rasgos, los componentes habituales del tratamiento de la HTA serían: a) reducción del peso (si el IMC es >25 o si el perímetro abdominal supera 102 cm. en hombres u 88 cm. en mujeres); b) practicar ejercicio físico regular (30-45 min. de marcha al menos tres veces por semana); c) abandonar o al menos disminuir la ingesta de alcohol (<30g en hombres y <15g en mujeres) y el consumo de tabaco; d) restricción moderada de sal en la dieta a menos de 6 g/día o 100 mmol de sodio/24 horas; e) mantener una adecuada ingesta de suplementos: potasio (>2g/día), calcio y magnesio; y f) consumo regular de macronutrientes como frutas, vegetales, cereales, lácteos desnatados, frutos secos, alimentos con bajo contenido en colesterol y grasas saturadas (Botey, Coca, de la Sierra y Ferreira, 2004).

Siguiendo el protocolo de intervención de la OMS, el tratamiento se prescribe cuando los cambios en el estilo de vida no han logrado por sí mismos controlar la TA a un nivel funcionalmente óptimo, en todos los pacientes que se encuentran en estadio 2 y 3, en los pacientes en estadio 1 que al año de haber sido prescritas las modificaciones en el estilo de vida no han conseguido normalizar las cifras de TA, así como a los pacientes con TA normal-alta que padezcan también diabetes mellitus, insuficiencia renal o cardiaca, con o sin otros factores de riesgo. No obstante como medida general, se recomienda que el tratamiento sea individualizado,

en base a criterios establecidos que consideran las cifras de TA, los factores de riesgo cardiovascular, aspectos fisiopatológicos y hemodinámicos de la HTA, la afectación de órganos diana, la tolerancia farmacológica, los efectos secundarios y las características del paciente y de su entorno, esto es, el impacto sobre su calidad de vida (Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005).

Adherencia al tratamiento como aspecto central en la HTA

Generalmente la adherencia o cumplimiento terapéutico se define como el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, seguimiento de una dieta o modificación de los hábitos de vida coincide con la prescripción realizada por el médico, por ello el seguimiento u observancia de un tratamiento es de una extraordinaria importancia para alcanzar el objetivo terapéutico (R.B. H.aynes, 1987). De ahí que a nivel conductual, deba entenderse como un repertorio complejo que se establece en función de múltiples variables sujetas a la necesidad de la comprensión y el manejo de los diferentes comportamientos que la definen unido a la motivación por llevarlos a cabo (Luciano, 1997; Luciano y Herruzo, 1992).

Cuando se habla de cumplimiento-incumplimiento terapéutico no puede hacerse en términos absolutos. Entre el cero (que sería el abandono total) y el cien (que sería perfección en el cumplimiento) hay muchos puntos intermedios, en tanto que los estudios han indicado que los pacientes no se comportan de una manera dicotómica, es decir, simplemente como cumplidores o no cumplidores, por lo que se han considerado varios niveles o categorías: *buen cumplimiento* (se siguen más del 75% de las prescripciones médicas) *cumplimiento parcial* (el umbral de seguimiento es inferior al 75%) y *cumplimiento intermitente* (el paciente realiza bien el tratamiento durante un periodo de tiempo, pero se toma vacaciones terapéuticas en otros periodos).

Los datos disponibles muestran como es habitual que en los trastornos crónicos de se el problema de la falta de cumplimiento, dado que en la mayoría de los casos el tratamiento suele ser muy prolongado (Banegas et al., 2002; Márquez et al., 1998, 2000; Márquez y Gil, 2002; Márquez y Casado, 2001; Puras, Suárez, Ruilope, Luque y Aristegui, 2001; Puras, 1998, Val, Amorós, Martínez, Fernández y León; 1992). En el terreno de la HTA el cumplimiento terapéutico cobra una especial importancia y tiene algunas peculiaridades. Mientras que otros pacientes crónicos como los asmáticos o los diabéticos perciben pronto las consecuencias del abandono de la medicación, el hipertenso puede tardar años en hacerlo, ya que por las propias características de la enfermedad, la mayoría de estos pacientes no presentan síntomas y, en consecuencia no tienen conciencia de enfermedad ni se creen necesitados de un tratamiento y mucho menos con carácter indefinido (López Madroño, 2004). Aun cuando se ha avanzado mucho en el conocimiento, tratamiento y control de la HTA, una gran cantidad de estudios muestra como los pacientes hipertensos no logran seguir correctamente las indicaciones médicas en relación al tratamiento farmacológico y/o higiénico dietético. El estudio Epicardian, demostró que, en España, solo el 13% de los pacientes con HTAE están controlados óptimamente (Gabriel, Alonso, Bermejo, Muñiz, López y Suárez, 1996) y que el cumplimiento farmacológico no superaba al 50% o se limitaba a un 56%, disminuyendo aun más si se toman cifras de cumplimiento de los distintos componentes parciales del tratamiento, por ejemplo del 20% para el cumplimiento de las pautas de ejercicio físico y del 10% para el seguimiento de la dieta, el control del consumo de sal o la moderación del consumo de alcohol (Banegas, et al., 2002). Otros estudios indican que la adherencia al tratamiento en hipertensos se estima globalmente entre el 17% (Banegas, et al., 2002), y el 28,8% (Coca, 2002) de los pacientes, en el 60,44% si se refiere solo a la toma de fármacos (Márquez et al., 2002), descendiendo este porcentaje al 59,2 % en el estudio DAGA (Carrasco, Gil, Fernández, Gallo y Fernández, 2003) y que el grado de control se consigue

únicamente entre el 23% (Martin et al., 2003) y el 28,8%, según el estudio CONTROLPRES, 2003 (Coca. A, 2005).

Antecedentes del estudio de las creencias en HTA y estado actual de los conocimientos

El estudio de los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad crónica, que como es sabido presenta ciertas peculiaridades en su tratamiento que pueden condicionar la adherencia al mismo (requieren seguir, en la mayoría de los casos un plan de tratamiento multicomponente que ha de ser mantenido indefinidamente en el tiempo, así como controles periódicos de ciertos indicadores biológicos de la enfermedad, p.ej., control glucémico en la diabetes y control de la tensión arterial en la hipertensión) ha sido y es uno de los tópicos de investigación más recurrente en psicología de la salud. Dentro de este contexto, se desarrolló una línea de investigación, que cuenta con una larga trayectoria y que actualmente ha llegado a consolidarse como una de las más firmes y fructíferas dentro de la disciplina, *el estudio de la discriminación de los internos y síntomas aplicada a la intervención en algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión y su impacto en la conducta de adherencia al tratamiento y prescripciones médicas*. La discriminación de estados internos o síntomas es un comportamiento complejo que implica al menos dos aspectos. De un lado, la *percepción* de ciertas señales de nuestra actividad fisiológica, y de otro, el *informe verbal* de la misma, que puede o no estar basado en esa percepción. En el ámbito de actuación de la psicología de la salud, una sensación, síntoma o discriminación de las señales provenientes de nuestro organismo tiene valor en tanto pueda aportar información sobre nuestros estados internos que resulte valiosa (en el sentido de adaptativa) para el mantenimiento de la salud y la prevención o tratamiento de la enfermedad (Gil Roales-Nieto, 2004). A continuación se hace un pequeño repaso de los antecedentes y los datos derivados del estudio de la percepción o discriminación de estados internos, desde su inicio hasta el momento actual, donde el mayor interés reside en aumentar el conocimiento de las variables que intervienen en dicho repertorio comportamental, especialmente las creencias y su relación con la conducta de adherencia a las prescripciones médicas, aspecto sobre el que se centra el presente trabajo y al que se dedican los siguientes epígrafes.

Evidencias del fenómeno

La investigación en este campo se inicia como señala Whitehead (1983) con los trabajos de Hertz (1911), en los que estudió la percepción de señales internas o “conciencia sensorial” producidas en el tracto alimentario, mediante técnicas como la introducción de fluidos, globos y sondas en el intestino por la boca o por el recto, o mediante una gastrotomía, ileotomía o colotomía, e informó de la existencia de diferencias individuales en la habilidad de los sujetos para discriminar o percibir las sensaciones producidas por los estímulos sobre el tracto alimentario, debidas al aprendizaje o sensibilización a ciertas estimulaciones que podían tener lugar en algunos individuos. Posteriormente, Estes (1938) y Vernon (1933) investigaron la precisión con que podían emitirse juicios sobre los estados emocionales y las características de personalidad de otros; y Mandler (1960) estudió la percepción de señales autonómicas en una serie de estudios a partir de los que concluyeron que las personas difieren en el grado de atención a sus cambios autonómicos. Mención especial merece Pennebaker y su grupo (Pennebaker et al., 1980, 1982) pues destacan por la ingente cantidad de datos y la teoría sobre el fenómeno que desarrollaron, cuyas conclusiones principales fueron que la probabilidad de percibir señales internas (síntomas o emociones) era mayor cuanto menor era la estimulación externa presente, pudiéndose incluso llegar a generar la tendencia de exagerar el grado de los síntomas que se

perciben en personas muy focalizadas en las señales provenientes de su organismo (p.ej., Pennebaker, Wogalter y Rodgers, 1978). En el polo opuesto se encontrarían los individuos muy controlados por las fuentes de estimulación externa que les rodean y relativamente insensibles a las fuentes de estimulación interna, que según Pennebaker tendría mayor riesgo para la salud.

A partir de los datos obtenidos de éstos y otros estudios se sabe, que la percepción de señales internas y su correspondiente informe son repertorios sutiles ampliamente afectados por diversas variables, entre las que se encuentran, como se comentó anteriormente, las *creencias* que un individuo ha desarrollado y mantiene sobre el funcionamiento de su organismo y sus estados internos. Ciertas señales internas se convierten en síntomas que anuncian enfermedades, alteraciones o estados de riesgo para la salud, de acuerdo a las experiencias personales en salud, los modelos a los que haya estado expuesto, las contingencias experimentadas y las influencias socioculturales que, en forma de reglas que operan aumentando la probabilidad de que se den ciertos tipos de conductas en ciertas situaciones (Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005).

Pennebaker (1982) y Gil Roales-Nieto y Vilchez Joya (1993), llevaron a cabo su trabajo experimental sobre la percepción de diferentes estados internos con pacientes diabéticos y el grupo de Leventhal, Meyer y Nerentz (teoría de la ingenuidad o teoría de las creencias sobre síntomas, 1980) lo hizo con pacientes hipertensos, encontrando que gran parte de ellos informaban confiar en determinados síntomas para obtener información sobre sus niveles de TA, ajustando la toma de la medicación a dichas estimaciones, aún cuando habían sido debidamente informados sobre las características de la HTA, específicamente sobre el hecho de que es una enfermedad que no tiene síntomas reconocibles que puedan indicar el estado real de su TA (Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005). Poco después, Baumann y Leventhal (1985) y Meyer, Leventhal y Gutmann (1985) constataron nuevamente la existencia de creencias sobre falsos síntomas en pacientes hipertensos, al encontrar que el 71% de los pacientes debutantes que iniciaban el tratamiento creían que ciertos síntomas (cefalea, palpitaciones o sensación de acaloramiento) indicaban que su TA estaba elevada, y a los seis meses en tratamiento dicho porcentaje ascendió al 92%. Resultados similares encontraron Sharkness y Snow (1992) y Schandry y Leopold (1991), al hallar que un 70% y un 50% de los pacientes hipertensos respectivamente, informaron tener síntomas que atribuían a una elevación de la TA; Tibbin et. al, (1990) señaló que los síntomas atribuidos al estado hipertensivo o al tratamiento también se encontraron en población general; Wilson et.al (2002) indicó que un grupo de sujetos, normo e hipertensos, consideraron en su mayoría que la HTA era una enfermedad sintomática, y de la misma manera el estudio de Peres, Magna y Viana (2003) llevado a cabo en Brasil con una muestra de 32 sujetos diagnosticados de HTA, afirma que el 72% de los pacientes presentan creencias en síntomas provocados por la TA alta, de los cuales el 56% presentaba entre 1 y 3 síntomas. Mas recientemente, Gil Roales-Nieto y sus colaboradores (2006) encontraron que el 56,2% de los pacientes hipertensos que participaron en el estudio mostraban creencias en forma de falsos síntomas y el 8,8% mostraba dudas al respecto (una topología que no se recoge en el resto de estudios pero que resulta de interés).

Tomados en conjunto, los resultados de estos estudios parecen confirmar que la creencia de que la HTA es una enfermedad sintomática y que existen síntomas que indican que la TA es elevada, se encuentra presente en una amplia mayoría de los pacientes hipertensos, lo cual contrasta con las evidencias medicas y las instrucciones que el personal sanitario proporciona a los pacientes, quienes la señalan como una enfermedad “silenciosa o sintomática”. De tal manera que la presencia de *falsas creencias en forma de síntomas que señalan los cambios en la tensión arterial*, es un fenómeno que parece contrastado por los datos disponibles de números estudios (Gil Roales-Nieto, 2007).

Tipo de síntomas asociados a la hipertensión

El estado actual de los conocimientos científico-técnicos y de la evidencias del fenómeno ha propiciado que una gran cantidad de estudios hayan explorado la tipología de síntomas que los pacientes suelen asociar a la HTA. Concretamente, el estudio de Bulpitt, Dollery y Carne (1976), puso de manifiesto que todos los pacientes hipertensos, tanto de reciente diagnóstico como de larga historia como hipertensos, informaban como síntomas más frecuentes nicturia e inestabilidad al levantarse, a su vez, los pacientes del grupos de larga evolución de la HTA informaron de síntomas como somnolencia, sequedad de boca, diarrea, impotencia y fallo eyaculatorio en hombres, y los pacientes de reciente diagnóstico también informaron de síntomas como cefalea, depresión y visión borrosa. Al comparar los síntomas ganados y perdidos en la evaluación de seguimiento de la muestra, comprobaron que, en el grupo de normotensos, el informe de síntomas descendió mientras que en ambos grupos de hipertensos se balanceó el resultado con pérdidas de síntomas y ganancias de otros no mencionados en la evaluación inicial. Posteriormente, Baumann y Leventhal (1985) y Meyer, Leventhal y Gutmann (1985) confirmaron que los pacientes hipertensos que iniciaban el tratamiento e informaban de síntomas que creían asociados a su TA, los mas frecuentes fueron dolor de cabeza, sentir la cara congestionada y palpitaciones.

En el estudio de Morgan y Watkins (1985), encontraron sobre una muestra de 60 pacientes que el 37% de la muestra indicó dolor de cabeza, el 10% sensación de cansancio o debilidad, el 10% problemas en la visión, el 5% sensación de vértigo y también el 5% sensación de calor. según el estudio de Kjellgren et al., (1998) que se realizó en Suecia con una muestra de 1013 pacientes hipertensos, los síntomas más frecuentemente informados fueron dolor de cabeza, vértigo y cansancio, seguidos de palpitaciones, nerviosismo, sequedad en la boca, hinchazón en los tobillos y sentirse deprimido. Finalmente, en el estudio de Peres, Magna y Viana (2003), un 18% de los pacientes referían como síntomas dolor de cabeza y de cuello, el 13% pinchazos en el pecho o sentir el corazón acelerado, el 11% aturdimiento y el 8% sentir dolor en el cuerpo y en las venas. Existen evidencias de que el síntoma que los pacientes informan con mayor frecuencia es el dolor de cabeza (p.ej., Cirillo, Stellato, Lombardi, De Santo y Covelli, 1999; Kjellgren et al., 1998), incluso llego a hablarse de “cefalea típica del hipertenso” (Janeway, un tipo de dolor de cabeza no migrañoso que aparecía al levantarse y desaparecía a lo largo de la mañana 1913). Sin embargo, distintos estudios mostraron que no existe una relación causa-efecto entre cefalea y HTA, de hecho en la actualidad existe consenso científico dentro de la Sociedad Internacional de Cefalea (HCCIHS, 1998) que establece la ausencia de dicha relación.

Para terminar, Gil Roales-Nieto et al., (2006) encontraron que entre los sujetos referían como síntomas de TA elevada el dolor en cualquier zona de la cabeza con el 36,2% de los participantes, el 36% nerviosismo, el 21,6% mareo, el 6% sensación de inquietud y el 4,7% de sofoco o rubefacción. Así mismo, se encontró que todos los síntomas se informaban de manera combinada (juntos unos con otros), por lo que todos los pacientes a excepción de uno, informaron mas de un síntoma indicativo de que su TA estaba elevada. Es más, las modalidades de informe específico de síntomas con las que los pacientes creían identificar la elevación de su TA, alcanzaron los 60 supuestos de combinaciones diferentes, y las variaciones incluían no solo el tipo de síntoma y su ocurrencia solitaria o en combinación con otros, sino también connotaciones específicas en intensidad y localización, de forma que cabe resaltar la manera altamente idiosincrásica en que se manifiesta este tipo de repertorio en cada paciente, un hallazgo no detectado en la literatura experimental hasta la fecha.

Variables relacionadas con la formación de creencias en falsos síntomas

Creencias de falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial

El conocimiento sobre el proceso de formación de las falsas creencias sobre síntomas en hipertensión y las variables implicadas en el es muy escaso y solo unos pocos estudios se han ocupado de investigar específicamente este tema, aunque desde diferentes enfoques y con distinto diseño y control experimental, entre los que destacan el de Wagner y Strogatz (1984), Meyer, Leventhal y Gutmann (1985), Baumann, Cameron, Zimmerman y Leventhal (1989), Rostrup, Mundel, Westheim y Eide (1991), y Cantillon, Morgan, Dundas, Simpson, Bartholomew y Shaw (1997).

En relación a dicha temática destaca, un reciente estudio llevado a cabo por Gil Roales-Nieto y sus colaboradores (2006), por ser uno de los más exhaustivos realizados hasta el momento. En concreto, se pudo comprobar mediante un estudio longitudinal que las razones por las que los pacientes creían que podía saber o notar que su TA estaba alta, directamente informadas fueron en el 45,1% que el síntoma que perciben y les indica cuando su TA está elevada es el mismo que estaba presente la primera vez que tuvieron conocimiento de que su TA estaba alta; el 31,1% afirmó que es el mismo que sienten cuando han sufrido una crisis hipertensiva; el 11,4% señaló que habían comprobado si su tensión estaba elevada cuando percibieron el síntoma llevando a cabo un control; el 4,1% indicó que la razón para confiar en el síntoma fue su desaparición al tomar la medicación y por último, el 1,8% de los pacientes manifestó no saber la razón. Paralelamente, a las razones directamente informadas por los pacientes, se trató de obtener datos sobre fuentes de formación de creencias en síntomas de manera indirecta, analizando las posibles relaciones o eventos y circunstancias que hubieran podido moldear o modelar en el paciente la formación de tales creencias, dadas las características propias de su historia. Así, se evaluó la posibilidad de que los síntomas informados hubieran sido instruidos en el contexto social (médico y general) o familiar, hallándose que el 36,25% de los pacientes con sintomatología señalaban haber recibido información de otras personas sobre síntomas (el dolor de cabeza y mareo) específicos relacionados con la elevación de la TA, de los cuales el 32% señalaron que la fuente de dicha información la recibieron de algún familiar (de ellos, el más frecuente fue la madre, en el 17,7% de los casos); el 9,7% de su pareja, el 9,7% de vecinos o amigos, el 4,8% del médico, mientras que 43,5% no recordaba la fuente. Igualmente, se evaluó la existencia de información sobre sintomatología proveniente de otros pacientes hipertensos, por la particular significación que tendría y el hecho constatado de que la convivencia puntual con otros pacientes hipertensos en la sala de espera de la consulta es habitual para cada paciente. El 76,6% de los pacientes manifestaron conocer a personas diagnosticadas de hipertensión. Además, los pacientes informaron haber sido advertidos por otros hipertensos de que la HTA se puede manifestar con más de un síntoma (dolor de cabeza en el 46% de los casos, mareo en el 19%, nerviosismo en el 9% y sofocos en el 5%, con otros muchos síntomas en valores inferiores al 5%) que se pueden presentar de manera combinada. Otra de las posibles fuentes de formación de falsas creencias puede provenir de las experiencias que los sujetos tienen cuando padecen episodios de crisis hipertensivas, tanto a lo largo de su historia como hipertensos como en el momento del diagnóstico y descubrimiento de su enfermedad. En este sentido, más de la mitad de los pacientes del estudio (el 55,6%) informaron haber tenido episodios de crisis hipertensivas, y el 63,2% recordaba haber percibido síntomas durante la primera vez que fueron informados de que su TA estaba elevada.

A partir de estos datos (Gil Roales-Nieto, Granados Gámez e Ybarra, 2006) se deriva que existe una notable homogeneidad en cuanto al tipo y frecuencia del informe de síntomas que los pacientes manifiestan como repertorio personal y que la historia nos vincula a experiencias vividas en alguno de los contextos analizados. Dolor de cabeza, mareo, nerviosismo y rubor o acaloramiento son los síntomas informados con mayor frecuencia y parecen formar un patrón delimitado de síntomas asociados a la HTA que un porcentaje muy elevado de los pacientes

manifiesta tanto experimentar y emplear para estimar el estado de su tensión como haber tenido experiencias de modelado o moldeado a través de su historia personal.

Asimismo, los resultados del estudio longitudinal del grupo de pacientes que no mostraban síntomas y de reciente diagnóstico, que formó parte del anterior proyecto, arrojan datos de gran importancia sobre el momento de aparición de las falsas creencias, permitiendo establecer el tiempo promedio aproximado en el que se produce la emergencia de síntomas en la mayor parte de los pacientes, un dato de gran interés para cualquier tipo de intervención preventiva cuyo objetivo sea evitar que se formen este tipo de repertorios que terminan convirtiéndose en conductas de riesgo asociadas a problemas en la adherencia. Específicamente, El período de tiempo en el que se produce el “disparo” del porcentaje de sujetos con síntomas se sitúa entre los 6 meses y el año tras el diagnóstico. Un segundo período crítico es el correspondiente al período entre el primer y el segundo año, en el que también se produce un importante incremento de sujetos con síntomas, mientras que a partir de los dos años las cifras se estabilizan con incrementos muy ligeros. La conclusión principal del estudio fue que entre los 6 meses y los 2 años posteriores al diagnóstico, prácticamente la totalidad de los pacientes que generarán falsas creencias ya lo han hecho (Gil Roales-Nieto, Granados Gámez e Ybarra, 2006).

Funciones de los síntomas en la HTA. Efecto de las falsas creencias sobre la adherencia

Otro aspecto relevante del estudio de las creencias en síntomas es el análisis de la función que cumplen este tipo de eventos privados para la conducta de adherencia al tratamiento y otros comportamientos de riesgo. En primer lugar, hay que señalar su valor como síntomas o señales de que la TA está elevada, independiente de que tales síntomas sean o no cambios provocados directa o indirectamente por el aumento de la tensión arterial o no tengan ninguna relación con la misma. Siendo así, es decir, que la presencia de dolor de cabeza, mareo o cualquier otro síntoma pudiera servir para estimar con precisión el estado de la TA, se explicaría su mantenimiento. Esta es la razón de que varios estudios hayan tratado de establecer el grado de precisión en la estimación de los valores de la TA que presentan los pacientes que usan estos síntomas para tal propósito, pues si los sujetos son capaces de estimar sus niveles de TA en función de sus síntomas, en principio la presencia de estas falsas creencias, no tendría porque afectar al cumplimiento del tratamiento. En cambio, los datos existentes al respecto demuestran que la realidad es bien distinta, en el sentido de que habitualmente los pacientes son bastante imprecisos en cuanto a la precisión con que estiman su TA (p.ej..., Fahrenberg, Franck, Baas y Jost, 1995; Brondolo *et al.*, 1999). Al mismo tiempo, algunos autores han tratado de mejorar la precisión de las estimaciones en pacientes hipertensos no habiendo conseguido mejoras clínicamente apreciables (p.ej., Greenstadt, Shapiro y Whitehead, 1986; Barr, Pennebaker y Watson, 1988).

Además de su valor como síntomas o señales que permiten estimar el estado de la tensión arterial o de cualquier otra posible función que las creencias sobre falsos síntomas puedan estar cumpliendo, destaca por su relevancia para el cuidado de la HTA, la que se refiere a su papel como un elemento, obstaculizante o no, para las conductas de adherencia al tratamiento y las prescripciones médicas, ya que por definición, las creencias son tipos de conducta verbal que han adquirido a lo largo de la historia funciones discriminativas o de control sobre otras conductas verbales y no verbales, por lo que formarían relaciones arbitrarias entre conductas que han sido moldeadas y modeladas por la comunidad socioverbal (Visdomine y Luciano, 2002; Gil Roales-Nieto, López Ríos y Moreno San Pedro, 2000,2001). Un número reducido de estudios han abordado la cuestión de si la presencia de falsos síntomas puede funcionar como un factor de riesgo para el cumplimiento del tratamiento.

El estudio de Meyer et al., (1985), con una muestra de 180 sujetos diagnosticados de HTA, puso de manifiesto que el 71% que recibían por primera vez tratamiento, otro tipo de pacientes con tratamiento continuo durante al menos 3 meses y otro grupo de hipertensos de reentrada (pacientes que habían dejado el tratamiento y lo habían retomado); encontrando que el 71% del primer grupo, el 92% del grupo de tratamiento continuo y el 94% del grupo de reentrada, identificaron síntomas que les permitían conocer si su tensión era elevada. Considerando el grupo de tratamiento continuo al completo, los resultados indicaron que hasta el 58% de ellos no se mantenían adherentes al tratamiento, aunque el efecto de los síntomas no es posible evaluarlo debido al altísimo porcentaje de pacientes que informaron síntomas. Sin embargo, otra relación interesante pudo ser detectada. En concreto, que los pacientes en tratamiento continuo que creían que el tratamiento de la HTA tenía efectos beneficiosos sobre los síntomas que ellos relacionaban con la enfermedad, presentaron mejores pautas de adherencia y mejores resultados en el control de la enfermedad. Basándose en el Modelo de Sentido común de la enfermedad de Meyer et al., (1995) y con una muestra de 142 sujetos, Higgins (1995) observó a partir de los resultados de su estudio 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.

Sharkness y Snow (1992), observaron que el 70% de los sujetos de una muestra de 125 pacientes hipertensos mostraron creencias en forma de síntomas que atribuían a la TA alta, pero según los propios autores la presencia de estas creencias no resultó un predictor significativo de la adherencia al tratamiento.

Los trabajos que Peltzer (2004) realizó en Sudáfrica, demostraron que las creencias generales sobre la salud (causas de la enfermedad, concepto de enfermedad, etc.) afectaban al comportamiento relacionado con el tratamiento, pues hasta el 80% de los pacientes mostraron comportamientos de tratamiento alternativo a la hipertensión acorde con sus creencias en salud. Cabría deducir la necesaria afectación al comportamiento de adherencia al tratamiento por parte de creencias específicas como los falsos síntomas cuando creencias generales ya muestran estos datos. Algo similar se concluye a partir de los datos obtenidos en el estudio de Patel y Taylor (2002), en el que se encontró que en torno a un tercio de los pacientes hipertensos presentaban problemas de adherencia al tratamiento farmacológico junto a una relación significativa inversa entre control percibido de la enfermedad y adherencia a la medicación; esto es, a mayor control percibido más probabilidad de mostrar problemas con la adherencia. Teniendo en cuenta que las creencias en forma de falsos síntomas son empleadas por los pacientes para estimar su nivel de tensión, puede deducirse que los pacientes con falsos síntomas tengan la sensación de mayor control de su enfermedad gracias a disponer de los mismos como señales indicadoras del estado de su tensión arterial.

Finalmente, los resultados obtenidos en el estudio de Gil Roales-Nieto et al., (2006) al que se ha hecho referencia en varias ocasiones en párrafos anteriores señalan que entre los pacientes con falsos síntomas el 52,1% confiesa haber dejado de tomar la medicación en ocasiones, mientras que entre los pacientes sin sintomatología asociada a la tensión, este porcentaje desciende al 27,6%. De la misma forma, cuando se pregunta por las razones para el incumplimiento del tratamiento, el 94% de pacientes no adherentes del grupo con sintomatología informan hacerlo por «sentirse bien» (esto es, ausencia de síntomas «indicadores de tensión elevada»), respuesta que no se da en ningún caso entre el grupo de pacientes no adherentes asintomáticos. Igualmente, al preguntar por las razones para reiniciar el tratamiento tras un período de abandono o alteración en el mismo, el 72,6% de los pacientes con síntomas indican que es la presencia de síntomas lo que les induce a retomar el tratamiento. Estos datos ponen de manifiesto que la relación creencia en síntomas-adherencia debe ser explorada con mayor detalle y precisión, por cuanto cabe esperar que la

presencia de síntomas esté funcionando como factor de riesgo para el deterioro en el cumplimiento del tratamiento, una de las lacras fundamentales en el cuidado de la hipertensión arterial. Cabe, por tanto, plantearse continuar la exploración de esta posible relación con estudios más controlados que incluyan medidas objetivas y diversificadas sobre los diferentes componentes del tratamiento, partiendo de los datos exploratorios encontrados en nuestro anterior estudio (Gil Roales-Nieto, 2002).

Intervenciones psicológicas eficaces para eliminar o cambiar las falsas creencias

Actualmente, no existen estudios que hayan explorado la modificación de las creencias en forma de falsos síntomas que utilizan los pacientes hipertensos para estimar su tensión arterial, sometiendo a prueba experimental procedimientos diseñados para la consecución de tal cambio conductual. Los estudios existentes se han centrado en mejorar la estimación de los pacientes manejando su conocimiento de la enfermedad o bien empleando procedimientos de feedback (Gil Roales-Nieto, 2008).

Respecto a los procedimientos de feedback, la mayoría de los estudios publicados han empleado muestras de sujetos normotensos voluntarios en estudios controlados, que trataban de saber si podría mejorarse el conocimiento de los niveles de tensión arterial utilizando sólo feedback o una mezcla de feedback e información sobre las variables de las que depende la tensión arterial. La discriminación de procesos internos ha sido un tema de gran interés con varias líneas de investigación, como se comentó anteriormente, y ha habido muchos intentos de desarrollar, por parte de los investigadores, procedimientos de entrenamiento para la mejora de la discriminación de las señales internas, especialmente de aquellas que se vinculan a un mejor autocuidado en la conservación de la salud y la prevención de problemas en enfermedades crónicas. En este contexto, la línea de investigación llevada a cabo por Cinciripini, Epstein, and Martin (1979), cuyo objetivo principal fue la consecución de una mejora en la percepción (estimación) de los niveles de tensión arterial, utilizando sencillos procedimientos de feedback que habían sido eficaces en la mejora de la discriminación de otros tipos de eventos fisiológicos y cambios corporales. Varios estudios continuaron esta línea pero los resultados no son concluyentes y ha generado cierta especulación (Barr et al., 1988; Baumann & Leventhal, 1985; Brondolo et al., 1999; Fahrenberg et al., 1995; Greenstadt et al., 1986; Luborsky et al., 1976). Aunque, algunos de estos estudios emplearon feedback sobre los niveles de tensión arterial y encontraron resultados que indicaban una mejora en la discriminación (por ejemplo, Greenstadt, Shapiro y Whitehead, 1986). De la misma manera, Citty (2003) empleó un procedimiento denominado de feedback biosituacional para ver si pacientes hipertensos adultos podían aprender a discriminar con precisión su nivel de tensión arterial SBP. Dicho procedimiento se definió como feedback relativo a los factores de carácter biológico, situacional, y psicológico que experimentan los paciente en el momento de hacer la estimación. Se incluyó además, la valoración del nivel de actividad, las circunstancias posturales, el estado emocional, el patrón comunicativo, determinadas funciones corporales y aspectos del ambiente. A partir de los resultados del estudio se concluyó que los pacientes hipertensos adultos podían mejorar su discriminación de los niveles de tensión arterial con este procedimiento y que existían ciertas diferencias en función de que se tratara de pacientes medicados o no, del sexo y del nivel cultural.

Sin embargo, ninguno de los estudios anteriormente citados aborda la cuestión fundamental planteada: la modificación de las falsas creencias y su efecto sobre la adherencia. De hecho, sólo el estudio de Baumann, Zimmerman y Leventhal (1989) abordó este objetivo, y lo hizo

comparando tres mensajes educativos sobre la hipertensión como enfermedad, logrando en algunos casos cambios aparentes en las creencias falsas sobre la enfermedad que no se mantuvieron a lo largo del tiempo. Esta relativa falta de estudios, es comprensible si se tiene en cuenta que los datos y las evidencias disponibles sobre el tema son muy recientes, y que en la mayoría de los casos estas líneas de investigación están actualmente en curso. Este es el caso del grupo de investigación de Gil Roales-Nieto et al., (2006), quienes llevaron a cabo un estudio en el que se sometió a prueba un procedimiento piloto de modificación de las creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión basado en el entrenamiento en (a) identificación de las señales corporales a las que se atribuye el valor de síntomas, (b) estimación del nivel de presión arterial real, y (c) feedback del nivel real de presión arterial. Los resultados señalaron que casi la mitad de los pacientes (48,3%) con sintomatología modifican su creencia en los falsos síntomas, un porcentaje algo menor (40%) comienza a dudar de su significación y solo un 11,7% de los pacientes indicó que seguía siendo capaz de predecir que su tensión arterial estaba alta en función de los particulares síntomas que se lo indicaban.

Los excelentes resultados y la gran novedad de los hallazgos en este punto merece ser subrayada, pues incluso al nivel de estudio piloto los resultados son de una gran relevancia por cuanto suponen el primer estudio que demuestra un efecto positivo de un procedimiento, sencillo y muy ecológico, sobre la eliminación y/o modificación de las falsas creencias, algo no conseguido por ninguno de los estudios previos. Los resultados han supuesto un importante avance en el conocimiento en este ámbito aplicado, inaugurando un nuevo método de intervención en psicología de la salud con pacientes hipertensos. No obstante, han de ser tomados con cautela pues se trata de un estudio piloto de carácter exploratorio, que requiere de una posterior verificación y un conocimiento mas exhaustivo de la delimitación de los parámetros mas idóneos (por ejemplo, número de sesiones, variables a considerar en la autoexploración, etc.) de cara a optimizar dicho procedimiento de intervención. Por todo ello, la necesidad y la conveniencia de profundizar en dicho conocimiento, mediante la realización de estudios que repliquen el procedimiento en cuestión, esta más que justificada.

MÉTODO

La finalidad del trabajo presentado persigue profundizar en el conocimiento de la discriminación de los estados internos, su valoración como síntomas y su papel en la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos mediante la consecución de tres objetivos concretos: 1) obtener datos sobre la presencia real del fenómeno de las creencias en forma de falsos síntomas relacionados con la hipertensión; 2) obtener datos sobre el impacto de las falsas creencias en la adherencia al régimen de tratamiento; y 3) someter a prueba experimental la eficacia de una intervención psicológica diseñada para la modificación de las creencias sobre sintomatología en HTA mediante el entrenamiento en: (a) identificación de señales corporales a las que se atribuyen el valor de síntomas; (b) estimación del nivel de presión arterial; y (c) el feedback del nivel de presión arterial real.

Participantes y contexto de aplicación

De los 52 pacientes de ambos sexos diagnosticados de HTA y en tratamiento médico que fueron entrevistados, solo 26 pasaron a formar parte de la muestra. Todos los participantes tuvieron que cumplir tres criterios para su inclusión: 1) no ser mayores de 60 años de edad ni menores de 18; 2) no padecer ningún otro trastorno grave (orgánico y/o psicológico) que pudiera suponer la presencia de síntomas claros y frecuentes; y 3) que manifiesten creencias sobre falsos

síntomas indicadores de su TA al ser evaluados con el Cuestionario sobre Hábitos y Creencias en Hipertensión (HCH-01).

La captación de los sujetos se llevó a cabo simultáneamente por dos vías. Por una parte los pacientes fueron reclutados para el estudio a medida que iban acudiendo al Centro de Salud Valdepasillas de la ciudad de Badajoz, para realizar sus controles de TA rutinarios. Por otra parte, se utilizó la base de datos del Sistema Extremeño de Salud (JARA) para acceder a los cupos de pacientes de los 12 médicos que trabajan en dicho centro de salud, seleccionar a aquellos pacientes mayores de 18 años y menores de 60 años que tuvieran como único diagnóstico actual HTA, y así poder contactar con ellos telefónicamente para preguntarles si estarían interesados en participar en el estudio.

En cuanto al contexto de aplicación, se utilizó un despacho dentro del centro de salud para llevar a cabo las entrevistas con los pacientes y proporcionarles los tensiómetros y las fichas necesarios para el entrenamiento en la automedida de la TA. No obstante, los pacientes tomaron las medidas pertinentes en casa o en otros momentos y/o lugares de su vida cotidiana.

Diseño

El presente estudio se estructura sobre un diseño intrasujeto pre-post de replicación múltiple sin condición control. Todos los participantes llevaron a cabo el mismo procedimiento y el mismo tipo de medidas. Como variable independiente se utilizó el sistema de entrenamiento descrito en el apartado de procedimiento, y como variables dependientes se emplearon tanto el informe de síntomas del sujeto, como su estimación del nivel de TA y la afectación sobre la conducta de adherencia.

Instrumentos y medidas

Para la recogida de datos durante la primera y la última entrevista se han utilizado los siguientes cuestionarios.

- *HCH-01. Cuestionario sobre Hábitos y Creencias en Hipertensión.*
- *CHC-01. Cuestionario sobre Hipertensión y Creencias. Opción con señales.*
- *CHA-01. Cuestionario sobre Hipertensión y Adherencia.*
- *CHCAP-01. Cuestionario sobre Hipertensión y Adherencia. Post-intervención.*

Se empleó además una *Escala de Síntomas (SI-H)* que se le proporcionaba al paciente en un formato de fichas y que le permitía medir los síntomas que asocia con el estado de TA elevada, los valores estimados de TA (en una escala con tres valores: baja, normal o alta), las razones por las que se estimaban los valores indicados y el valor real de TA, obtenido mediante un *Tensiómetro de muñeca (Omron R7 Wrist Blood Pressure Monitor)*, recomendado para uso doméstico, de forma complementaria al control médico.

Se ha seleccionado dicho tensiómetro porque permite mantener en memoria los valores de 90 ensayos sin que puedan ser alterados por el paciente sin que la investigadora lo detecte. Además, su manejo es fácil y permite su empleo en cualquier situación durante todo el día. Las características del Tensiómetro son: método oscilométrico, precisión ± 3 mmHg (presión de brazalete) y ± 5 % de la lectura (ritmo cardiaco), presión de aplicación 180 mmHg (fija), horquilla de medición de 50 a 250 mmHg sistólica, de 40 a 180 mmHg diastolita y de 40 a 160 pulsaciones por minuto de ritmo cardiaco.

Procedimiento

Los objetivos del estudio, se llevaron a cabo mediante un procedimiento diseñado para la identificación de señales corporales de las que los sujetos atribuyen el valor de síntomas, la estimación del nivel de TA real y la utilización del feedback del nivel de TA real y ello siguiendo el protocolo de intervención que se expone a continuación.

En un primer momento y tras haber informado su consentimiento, todos los sujetos debían cumplimentar el *Cuestionario de Hábitos y Creencias en Hipertensión (HCH-01)* y en función de la respuesta de los mismos a la última pregunta (¿Es usted capaz de saber o notar cuando tiene su TA alta?) se determinaban las siguientes opciones de seguimiento de la entrevista:¿

- Si el paciente en la última pregunta respondía “no”, automáticamente se le clasificaba dentro del grupo A como paciente *asintomático o no sintomático*, no se le administraban más cuestionarios y no realizaba el entrenamiento en automedida.
- Si el paciente respondía “sí”, se le clasificaba dentro del grupo B como sujeto *sintomático o con síntomas* y se continuaba la entrevista con el *Cuestionario sobre Hipertensión y Creencias. Opción con señales (CHC-01)*. Si se detectaba en cualquier momento que no relacionaba los síntomas con la elevación de su TA, se le daba el mismo tratamiento que si hubiese contestado “no”. La sesión se finalizaba con el *Cuestionario sobre Hipertensión y Adherencia (CHA-01)*.

Durante esta entrevista inicial y solo a los pacientes clasificados en el grupo B (sujetos sintomáticos o con síntomas) se les adiestro en el manejo del Tensiómetro y se les suministraron las instrucciones precisas siguiendo el siguiente protocolo:

- Diariamente, en el turno que corresponda (ver tabla 1), deberán tomar un ejemplar de la Escala de Síntomas SI-H y cumplimentarla llevando a cabo una medida de su TA y anotando el valor obtenido en la Escala (medidas programadas). Igualmente, deberán llevar a cabo la operación de medida y estimación siempre que crean que su TA se encontraba elevada (medidas no programadas).
- Para la lectura de la TA se les instruirá para que procedan como sigue:

“Siéntese en una silla frente a una mesa, extienda el brazo no dominante apoyando el codo sobre la mesa con la palma hacia arriba, y rodee su muñeca con el brazalete del aparato, de manera que los botones queden mirando hacia usted. Deje caer la mano sobre la cajita vacía del envoltorio del aparato, con cuidado de que el brazalete no la toque. Relájese, ya puede darle al botón power del mismo color que el brazalete para iniciar la medición, percibirá y observará que comienza a inflarse el manguito. Espere unos segundos, el número que aparece en la pantalla empieza a disminuir y el indicador en forma de corazón corresponde a las puntuaciones. No se mueva, no hable y no haga fuerza con el brazo durante la medición. Cuando acabe, el brazalete empezará a deshincharse por sí solo. Una vez que aparecen los números fijos en la pantalla, con cuidado retire el aparato de la muñeca y colóquelo sobre la mesa mirando hacia usted. Es el momento de que tome la ficha y anote el resultado. Primero registre el valor mas alto, después el mas bajo y a continuación los números que señalan el pulso. Apague el aparato.”

- A continuación se le explicaba al paciente que en los próximos dos días deberá realizar 5 ensayos cuando quiera (*ad libitum*) de toma de la tensión arterial con el objetivo de que practique con el aparato hasta que consiga dominar la habilidad sin ayuda ni errores (los pacientes pueden acudir al centro ante cualquier problema personal o técnico en las horas de

consulta). Esta primera **fase de prueba** sirvió también para disminuir la posible reactividad inicial del sujeto ante el uso del tensiómetro. Asimismo, se le entregaba un sobre con 10 fichas numeradas del 1 al 10 (mediciones programadas) que debía cumplimentar justo antes de tomarse la tensión una vez al día, durante los siguientes diez días y siguiendo los turnos pautados por la investigadora (ver tabla 1) y otras 10 fichas sin numerar que deberá utilizar en momentos que crea que su TA esta elevada (mediciones no programadas). De esta forma, cada ensayo de intervención implica que el paciente indique los síntomas percibidos en ese momento, estime el valor de su TA, lleve a cabo su medición y se encuentre con el valor real en contraste con el estimado (*feedback*).

- Pasado este **periodo de entrenamiento**, tuvo lugar una segunda entrevista en la que el paciente entregaba el sobre con los registros realizados en los 10 días previos más los adicionales en el caso de haberlos y comentará las posibles incidencias. La investigadora realizó una evaluación de dichos registros, de manera que si no se encontraba al menos tres ensayos con indicación de señales, el paciente debía repetir la fase de entrenamiento durante otros 10 días y si esto no ocurría, es decir, existían más de tres ensayos con indicación de señales se le hacía entrega de un nuevo sobre con 10 fichas numeradas (mediciones programadas) y otras 10 fichas sin numeración que al igual que en la fase anterior debía utilizar en el caso de que creyera que su TA esta elevada o se estaba elevando (mediciones no programadas) sin importar la hora ni el lugar indicándole que “esa información es muy importante para que se conozca mejor y por lo tanto pueda tomar decisiones más acertadas”. En las instrucciones se modificaba el turno en el que el paciente realizara los ensayos, que pasaron a ser en días alternos (10 ensayos/1 a 4 días), por la mañana, la tarde o la noche y a diferentes horas, en lugar de ser en días consecutivos. Esta tercera **fase de desvanecimiento** duro otros 30 días y su objetivo principal es realizar una retirada gradual del aparato de medida de la HTA.
- Una vez transcurridos estos treinta días y finalizado el periodo de estudio, los pacientes entregaban el sobre con los registros realizados (programados y no programados) y a todos se les solicitaba información relacionada con sus creencias sobre la hipertensión y sobre su conducta de adherencia a las prescripciones médicas utilizando el *Cuestionario sobre Hipertensión y Creencias. Opción con señales (CHC-01)* y el *Cuestionario sobre Hipertensión y Adherencia. Post-intervención (CHCAP-0)*. Por lo tanto, la duración total del estudio (fases de prueba, entrenamiento y desvanecimiento) es de 42 días y sólo tras haber sido cumplimentado dicho cuestionario, se le aportara al paciente toda la información que demande referente tanto a conocimientos como a habilidades para mejorar el mantenimiento y control de su TA.

RESULTADOS

Uno de los propósitos centrales de este estudio fue comprobar si un procedimiento de *feedback* que confrontase a los pacientes con los resultados reales de su TAR frente a los estimados, podría ayudar a romper o alterar el poder de control de las creencias en falsos síntomas. Para conocer si los pacientes mantienen las mismas relacionadas con su TA tras el período de automedida, se han realizado comparaciones entre los datos previos y posteriores al período de *feedback* recogidos mediante el cuestionario CHC-01 (Cuestionario sobre Hipertensión y Creencias. Opción con señales).

En la tabla 6, se evidencia que un importante número de pacientes modifican sus creencias sobre sintomatología y TA como efecto de la intervención. Partiendo del hecho de que los 26 pacientes presentaban creencias en forma de falsos síntomas, que creían asociados a las

Creencias de falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial

alteraciones de su TA, los datos finales del estudio indican que este comportamiento queda reservado a sólo dos de ellos (el 7,7%), produciéndose en más de la mitad de los participantes (14 sujetos, el 53,84) un cambio significativo en sus creencias, mientras que en otro importante porcentaje de ellos (42,3%, 10 pacientes), la modificación de sus creencias puede considerarse parcial en tanto manifiestan *dudas* sobre su capacidad de predecir el estado de su TA.

Tabla 6. Pacientes que cambian, dudan o mantienen sus creencias tras la intervención con feedback.

	Fases del estudio			
	Pre-Feedback		Post-Feedback	
	f	%	f	%
Cambian creencias	26	(100%)	14	53,84%
Dudan sobre creencias	--	--	11	42,3%,
Mantienen creencias	--	--	2	7,7%
Totales	26	(100%)	26	100%

A fin de analizar el posible efecto de la experiencia con la enfermedad sobre la modificación de las creencias, en términos de resistencia al cambio, se recoge en la tabla 7 la distribución de los sujetos que cambian sus creencias, que las mantienen y que dudan de acuerdo al tiempo de diagnóstico.

Tabla 7. Distribución de los pacientes que cambian, dudan o mantienen sus creencias según el tiempo de diagnóstico

Grupos según tiempo de diagnóstico	f	%	Informe final sobre síntomas		
			Mantienen creencias	Eliminan creencias	Dudan sobre creencias
Debutante	1	3,84%	--	1 (3,84%)	--
Más de 6 m. y menos de 1 año	1	3,84%	--	--	1 (3,84%)
Más de 1 año y menos de 2 años	3	11,54%	1 (3,84%)	1 (3,84%)	6 (23,1%)
Más de 2 años y menos de 25 años	14	53,84%	1(3,84%)	7 (26,9%)	--
Más de 5 años	7	26,9%	--	5 (19,23)	2(7,7)
Totales	26	100%	2 (7,7%)	14 (53,84%)	9 (34,7%,)

Con el objetivo de complementar al análisis de grupos y de aportar información sobre la variabilidad individual de la muestra, se han llevado a cabo análisis para cada sujeto de la evolución de su ejecución a lo largo de los ensayos del procedimiento de *feedback*. A continuación, se comentan, a modo de ejemplo, seis pacientes que han mostrado diferentes resultados sobre sus creencias como efecto de la intervención. Por un lado, los dos únicos pacientes que mantienen sus creencias (sujeto 4 y sujeto 14), por otro dos pacientes que manifestaron dudar de su capacidad para saber cuándo su TA estaba elevada (sujeto 1 y sujeto 11), y por último, dos pacientes que han cambiado sus creencias respecto a los síntomas que utilizaban como indicadores de su TA (los sujetos 9 y 13).

En este análisis individual se combinan en una categoría que denominamos percepción/estimación, el informe de síntomas por parte del paciente con su estimación de la tensión arterial. Dichos datos se tomaron de la ficha empleada en el entrenamiento en la que, en cada ensayo, el paciente incluía los síntomas percibidos en el preciso momento del ensayo, a la vez que estimaba la tensión arterial que en ese momento creía tener. Se establecieron tres categorías de resultados en percepción/estimación. La primera categoría (1) indicaba que el paciente había informado la presencia de síntomas pero la estimación de su TA realizada había sido de *TA normal*. La tercera categoría (3) indicaba que el paciente había informado la presencia de síntomas y estimado su TA como *alta* (la estimación típica para los pacientes sintomáticos). Por último, la segunda categoría (2) recogía todas las demás

Creencias de falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial

casuísticas posibles (i.e., cuando no se informaban síntomas y se estimaba la TA como *normal* o como *alta*).

Como puede apreciarse en la figura 1 para el paciente 4 y en la figura 2 para el paciente 14, ambos sujetos muestran una ejecución sin tendencias claras de respuesta en la que las categorías 1 y 3 aparecen en casi la misma frecuencia y sin orden secuencial alguno que mostrase el posible efecto de la intervención.

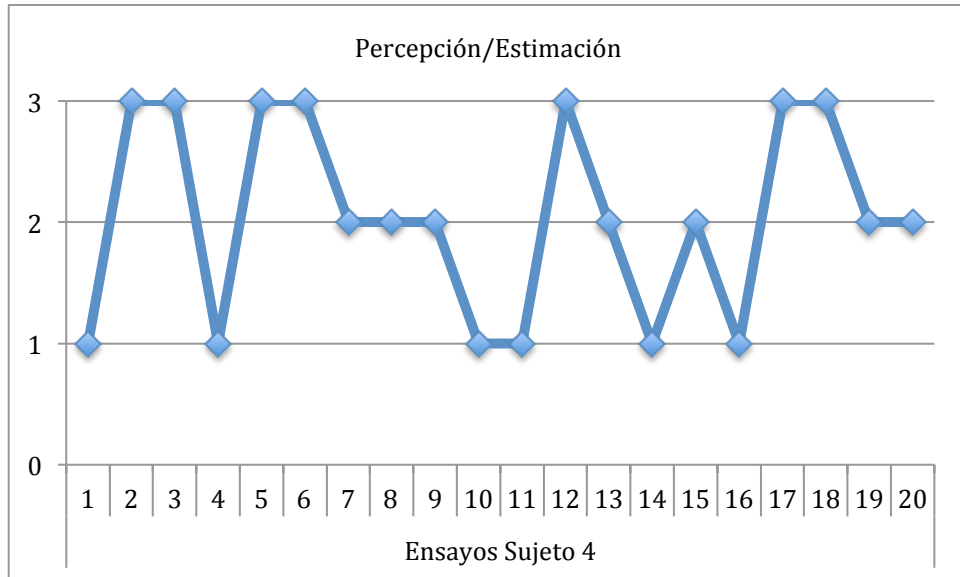


Figura 1. Evolución de la ejecución del sujeto 4 a lo largo del procedimiento de *feedback*.

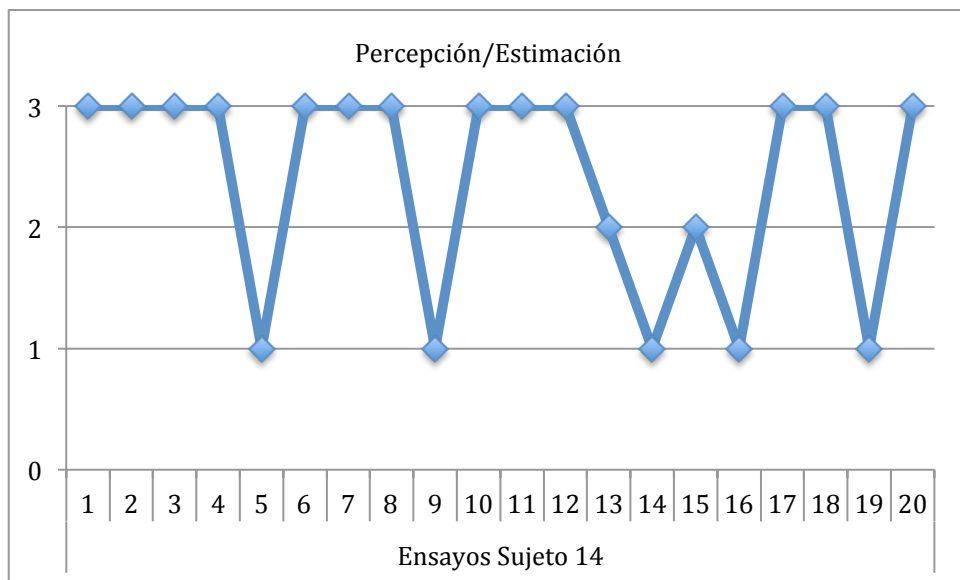


Figura 2. Evolución de la ejecución del sujeto 14 a lo largo del procedimiento de *feedback*.

Como puede apreciarse en la figura 3 para el paciente 1 y en la figura 4 para el paciente 11, el paciente 1 muestra una ejecución en la que están presentes los ensayos categorizados como 1 y que indicarían efectos del *feedback*, a lo largo de todo el período, pero con intermedios en los que aparecen ensayos tipo 2 y 3. Mientras que el sujeto 11 muestra aún una ejecución más irregular por cuanto la

mayoría de los ensayos son tipo 2 y 3 y sólo tres ensayos son calificados como tipo 1 hacia el final del período de intervención.

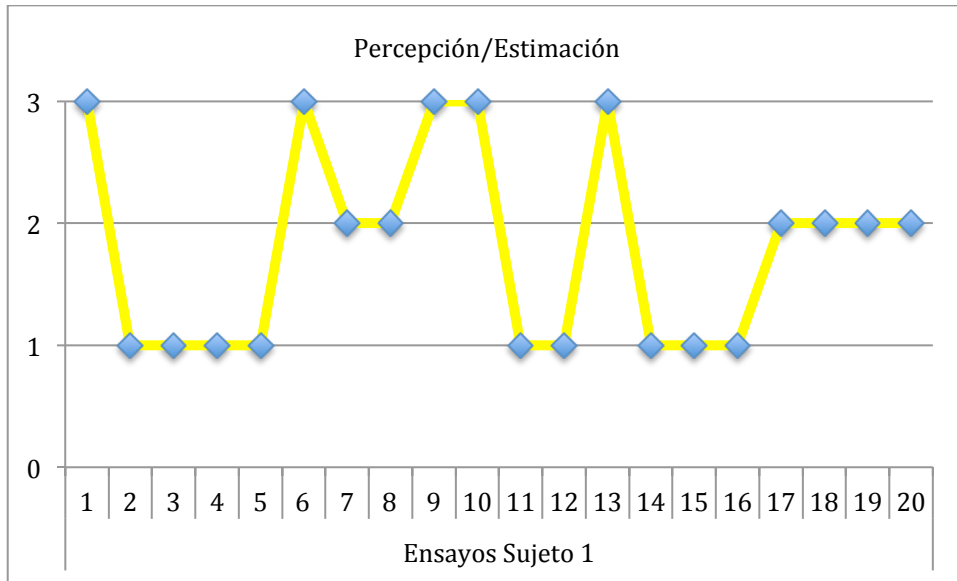


Figura 3. Evolución de la ejecución del sujeto 1 a lo largo del procedimiento de *feedback*.

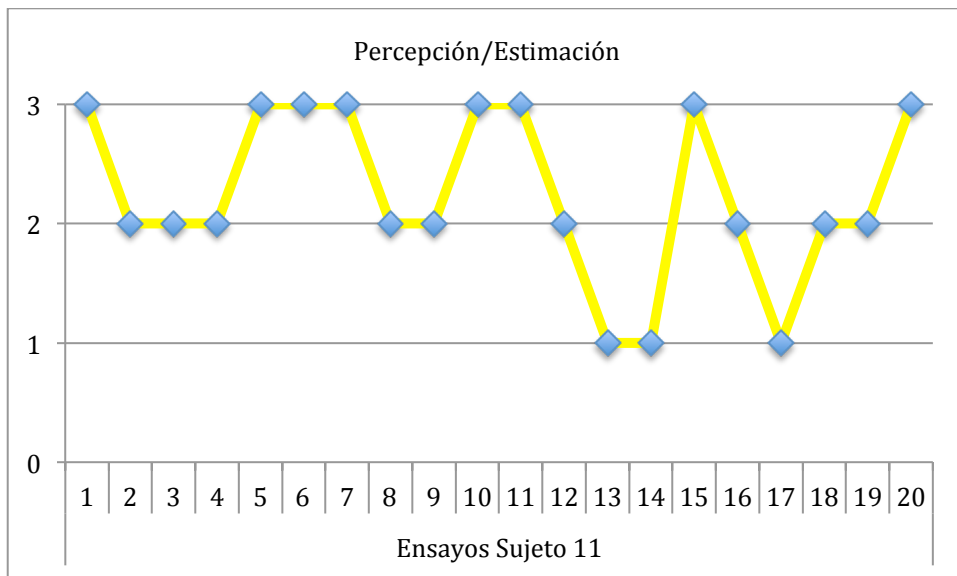


Figura 4. Evolución de la ejecución del sujeto 11 a lo largo del procedimiento de *feedback*.

En marcado contraste con las ejecuciones anteriores, las que se incluyen de los participantes 9 y 13 como ejemplos de aquellos que cambiaron su informe de síntomas, puede apreciarse en las figuras 5 y 6, respectivamente, como aparecen ejecuciones en las que se manifiesta claramente la tendencia al predominio de ensayos tipos 2 y 3 al principio de la fase de *feedback*, y al predominio de los ensayos tipo 1 en la parte final del entrenamiento. Lo que permitiría hipotetizar que se ha producido un efecto paulatino del *feedback* que propicia una estimación de TA normal aún y en presencia de los síntomas ante los que previamente se estimaba la TA como alta.

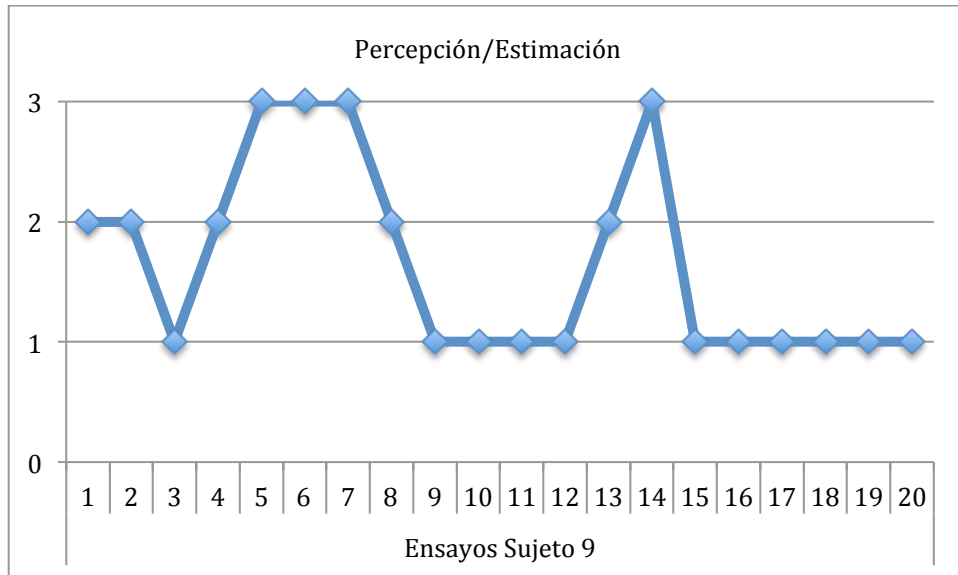


Figura 5. Evolución de la ejecución del sujeto 9 a lo largo del procedimiento de *feedback*.

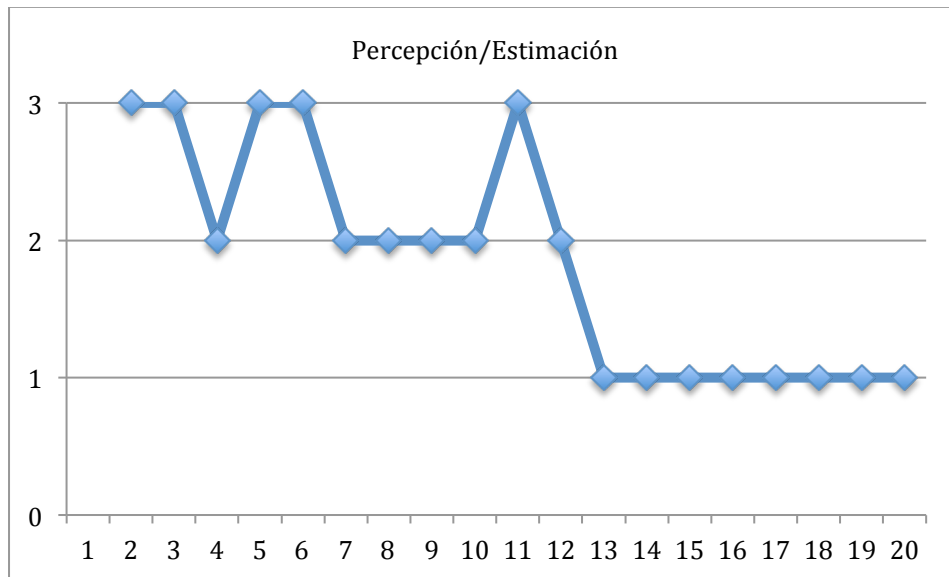


Figura 6. Evolución de la ejecución del sujeto 13 a lo largo del procedimiento de *feedback*.

Con el objetivo de analizar el efecto del procedimiento de *feedback* sobre los niveles de adherencia al tratamiento, se presentan, en primer lugar, los datos que informan de los cambios en la adherencia farmacológica (tabla 8) y, en segundo lugar, los resultados acerca de los problemas y dificultades que los sujetos dicen tener en el seguimiento del resto de los componentes del tratamiento (tabla 9).

Atendiendo los datos de la tabla 8 se evidencia, en relación al cumplimiento de la toma de fármacos, una importante disminución en el porcentaje de pacientes que no se adhieren a la medicación, pues se pasa del 30,8% de la fase previa al estudio al 11,6% tras la realización del mismo, e igualmente desciende el porcentaje de sujetos que mostraron una adherencia parcial a la medicación, pasando del 42,3% antes del estudio al 23,1% después del estudio, mientras que la adherencia asciende en un porcentaje considerable, del 26,9% inicial al 65,4% tras la finalización del periodo de *feedback*.

Tabla 8. Informe de la faja de adherencia farmacológica antes y después del estudio

Periodo	Pre-feedback						Post-feedback					
	Adherencia		Adherencia parcial		No Adherencia		Adherencia		Adherencia parcial		No Adherencia	
Grado de Adherencia	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sujetos	7	26,3%	11	57,9%	8	30,8%	17	65,4%	6	23,1%	3	11,6%

En la tabla 9, se puede observar que tras la realización del entrenamiento en *feedback*, parece darse un cambio en la distribución de las categorías de respuestas que dan los pacientes, respecto a la cantidad de componentes, sobre los que informan tener dificultad o problemas en lo que a su seguimiento se refiere, pues aumenta el porcentaje de sujetos de la categoría 1 y 2 (problemas con 1 o 2 y 3 o 4 componentes, respectivamente) pasando del 3,84% al 19,23% en el caso de la categoría 1, y del 46,2% al 15,4% para la categoría 2, al tiempo que desciende el número de sujetos que se ubican en las categorías 3 y 4 (problemas con 5 o 6 y con todos los componentes, respectivamente) que pasa de 9 (34,6%) a 4 (15,4%) sujetos en las categorías 3 y de 3 (11,6%) a 1 (3,84%) sujeto en la categoría 4. Cabe suponer que los resultados son positivos, pues aunque se da un aumento en las categorías de problemas con 1 o 2 y 3 o 4 componentes, dicho aumento va en detrimento del porcentaje de sujetos que se da en las categorías donde existen dificultad con 5 o 6 componentes (categoría 3) o dificultad con todo el tratamiento (categoría 4).

Tabla 9. Informe de la faja de adherencia farmacológica antes y después del estudio

Sujetos por cada combinación de componentes	Fases del estudio	
	Pre-feedback	Post-feedback
Ningún problema	1(3,84%)	1(3,84%)
Problemas con 1 o 2 compt.	1(3,84%)	5(19,23%)
Problemas con 3 o 4 compt.	12(46,2%)	15(57,7%)
Problemas con 5 o 6 compt.	9(34,6%)	4(15,4%)
Problemas con todos los compt.	3(11,6%)	1(3,84%)

En la figura 7 se presentan los resultados sobre la frecuencia y tipología de síntomas que los pacientes informaron durante la entrevista y muestran que los sujetos refirieron 11 tipos distintos de síntomas en total, de los que destacan el dolor de nuca/ cabeza por ser el síntoma que se informa mayor número de veces (19), seguido por orden de importancia de mareo-S3 (13), pulso raído-S1 (11) y nerviosismo-S12 (10). En menor medida los sujetos refieren como síntomas la cara enrojecida o caliente-S9 (5), cansancio-S6 (4), presión en el pecho-S7 (4), la piel fría y húmeda S10 (3), fatiga S15 (3), debilidad en las piernas S7 (2) y sensación de hambre S13 (1).

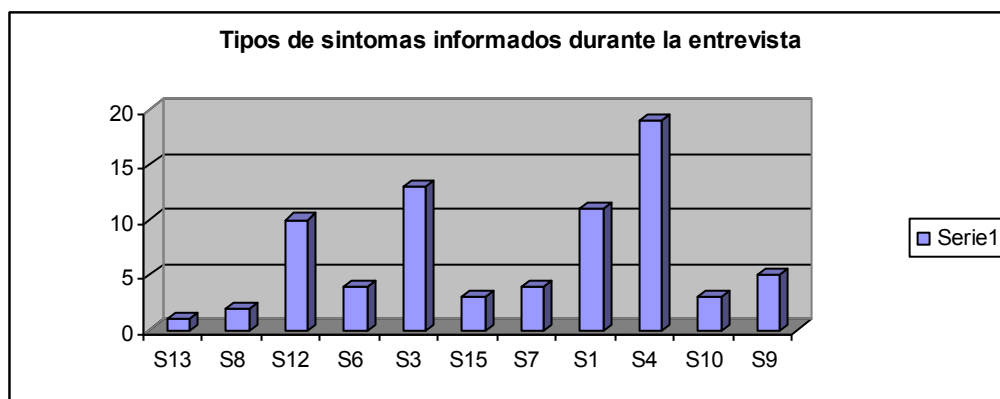


Figura 7. Frecuencia y tipología de síntomas que los pacientes informaron durante la entrevista

Los resultados correspondientes al periodo de *feedback* muestran que en general la distribución de la tipologías de síntomas sigue la misma proporción pero con ligeros descensos en todos los síntomas informados, a excepción del dolor de nuca/cabeza que sigue siendo el síntoma más informado y en prácticamente la misma proporción. A nivel global, el número total de síntomas registrados por los pacientes en los ensayos en casa, fue de 595, y como se muestra en la figura 8, el primer puesto de importancia lo ocupa el dolor de nuca/casbeza (144), seguido, de igual manera que en la fase previa al estudio, de mareo (81), pulso raído-S1 (73) y nerviosismo-S12 (71). Para el resto de síntomas que se informan, como sentir la cara caliente S9 (34), cansancio-S6 (58), presión en el pecho-S7 (10), la piel fría y húmeda S10 (19), fatiga S15 (3), debilidad en las piernas S7 (2) y sensación de hambre S13 (1), las frecuencias descienden discretamente.

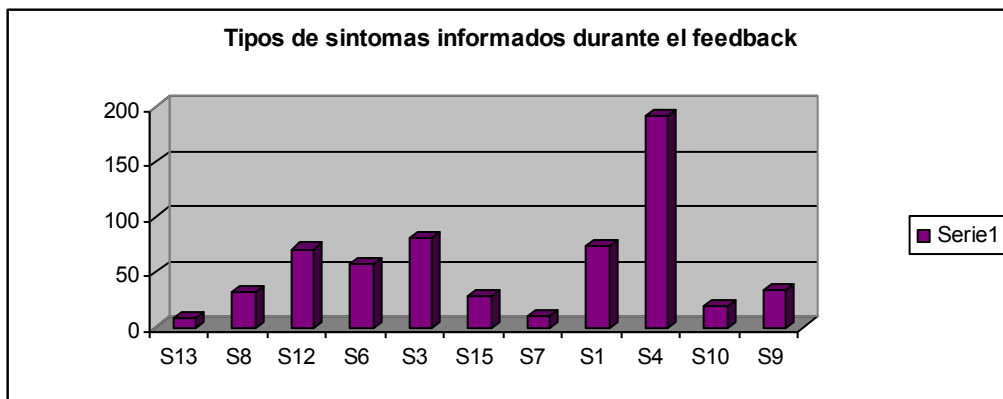


Figura 8. Frecuencia y tipología de síntomas que los pacientes informaron durante el periodo de *feedback*.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio confirman la importancia y la trascendencia que tiene el fenómeno de las creencias en el curso del autocuidado de los enfermos crónicos y específicamente en el caso de la hipertensión, al tiempo que permiten señalar ciertos ámbitos de interés para la investigación futura en este ámbito de la psicología de la salud aplicada a una enfermedad de larga duración muy extendida en la población general.

En concreto, parece que el efecto de la intervención con *feedback* sobre el informe de las creencias en forma de falsos síntomas y sobre la conducta de adherencia al tratamiento y prescripciones médicas es positivo y ello por dos motivos. Por una parte, los resultados del efecto del *feedback* sobre las falsas creencias indican que solo 2 (7.7%) de los sujetos que participaron en el estudio siguen manteniendo tales creencias, mientras que 14 sujetos (53,84%) modifican totalmente sus creencias y 11 sujetos (42,3%) manifiesta tener dudas sobre la relación de los síntomas a la TA, lo que, como se comentó anteriormente, cabría ser interpretado como una modificación parcial de las creencias previa a la modificación radical de las mismas. Así mismo, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico no parece ser una variable relevante que afecte a la resistencia al cambio, de hecho pacientes con larga historia de HTA modifican sus creencias sobre síntomas de la misma manera que aquellos sujetos que tienen un diagnóstico de pocos años o incluso que aquellos que son de reciente diagnóstico.

Por otro lado, al considerar los resultados correspondientes al efecto del procedimiento de *feedback* sobre los niveles de adherencia al tratamiento, se ha comprobado que en lo que al informe de cumplimiento de la toma de fármacos se refiere, se da aparentemente una disminución considerable en el porcentaje de pacientes que no se adhieren a la medicación, pues se pasa del 30,8% de la fase previa al estudio al 11,6% tras la realización del mismo, e igualmente desciende el porcentaje de sujetos que mostraron una adherencia parcial a la medicación, pasando del 42,3% antes del estudio al 23,1% después del estudio, mientras que la adherencia asciende en un porcentaje considerable, del 26,9% inicial al 65,4% tras la finalización del período de *feedback*. Respecto a los resultados de los componentes del tratamiento con los que los pacientes informan tener dificultades en su seguimiento, se observa que tras la realización del entrenamiento en *feedback*, parece darse un cambio en la distribución de las categorías de respuestas que dan los pacientes que se considera positivo, pues aunque se da un aumento en las categorías de problemas con 1 o 2 y 3 o 4 componentes, dicho aumento concurre con una disminución del porcentaje de sujetos que se ubican en las categorías donde existen dificultad con 5 o 6 componentes (categoría 3) o dificultad con todo el tratamiento (categoría 4). La conclusión que podría deducirse de lo anterior, es que las respuestas de los pacientes reflejan la importante dificultad que supone, de hecho, el seguimiento de todas las recomendaciones prescritas en el tratamiento de la hipertensión, ya que, no solo un porcentaje importante de los sujetos que muestran creencias informa tener problemas con la adherencia al tratamiento (30,8%, no adherencia), sino que la mayoría de sujetos refiere tener dificultad con unos componentes del tratamiento más que con otros (42,3%, adherencia parcial) principalmente con el cumplimiento de los planes de dieta y de ejercicio y con el control de las reacciones emocionales, de lo que se deduce, a su vez, que el seguimiento de las prescripciones por los pacientes hipertensos se caracteriza en la mayoría de los casos por ser parcial y adquirir un perfil idiosincrático, que podría verse afectado contextualmente. Sin embargo, lo paradójico de los datos reside en el hecho de que habitualmente los profesionales de la salud consideran que el tratamiento hipertensivo es relativamente simple y fácil de mantener, porque

teóricamente las normas a seguir no revierten demasiada dificultad y tampoco se requieren habilidades complejas, al contrario de lo que ocurría en otras enfermedades crónicas, como la diabetes por ejemplo, en la que los pacientes deben aprender a inyectarse la insulina.

Con todo, los resultados en este punto, parecen corroborar que las prescripciones terapéuticas de larga duración, como las que deben seguirse en la HTA, aun siendo supuestamente simples son consideradas difíciles de cumplir según el informe de los pacientes, principalmente porque requieren notables modificaciones del estilo de vida, en individuos adultos con un larga historia comportamental ligada contextualmente a múltiples aspectos que ahora deben ser eliminados o cambiados. La posible contribución de la investigación y práctica psicológicas a este respecto resulta más que evidente, por cuanto lo que se está abordando, en esencia, es el comportamiento humano, simbólico (verbal) y manifiesto, y lo que es más importante aun, la relación que se da entre ambos.

Finalmente, resta comentar respecto a la cantidad y tipología de síntomas informados por los sujetos durante la entrevista y durante el periodo de *feedback*, que en ambos casos se informan 11 tipos de síntomas, siendo el dolor de nuca/ cabeza el síntoma más informado (en 19 ocasiones durante en la entrevista y 144 durante los ensayos de entrenamiento), seguido de mareo-S3 (13 en la entrevista y 81 en la intervención), pulso raído-S1 (11 veces en la entrevista y 73 en el entrenamiento) y nerviosismo-S12 (10 en la entrevista y 71 en la intervención) distribuidos en la misma proporción pero con ligeros descensos tras la intervención.

Referencias

- Biglan, A. (1987). A behaviour-analytic critique of Banduras self-efficacy theory. *The Behaviour Analyst*, 10, 15
- Coca A, De la Sierra y Ferreira J, (2004). Hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva, 587-603. en *Medicina Interna*. Vol.1, Farreras y Rozman (2004).
- Coca A y De la Sierra (2002). *Decisiones Clínicas y Terapéuticas en el paciente hipertenso*. Barcelona: Medica JIMS SL.
- Coca A (2002). Evolución del control de la hipertensión esencial en España. Resultados del estudio Contropres 2001.
- Forsyth, JP, Chase, PN y Hackbert, L (1997). A behaviour analytic interpretation of attributions in the context of behaviour therapy, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 17-29.
- Gering y Foster (1994). Attitudes, Beliefs and Behaviour: Saying you like, Saying you believe and doing. *The Behaviour Analyst*, 17, 127-129
- Gil Roales-Nieto y Vilchez Joya (1993). *Diabetes. Intervención Psicológica*. Madrid Eudema.
- Gil Roales-Nieto, López Ríos y Moreno San Pedro (2001b). Concepto, creencias comportamientos de salud en preadolescentes. *Análisis y Modificación de conducta*, 27, 875-903.
- Gil Roales-Nieto (2004). Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. *Psicología de la Salud. Psicología Pirámide*.
- Gil Roales-Nieto y Granados Gámez (2011). Un procedimiento de feedback para la modificación de las creencias en falsos síntomas en pacientes con hipertensión. Universidad de Almería. Documento no publicado.
- Granados Gámez y Gil Roales-Nieto (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal Of. Psychology and Psychological Therapy*, Vol. 5.
- Granados Gámez, Gil Roales-Nieto e Ybarra Sagarduy (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*, Vol., 18, 822-827.
- Granados Gámez, Gil Roales-Nieto, Emilio Moreno e Ybarra Sagarduy (2006). Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International Journal Of. Clínicas and Health Psychology*. Vol.1.
- Granados Gámez, Gil Roales-Nieto, Emilio Moreno e Ybarra Sagarduy (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal Of. Clínicas and Health Psychology*. Vol7
- Granados Gámez y Gil Roales-Nieto (2007). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol.3, 393-403.

Creencias de falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial

- Lloyd, KE (1994). Do as I Say, not as I Do. *The Behaviour Analyst*, 1, 131-139.
- Luciano, MC (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351-374.
- Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto (2003). El Modelo de Creencias en Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal Of. Psychology and Psychological Therapy. Vol.3, 91-109-112.*
- Street (1994). Attitude-Behaviour Congruity, Mindfulness and self focused Attention: A Behaviour-Analytic Reconstruction. *The Behaviour Analyst*, 17, 145-153.
- Sociedad Española de Medicina General (2004). Manual de Habilidades en Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular.