

**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**
Facultad de CC de la Salud



**MÁSTER OFICIAL
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA**

Curso Académico 2010/2011

Trabajo de Fin de Máster

Hábitos y Creencias en Hipertensión Arterial

Autor: Verónica Márquez Hernández

Tutora: Genoveva Granados Gámez

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero expresar mis agradecimientos a mi tutora la Dra. Genoveva Granados Gámez, por su dedicación en mi formación y su generoso apoyo e interés. Gracias a su esfuerzo y colaboración es posible este trabajo. Por otro lado, quiero agradecer a Teresa Granados su disposición para facilitarme el acceso a los datos y ponerme en contacto con los pacientes. Mi gratitud a Gustavo García por su inestimable asesoramiento estadístico. También agradecerle a M^a Teresa Lorente su trabajo y colaboración. Por último, darles las gracias a todas aquellas personas que han participado de forma desinteresada en este trabajo. Gracias a todos.

“Puede ser un héroe lo mismo el que triunfa que el que sucumbe, pero jamás el que abandona el combate. Quizá ganen los impertinentes medio mundo, pero los constantes poseen el mundo entero.”

Thomas Carlyle

INDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 BASES CONCEPTUALES EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	6
1.1.1 Definición de Hipertensión Arterial	6
1.1.2 Prevalencia de la Hipertensión Arterial	8
1.1.3 Tratamiento de la Hipertensión Arterial	10
1.1.3.1 Tratamiento no farmacológico.....	10
1.1.3.2 Tratamiento Farmacológico.....	13
1.1.4 Adherencia terapéutica en la Hipertensión Arterial.....	18
1.2 ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO.....	22
1.2.1 Estudios sobre hábitos en Hipertensión Arterial.....	22
1.2.2 Estudios sobre creencias en Hipertensión Arterial	25
1.3 BASES TEÓRICAS	28
1.3.1 El Modelo de Conducta de Enfermedad.	28
1.3.2 El Modelo de Creencias de Salud	33
1.3.3 Otros modelos o teorías.	36
1.3.4 Creencias en Hipertensión Arterial	37
1.4 PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	38
1.4.1 Objetivos	39
2. METODOLOGÍA.....	39
2.1 Sujetos	39
2.2 Diseño.....	39
2.3 Instrumentos y medidas	40
2.4 Procedimiento.....	43
2.5 Análisis de los datos	45
3. RESULTADOS	45
4. DISCUSIÓN.....	51
5. CONCLUSIONES	53
6. APÉNDICE	54
7. BIBLIOGRAFIA	61

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad de gran relevancia a nivel mundial. Además, constituye una de las primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo, como consecuencia de sus complicaciones cardiovasculares, renales y neurológicas. Aunque se dispone de tratamiento eficaz para la hipertensión, los datos indican un escaso control de la enfermedad. Este bajo control se relaciona con el frecuente incumplimiento del tratamiento farmacológico así como la influencia de las creencias de los pacientes hipertensos. El presente estudio tiene como objetivo (1) conocer los hábitos de vida de los pacientes hipertensos y (2) describir sus creencias acerca de la salud y enfermedad. Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal en el que han participado una muestra de 100 pacientes hipertensos. Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario de Hábitos y Creencias en Hipertensión Arterial (HCH-01). Los resultados indican que el 72% de la muestra tiene un perfil de riesgo bajo para su estado de salud, sólo un 28% presenta un perfil de riesgo medio y ningún paciente se encuentra dentro del perfil de riesgo alto. El 29% de los pacientes informa de un patrón de creencias sobre la enfermedad correcto, el 33% de un patrón incorrecto y el 38% de un patrón indefinido. En cuanto a las creencias de los pacientes sobre la salud, los datos señalan que el 40% de los encuestados tiene un patrón correcto, un 16% un patrón incorrecto y un 44% un patrón de creencias indefinido. La mayoría de los pacientes tienen patrones de salud y enfermedad indefinidos. 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 cuidado integral en los pacientes con hipertensión arterial. Con los resultados obtenidos en el presente estudio no podemos emitir conclusiones generales, aunque si nos permiten establecer el patrón de hábitos y creencias sobre la hipertensión, de una determinada muestra de hipertensos, a tener en cuenta, tanto en estudios posteriores como en la práctica profesional.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 BASES CONCEPTUALES EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.1.1 Definición de Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial (HTA) se define como la elevación persistente de la presión arterial por encima de los límites considerados como normales. La definición de estos límites se establece por convenio y se basa en un criterio de riesgo poblacional. En una persona adulta la HTA viene definida por el hallazgo de cifras de presión iguales o superiores a 140/90 mmHg.¹

Por otro lado, algunos autores, definen la hipertensión arterial como un nivel mantenido de la presión arterial (PA) sistodiastólica igual o superior a 140/90 mmHg, respectivamente, tomada en condiciones apropiadas en por lo menos tres lecturas de preferencia en tres días diferentes o cuando la PA inicial sea muy elevada y/o cuando el paciente presente cifras normales bajo tratamiento antihipertensivo.²

Otra definición sobre HTA es la que desarrollaron el Hypertension Writing Group (HWG) en 2005: *“La hipertensión es un síndrome cardiovascular progresivo derivado de causas complejas e interrelacionadas. Los primeros marcadores del síndrome a menudo están presentes antes de que se observe la elevación de la presión arterial (...) La progresión de la enfermedad está fuertemente asociada con alteraciones funcionales y estructurales cardíacas y vasculares que dañan el corazón, los riñones, cerebro, vasos y otros órganos, y puede llevar a la muerte prematura.”*³

Sin embargo la definición más aceptada es la que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual, por hipertensión arterial entendemos la elevación crónica de la presión sistólica (PAS), diastólica (PAD), o de ambas, en las arterias. En la actualidad se considera que un individuo es hipertenso si presenta unas cifras de PAS \geq 140, o una PAD \geq 90, o ambas. Sin embargo como la presión arterial presenta una importante variabilidad individual, antes de etiquetar a un paciente como hipertenso es

necesario confirmar las cifras elevadas de PA en mediciones repetidas con un intervalo de varias semanas.^{4,5}

La HTA se puede clasificar en 3 fases según su grado de repercusión orgánica, como podemos observar en la siguiente tabla:

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión Arterial según el grado de repercusión orgánica.¹

FASE I	No se aprecian signos objetivos de alteraciones orgánicas
FASE II	Aparece uno de los siguientes signos de afectación orgánica: <ul style="list-style-type: none">- Estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas.- Proteinuria y/o ligero aumento de la concentración de creatinina en el plasma.
FASE III	Aparecen síntomas y signos de lesión de distintos órganos a causa de la hipertensión: <ul style="list-style-type: none">- Corazón: insuficiencia ventricular izquierda- Encéfalo: hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico, encefalopatía hipertensiva.- Fondo del ojo: hemorragias y exudados retinianos sin o con edema papilar.

En cuanto a la etiología, en el 90-95% de los casos no se encuentra ninguna causa conocida, y se habla de hipertensión esencial o primaria. Cuando se encuentra alguna causa responsable, se habla de hipertensión secundaria.⁵ Menos del 10% de los casos de HTA son secundarios a enfermedades crónicas que requieren tratamiento específico. El 90% restante se clasifican como esenciales y son tributarios de una intervención destinada a reducir la morbimortalidad debida a complicaciones cardiovasculares.⁴

Por otro lado, nos dicen⁶ que aunque es frecuente que las causas de la hipertensión sean desconocidas, esto es solo verdad parcialmente porque se sabe que pequeñas variaciones genéticas o genes inexpressados pueden ser causantes de la elevación de la presión arterial. Además existen factores que incrementan la presión arterial como 1) la obesidad, 2) la resistencia a la insulina, 3) la alta ingesta de alcohol, 4) la alta ingesta de

sal, 5) la edad, 6) el estilo de vida, 7) el estrés, 8) la baja ingesta de potasio y 9) la baja ingesta de calcio.

1.1.2 Prevalencia de la Hipertensión Arterial

La enfermedad hipertensiva posee un gran interés por sus efectos sobre la salud y longevidad, o lo que es lo mismo, sobre la morbilidad y mortalidad. En los últimos decenios se tiende a considerar la hipertensión más como un factor de riesgo que como un proceso de enfermedad en sí mismo, lo que podría llevar a una infravaloración estadística de su importancia cuando se analizan las causas de muerte.⁵ No hay que olvidar que la HTA constituye un proceso crónico, con una prevalencia superior al 20-30% de la población mundial⁷⁻¹⁰ indicando algunos estudios una prevalencia de hasta el 40%. Además, se ha previsto que el número de pacientes hipertensos podría incrementar hasta un 60% a nivel mundial antes del año 2029.^{11, 12}

Además, constituye una de las primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo, a través de sus complicaciones cardiovasculares, renales y neurológicas. También en España, la hipertensión arterial es un problema de salud de primera magnitud. Afecta al 35% de la población adulta, llegando a un 40% en edades medias, y al 68% en los mayores de 60 años,¹³ afectando a un total de 10 millones de individuos adultos.¹⁴

Tabla 2. Distribución de los niveles de presión arterial e hipertensión en España, según edad¹²

CARÁCTER DE LA PA	NORMOTENSIÓN O HTA CONTROLADA			HIPERTENSIÓN		
	ÓPTIMA	NORMAL	NORMAL-ALTA	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
PAS mmHg PAD mmHg	<120 y <80	120-9 ó 80-4	130-9 ó 85-9	140-59 ó 90-9	160-79 ó 100-9	≥180 ó ≥110
Prevalencia en personas de 35-65 años	23%	17%	17%	28%	11%	4%
Prevalencia en personas ≥ 60 años	10%	14%	20%	36%	15%	5%

De las aproximadamente 45.000 muertes totales anuales ocurridas en la población española de edades medias en los años noventa, unas 17.000 son atribuibles a la presión arterial elevada, es decir, algo más del 30% de todas las defunciones.^{9, 12, 15}

Tal es la importancia de la Hipertensión Arterial, que el Grupo de Colaboradores de Evaluación de Riesgos (Risk Assessment Collaborating Group) ha identificado la HTA como el factor de riesgo líder para la mortalidad a nivel mundial, y como el tercer factor de riesgo principal en morbilidad.⁷

El grado de conocimiento y tratamiento farmacológico de la HTA en la población general de España es moderadamente alto, pero el control sólo llega al 15%.^{4, 14}

En concreto, en nuestro país, alrededor de un 60% del total de hipertensos conocen su condición, y de estos alrededor del 55% reciben tratamiento farmacológico. Por tanto, la HTA constituye un problema sociosanitario tan sólo parcialmente atendido y controlado.⁴

La HTA está lejos de ser óptimamente controlada en los pacientes individuales y en la comunidad.¹⁶ Este bajo control se relaciona con la inercia clínica de los médicos, que deciden pocos cambios terapéuticos farmacológicos en pacientes hipertensos no controlados, con un peor control de la PAS por su mayor dificultad, y probablemente, por un menor énfasis histórico en la importancia de este parámetro. También influye el frecuente incumplimiento del tratamiento farmacológico y el escaso seguimiento de los consejos higienicodietéticos por parte de los pacientes.¹⁴

La cifra de no cumplidores alcanza límites realmente preocupantes, cerca del 40% para el tratamiento farmacológico y entre el 60-90% en las medidas higiénico-dietéticas.

Diversos estudios realizados en el contexto sanitario español coinciden en señalar la escasa adherencia terapéutica en la HTA, oscilando, en un rango entre el 40% y el 71%.¹⁷

1.1.3 Tratamiento de la Hipertensión Arterial

Prácticamente todas las guías nacionales e internacionales coinciden en que el objetivo terapéutico para todos los pacientes con hipertensión arterial esencial de más de 18 años de edad es lograr un descenso de la PA, estable y sostenido, a menos de 140 mm Hg de presión arterial sistólica y de 90 mm Hg de presión arterial diastólica. Además, muchas de ellas señalan la conveniencia de alcanzar la PA óptima y estabilizarla a valores del orden de 120/80 mm Hg o inferiores en la población de hipertensos de menos de 60 años. Finalmente, todas las recomendaciones indican con firmeza reducir la PA a menos de 130/80 mm Hg para los pacientes diabéticos o con enfermedad cardiovascular establecida, y a menos de 125/75 mm Hg para los pacientes con insuficiencia renal y proteinuria superior a 1 g/24 horas. En cualquier caso, el objetivo de mantener a los hipertensos tratados por debajo de los 140/90 mm Hg está universalmente aceptado.¹⁸

Pero el objetivo del tratamiento en los pacientes hipertensos no consiste únicamente en reducir la presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg y la diastólica por debajo de 90 mmHg, sino que también es fundamental prevenir la morbilidad y la mortalidad asociadas a la hipertensión.^{9, 14, 15, 19-21}

Para tratar la hipertensión arterial podemos hablar de dos tipos de tratamiento: el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico.

1.1.3.1 Tratamiento no farmacológico

Las medidas no farmacológicas van dirigidas a cambiar el estilo de vida y se deben llevar a cabo en todos los pacientes hipertensos y también en individuos con PA normal-alta, bien sea como tratamiento de inicio, o bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Como hemos comentado anteriormente, el propósito de estas medidas sería reducir la PA y prevenir el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.^{10, 14, 22}

Diversos estudios demuestran que la modificación de las características del estilo de vida reducen los niveles de presión de la sangre, ya sean solas o combinadas

con tratamiento farmacológico.¹¹ Por este motivo, el informe de 1988 Detection, Evaluation and Treatment of High Pressure del Joint National Committee (JNC) recomendó que se utilizaran los enfoques no farmacológicos tanto como intervenciones definitivas, como complementos del tratamiento farmacológico y que éstos deberían tenerse en cuenta en cualquier tratamiento antihipertensivo. Los efectos que se van a conseguir con los tratamientos no farmacológicos pueden ser aditivos y son realmente beneficiosos, incluso si el paciente precisa tratamiento farmacológico. Stamler et al documentaron que la reducción del peso y del consumo de sal y de alcohol permitía a un 39% de los pacientes sometidos previamente a tratamiento mantenerse normotensos, y sin recibir medicación a lo largo de un período de 4 años. En el individuo con hipertensión leve, estas modificaciones en el estilo de vida se deberían intentar durante al menos 6 meses antes de iniciar un tratamiento farmacológico.¹⁵

En concreto las medidas necesarias para cambiar el estilo de vida y mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, serían las siguientes:

- Dieta: Reducción de peso y control de la hipercolesterolemia. Todo paciente hipertenso debe tener un control de glucemia y un perfil lipídico al comienzo. Si hay obesidad se debe instaurar una dieta más estricta para la reducción del peso. Se deben disminuir las grasas saturadas: huevo, grasas animales, mantequilla, quesos, vísceras. La dieta baja en sal puede reducir la TA moderadamente.²⁰ Los estudios epidemiológicos indican que el aporte alimentario de sal es un factor que contribuye a la elevación de la presión arterial y la prevalencia de hipertensión. Es posible que la restricción del sodio ejerza un mayor efecto antihipertensivo en caso de combinarse con otros consejos nutricionales y que permita reducir las dosis y el número de antihipertensivos empleados para controlar la presión arterial.²³
- Ejercicio: El ejercicio puede reducir algunos mmHg la presión arterial: 4,7 mmHg la presión sistólica y 3,1 mmHg la presión diastólica. También ayuda a reducir peso y a disminuir los lípidos. Caminar por lo menos media hora tres veces a la semana, podría ser útil.²⁰

- Tabaco: Este es un factor de riesgo cardiovascular importante porque aumenta entre 2 y 3 veces el riesgo de enfermedad cardiovascular, en comparación con no fumadores.²⁰ El tabaquismo provoca una elevación brusca de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, que persiste durante más de 15 minutos después de fumar un cigarrillo. Es probable que el mecanismo consista en una estimulación del sistema nervioso simpático a nivel central y en las terminaciones nerviosas, que es responsable de un incremento de las catecolaminas plasmáticas en paralelo a la elevación de la presión arterial.²³

- Reducción del peso: Evidencias importantes procedentes de estudios observacionales indican que el peso corporal se relaciona directamente con la presión arterial y que el exceso de grasa corporal predispone a un aumento de la presión arterial. También hay datos concluyentes de que la reducción del peso disminuye la presión arterial en los pacientes obesos y que ejerce efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo asociados.²³

- Alcohol: En muchos estudios se ha constatado una asociación en forma de U o J entre mortalidad y consumo de alcohol, de modo que los sujetos con un consumo leve o moderado presentan una menor mortalidad que los abstemios, en tanto que los bebedores importantes tienen una mortalidad cada vez mayor.²³ La ingesta excesiva de alcohol aumenta la presión arterial, fundamentalmente la presión arterial diastólica.¹ No se debe recomendar su uso diario.²⁰

- Estrés: El estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso. En prevención secundaria, la disminución del estrés reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.²⁰

En la tabla 3 se presenta un resumen de los cambios del estilo de vida recomendados:

Tabla 3. Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial según el Manual de Farmacia Hospitalaria²⁴

CAMBIO	RECOMENDACIÓN	REDUCCIÓN PAS
Reducción del peso	Mantener el peso ideal (IMC 20-25kg/m ²)	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg de peso
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100 mmol/24h (6g de sal)	2-8 mmHg
Moderación del consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210g semanales en hombres y 140 g semanales en mujeres	2-4 mmHg
Adopción de la dieta DASH*	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos desnatados	8-14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual de ejercicio aeróbico	4-9 mmHg

*Los efectos de la dieta DASH sólo se han probado en EE.UU y son comparados con los de la dieta típica americana. Las características de la dieta DASH son similares aunque no idénticas a la dieta mediterránea que está asociada con una protección frente a la enfermedad cardiovascular.

1.1.3.2 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico se considera cuando la presión arterial diastólica se mantiene por encima de 90 o 94 mmHg a pesar de las modificaciones en el estilo de vida. En la decisión de iniciar el tratamiento farmacológico es necesario tener en cuenta las características individuales del paciente como la edad, la raza, el sexo, la historia familiar, los factores de riesgo cardiovascular, las enfermedades concomitantes y el cumplimiento del tratamiento.^{15, 21}

Los principios del tratamiento farmacológico, según Cifuentes Cabello et al, son los siguientes:

1. *El tratamiento antihipertensivo forma parte del manejo integral del riesgo cardiovascular.* Con frecuencia será necesaria la asociación de otras terapias encaminadas a reducir el riesgo cardiovascular de cada paciente.
2. *Cualquier fármaco de los 5 grupos principales (diuréticos, β -bloqueantes, calcioantagonistas, IECA y ARA II) es válido para el inicio del tratamiento. Comenzar el tratamiento con una dosis baja del fármaco elegido.* Esta medida minimiza los efectos secundarios. El paciente habrá sido informado previamente del objetivo del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
3. *Planificar una reducción gradual de la PA.* Los descensos bruscos de la PA pueden ocasionar un compromiso del flujo sanguíneo cerebral y coronario.
4. *Comprobar la respuesta en el plazo de 4-6 semanas.* Este plazo será más corto en el caso de HTA estadio 3 y en pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular. Si la respuesta es favorable y la tolerancia es buena pero no se ha alcanzado el objetivo de PA se podrá aumentar la dosis del fármaco.
5. *En caso de respuesta desfavorable o de efectos adversos se optará por cambiar de grupo de fármacos.*
6. *La tasa de respuesta a la monoterapia no suele superar el 50%: la mayoría de los pacientes necesitarán una asociación de fármacos.* En muchas ocasiones una adecuada combinación de fármacos a dosis bajas o medias es más eficaz que la monoterapia a dosis altas.
7. *Utilizar fármacos de acción prolongada que sean eficaces durante 24h y que permitan la dosis única diaria.* El tratamiento se tomará habitualmente en la primera hora de la mañana antes del inicio de las tareas cotidianas. La toma única diaria favorece el cumplimiento terapéutico.
8. *Elección de un determinado tipo de fármaco será individualizada para cada tipo de paciente.* La individualización se basará en la existencia de trastornos clínicos asociados, de otros factores de riesgo o de enfermedades concomitantes.
9. *El objetivo terapéutico serán unos niveles de PA <140/90 mmHg.* En pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular establecida el objetivo será un control más estricto con PA < 130/80 mmHg.

10. *El tratamiento se mantendrá de forma indefinida.* La buena relación entre médicos y paciente, la educación sanitaria y la simplificación del tratamiento optimizan el cumplimiento terapéutico.²⁴

En resumen, para De la Sierra hay 3 conceptos fundamentales sobre el tratamiento farmacológico de la HTA: a) el beneficio del tratamiento se deriva principalmente del descenso de la PA; b) hay 5 grupos principales de fármacos antihipertensivos para el inicio y la continuación del tratamiento, y c) la mayoría de los pacientes necesitarán más de un fármaco para el control adecuado de la PA.²²

La guía europea de hipertensión recomienda escoger entre estos 5 grupos de fármacos que han demostrado la reducción de la morbimortalidad cardiovascular:²⁵

- Diuréticos

Son fármacos recomendados para pacientes con insuficiencia cardíaca, así como en aquellas situaciones en las que no exista una indicación para otra clase de fármaco. Son los fármacos de los que, junto a los betabloqueantes, disponemos de mayor información, habiendo demostrado su eficacia para reducir morbimortalidad en diferentes estudios.²¹ Producen una pérdida neta de sodio y agua del organismo, actuando directamente sobre el riñón.¹ Junto con los betabloqueantes son los agentes de primera elección. En general son bien tolerados y su efecto hipotensor se produce con dosis bajas, evitando con ello la aparición de efectos secundarios.¹⁹ Los resultados del estudio ALLHAT revitalizan el papel de los diuréticos como uno de los compuestos básicos del tratamiento de la HTA, tanto en monoterapia como en tratamiento combinado.²⁶

- Betabloqueantes

Junto con los diuréticos se consideran fármacos de primera elección para el tratamiento de la HTA. También podemos encontrar los alfa-betabloqueantes que por su combinación de efectos alfa y beta producen una rápida disminución de la TA, y pueden ser útiles en las crisis hipertensivas.¹⁹ Los betabloqueantes son fármacos de elección en cardiopatía isquémica y taquiarritmias. Son de menor utilidad que los diuréticos si se utilizan solos en pacientes de edad avanzada para prevención primaria.²¹

No producen hipotensión postural ni retención hidrosalina. Además reducen la hipertrofia ventricular, presentan propiedades antiaginosas, antiarrítmicas, ansiolíticas y cardioprotectoras.¹ Cuando iniciamos un tratamiento a largo plazo con un bloqueador beta hemos de sopesar un posible incremento del 25% en el riesgo de aparición de diabetes, efecto que no se observa con los diuréticos, antagonistas del calcio o IECA.²⁶

- Antagonistas del calcio

Los bloqueantes de los canales de calcio pueden ser útiles en pacientes hipertensos que presentan una gran variedad de enfermedades concomitantes.²¹ Son ampliamente usados con un buen perfil de eficacia/tolerancia¹⁹ y pueden ser usados en todas las edades y en todas las razas. Sus efectos adversos habituales incluyen edema periférico, mareo, cefalea, astenia, náuseas, estreñimiento, exantema facial y taquicardia.¹⁵

En los últimos años han aparecido nuevos fármacos que han aportado ventajas notables en el tratamiento de la HTA, ya que presentan una eficacia similar al resto de los antihipertensivos, pero con un perfil de tolerancia mucho mejor, y evitan, por lo tanto, la limitación fundamental para el uso de antagonistas del calcio, que es la aparición de efectos adversos.

- IECA (Inhibidores de la Enzima Conversora de la Angiotensina)

Estos fármacos suelen ser bien tolerados y muy efectivos. Deben evitarse en el embarazo y en mujeres jóvenes con posibilidad de gestación por su potencial efecto nocivo para el feto.¹⁹ Los estudios aleatorizados han demostrado de forma convincente que tienen efectos beneficiosos sobre la supervivencia en pacientes con disfunción sistólica con o sin insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y con o sin IAM.²¹ Es efectivo en todas las razas, aunque los pacientes de raza negra responden mejor cuando se añade un diurético. Los efectos adversos incluyen la tos (1-30%), la cefalea, el mareo, el síncope tras la administración de la primera dosis, insuficiencia renal aguda en pacientes con estenosis de la arteria renal, angioedema y como hemos comentado anteriormente, efectos teratógenos sobre el feto humano.¹⁵ No producen hipotensión postural, taquicardia, depresión, alteraciones del sueño, etc.¹

- ARA II (Antagonistas del Receptor de Angiotensina II)

Caracterizados por su excelente tolerancia, están indicados en caso de tos por IECA. Han mostrado también su beneficio en la insuficiencia cardiaca.²¹ Su acción antihipertensiva es gradual. No aumenta la frecuencia cardiaca ni produce HTA de rebote al suspender el tratamiento.¹

También se dispone de otros grupos farmacológicos con capacidad para reducir la PA, como los bloqueadores alfa, los agentes de acción central, los vasodilatadores arteriales directos y los antagonistas de la aldosterona, si bien las evidencias acerca de su efecto sobre la morbimortalidad cardiovascular son más limitadas.¹

- Otros

- Alfabloqueantes

Se consideran fármacos de segunda línea por sus reacciones adversas.¹⁹ Su efecto hipotensor es comparable al resto de agentes hipotensores, y sigue siendo utilizado en asociaciones múltiples.²⁶ Útiles en pacientes con dislipidemia e intolerancia a la glucosa. Su principal rasgo desfavorable es la posibilidad de favorecer la aparición de hipotensión ortostática.²¹

- Fármacos de Acción Central

Salvo en el embarazo, son fármacos de segunda línea.¹⁹ Como efectos adversos pueden producir sedación, sequedad de boca y mareo. Estos fármacos constituyen una buena elección en los pacientes con asma, diabetes, colesterol elevado y enfermedad vascular periférica.¹⁵

- Vasodilatadores arteriales

Son también fármacos de segunda elección por sus efectos secundarios y se reservan para el fallo terapéutico con otros agentes.¹⁹

Como hemos comentado anteriormente, el tratamiento inicial del paciente hipertenso se puede abordar con cualquiera de los fármacos anteriores. Sin embargo en la elección del fármaco se deberían tener en cuenta consideraciones de diverso tipo como características demográficas (edad, sexo, grupo racial), efectos adversos como el coste, uso de otros fármacos que puedan producir interacciones farmacológicas, etc. Sobre todo serán las enfermedades concomitantes y los factores de riesgo asociado los que nos harán seguir uno y otro tratamiento.^{15, 21}

Independientemente del grupo de fármacos que se utilice el fármaco elegido debe mejorar la calidad de vida, reducir los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, mantener unos perfiles hemodinámicos normales, reducir la hipertrofia ventricular izquierda, tener un impacto positivo sobre las enfermedades asociadas y reducir la lesión en los órganos diana a la vez que también lo hará de forma efectiva en la presión arterial mediante un régimen de dosificación adecuado y con un coste mínimo para el paciente.¹⁵

Por último, en cuanto a novedades terapéuticas, no existen en el horizonte del tratamiento antihipertensivo importantes novedades que puedan modificar de forma sustancial las pautas terapéuticas actuales. Cabe destacar, no obstante, una nueva clase terapéutica constituida por los inhibidores directos de la renina. En la actualidad, en EE.UU y Europa se ha aprobado la comercialización de aliskiren, el primer inhibidor de la renina útil como tratamiento antihipertensivo por vía oral.

1.1.4 Adherencia terapéutica en la Hipertensión Arterial

En el año 2003, la OMS definió el término de adherencia como *“el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.”*²⁷

Por otro lado, Orueta y colaboradores nos define la adherencia como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional en cuanto a los cambios en el estilo de vida, toma de medicación, asistencia a revisiones, etc. o siendo

quizás el cumplimiento a las citas uno de los aspectos menos estudiados a pesar de que al faltar a las citas, los pacientes se privan de los servicios, desorganizan la atención y la relación, quitan tiempo potencial a otros pacientes y aumentan los costes sanitarios.²⁸

Sin embargo, la definición más completa es la de Haynes y Sackett al definir la adherencia como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones.²⁹

La HTA es una enfermedad asintomática u oligosintomática, por lo menos hasta que lesiona los órganos diana,³⁰ esto va a provocar que sea más difícil el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes. Además la hipertensión es una enfermedad crónica, lo que agrava más la falta de adherencia, ya que en general, las enfermedades crónicas, son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas.²⁷ También el hecho de que se haya evolucionado hacia una politerapia farmacológica en el tratamiento de las enfermedades crónicas ha supuesto unos regímenes terapéuticos complejos que en muchos casos resultan difíciles de cumplir por muchos de los pacientes.³¹

Los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80%, si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50%. Igualmente, estudios llevados a cabo en España han indicado que entre el 40% y el 80% de los pacientes hipertensos no cumplen correctamente el tratamiento.³²⁻³⁴ A su vez, la proporción de cumplimiento terapéutico baja al 20% cuando se intenta modificar la actividad física, o al 10% al realizar cambios de la dieta para controlar el peso, al moderar la ingesta de alcohol o al disminuir el consumo de sal.³⁵ Sin embargo, según un estudio llevado a cabo por Márquez Contreras, las cifras de incumplimiento del tratamiento han disminuido en los estudios realizados en los últimos 5 años.³⁶

Habitualmente los factores relacionados con la adherencia al tratamiento se asocian al paciente y a su entorno, al médico y a las características del tratamiento. Los factores

considerados de mayor impacto son: la edad, el sexo, el grupo social, el nivel de educación del paciente, la motivación del médico, la duración, dosis y posología del tratamiento, la adecuada infraestructura de recepción de visitas o el entorno familiar.³⁷

También, la adherencia terapéutica está influenciada por distintas características culturales del paciente, como los modelos de referencia, las creencias y valores, etc. La mayoría de estudios también han encontrado relación entre mayores conocimientos del paciente (de su enfermedad, de los beneficios del tratamiento, de los potenciales efectos adversos del mismo, etc.) y mayor cumplimiento del tratamiento.³⁸

Para autores como Crespo, los factores que aparecen como determinantes de la adherencia terapéutica, hasta el momento se han perfilado en cuatro grandes apartados: características de la enfermedad, interacción con el profesional sanitario, características del régimen terapéutico y variables psicológicas y sociales del paciente.^{39, 40} En relación a este último aspecto, en las últimas décadas desde el campo de la Psicología de la Salud se ha producido un creciente interés por los comportamientos relacionados con la salud, dando lugar al desarrollo de modelos explicativos que tratan de delimitar las variables psicológicas que regulan la aparición y mantenimiento de conductas de adhesión terapéutica. En este sentido, distintos estudios han encontrado relaciones positivas entre adherencia terapéutica en diferentes áreas de salud y creencias relacionadas con la salud, expectativas, actitudes, apoyo social, factores relacionados con la memoria, etc.³⁹

Las teorías agrupadas en el concepto de creencias en salud establecen que el núcleo principal que lleva al paciente a cumplir o no un determinado tratamiento prescrito están en relación con su percepción de su propio nivel de salud (limitación funcional, gravedad, etc.), los conocimientos de los riesgos potenciales del proceso padecido, los conocimientos de las consecuencias de seguir o no la prescripción pautada y las dificultades encontradas en el seguimiento del mismo.³⁸

La teoría cognoscitiva se fundamenta en el principio de que muchos de los incumplimientos son de carácter involuntario, ya sea por no haber comprendido las instrucciones recibidas, por no recordarlas o por haber olvidado el tratamiento.

Probablemente la combinación de ambas teorías nos permita acercarnos al verdadero origen del incumplimiento, existiendo una parte de incumplimiento cognitivo (involuntario) y una parte voluntario en relación con sus creencias en salud. Pero independientemente de las connotaciones teóricas, un dato irrefutable es que el paciente tiene la decisión final de decidir qué medicamentos toma, cuándo, en qué dosis y cómo los toma y durante cuánto tiempo.³⁸

En definitiva, el incumplimiento del tratamiento farmacológico es la causa del fracaso de muchos tratamientos y conlleva serios problemas en calidad de vida, costes para el sistema de salud y, sobre todo, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos.⁴¹ Esto va a provocar múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incumplimiento de la mortalidad o morbilidad observada en los pacientes no cumplidores. Existe una asociación clara y directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados de salud.²⁷

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública. Es necesario, por tanto, asumir esta responsabilidad hacia los pacientes y aplicar todo el potencial profesional para intentar corregir la falta de adherencia a los tratamientos.⁴²

Para ello, se han desarrollado una serie de estrategias. En España, algunos autores han hecho una revisión acerca de las estrategias para mejorar el cumplimiento, y han propuesto, para el caso particular de la hipertensión arterial, los siguientes grupos:

- a) estrategias para mejorar los conocimientos y actitudes del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento;
- b) estrategias para evitar los olvidos en la toma de medicación;
- c) estrategias de actuación ante los efectos adversos de la medicación;
- d) estrategias para combatir las barreras de soporte social, familiar y sanitario; y concluyen que la mejor estrategia es una combinación de todas ellas.⁴⁰

Por otro lado, autores como Coca (2006) dicen que la mejor forma de mejorar el cumplimiento es concienciar al paciente, implicándolo a él y a su familia en el control de su enfermedad. Lo ideal es entregar soporte escrito al paciente sobre su situación, objetivos a alcanzar y las recomendaciones terapéuticas.¹⁸

Para Pastor Climente et al. (2007) la adherencia mejora mediante una conversación con el paciente donde se da información sobre su medicación y su enfermedad se le ofrece apoyo y supervisión, y mediante actuaciones que faciliten la adherencia.⁴³

Las técnicas educativas pretenden modificar actitudes y conductas para adquirir pautas de comportamiento beneficiosas para su salud. El conocimiento del paciente de su enfermedad y la terapéutica puede favorecer la adherencia a largo plazo, aunque no es suficiente. Además, estas intervenciones se agotan con el tiempo y deben reiterarse.

1.2 ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

1.2.1 Estudios sobre hábitos en Hipertensión Arterial

Diversos estudios se han llevado a cabo para conocer cuál es el estilo de vida de los pacientes con hipertensión y así poder clarificar que aspectos constituyen factores de riesgo.

Uno de los aspectos fundamentalmente estudiados ha sido la alimentación. Según Coll de Tuero (2007) la dieta mediterránea basada en el consumo frecuente de cereales, frutas, verduras y vegetales, frutos secos, pescado, lácteos y aceite de oliva con una ingesta escasa de carne y grasas, se relaciona con un riesgo inferior de ser hipertenso y con una mayor probabilidad de tener un buen control de la HTA.⁴⁴

Otros estudios, como el de la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) han demostrado que este tipo de alimentación tiene un impacto positivo para los pacientes.⁴⁵

Sin embargo este tipo de dietas se encuentra lejos de convertirse en una realidad, ya que los estudios indican que un gran número de pacientes hipertensos no llevan a cabo las pautas alimenticias recomendadas.

En un estudio llevado a cabo por Jiménez Ortega en 2008, se observó que los pacientes presentaron un consumo excesivo de sal y grasa animal para un 72% y 70% respectivamente; se observó con menor frecuencia la ingestión de grasa vegetal y vegetales más de 5 veces por semanas con un 30% y 20%; siendo repetitiva estas dietas en los pacientes.⁴⁶

Por otro lado, Zorrilla en 2010, constató que un gran porcentaje de pacientes hipertensos encuestados no consumían la dieta adecuada (53%), algunos la consumen a veces (33%) cuando pueden adquirirla y muy pocos lograban seguir una dieta adecuada a su condición de hipertensión arterial.⁴⁷

Otro factor que ha demostrado ejercer una gran influencia sobre la hipertensión es el ejercicio físico.

Según Beunza en 2007, bajos niveles de actividad física se asocian a un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial. Es por ello que en las guías de prevención primaria y de tratamiento de la hipertensión, se incluye el ejercicio físico.⁴⁸

Los estudios epidemiológicos sugieren que la relación entre la conducta sedentaria y la hipertensión es tan fuerte que la Fundación Nacional del Corazón; la Organización Mundial de la Salud; la Sociedad Internacional de Hipertensión; el Comité Nacional de los Estados Unidos sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial; y el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) han recomendado aumentar la actividad física como una intervención de primera línea para la prevención y el tratamiento de pacientes con hipertensión.⁴⁹

Estudios recientes han sugerido una posible asociación entre sedentarismo (medido generalmente como horas de televisión) y niveles tensionales.⁴⁸

El estudio Natural History of Nicotin Dependence in Teens (NDIT) de la Universidad de McGill, hizo un seguimiento en 2006 de 1.267 adolescentes canadienses durante 5 años. Los resultados mostraron una asociación entre sedentarismo, medido como la suma de horas de uso de TV, juegos de ordenador y uso de Internet, y niveles más elevados de TAS.⁵⁰

Según Fabregues en 2005, estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte asociación entre el sedentarismo y la aparición de enfermedad coronaria; demostrando también el beneficio de caminar todos los días. Un plan de actividad física disminuye la presión arterial en un promedio de 10 mm de mercurio.⁵¹

García Delgado et al. en 2008, indican que las intervenciones en las que se incluye la actividad física como factor terapéutico han logrado reducciones de las cifras tensionales que varían entre 5 y 21 mmHg.⁵²

En el estudio llevado a cabo por Zorrilla en 2010, se observó que sólo el 20% de los pacientes realizaban algunas veces ejercicio físico, mientras que el 80 % no realizaba ninguna actividad.⁴⁷

Sin embargo, este ejercicio físico debe ser moderado, ya que diversos estudios han demostrado el efecto perjudicial que puede tener una actividad física en exceso.

En un estudio basado en una población de hombres normotensos de mediana edad, Miyai et al. encontraron un riesgo tres veces superior a padecer hipertensión en aquellos que realizaban un ejercicio físico desproporcionado.⁵³

Otro de los aspectos asociados a la hipertensión es el tabaco. El tabaquismo aumenta 10 veces la posibilidad de desarrollar un infarto de miocardio.⁵¹

Simsolo plantea que la nicotina del tabaco aspirada produce un incremento pasajero de la TA, pues tiene un efecto vasopresor a través de la descarga de catecolaminas. Su efecto dura a lo sumo 2 h, y se ha comprobado que en los fumadores el incremento de la TA puede ser desde 8 a 66 mm Hg.⁵⁴

En el estudio de Jiménez Ortega (2008), encontramos que el 74% de los pacientes hipertensos tenían el hábito de fumar.⁴⁶ Por otro lado, Zorrilla constató que el 20% de los usuarios fumaban y el 80% no.⁴⁷

Por último como factor importante, también se encuentra el alcohol. Núñez Córdoba et al. (2009) indican que existe un incremento del riesgo de hipertensión arterial asociado al consumo de alcohol.⁵⁵

Jiménez Ortega observó que un 58% de los hipertensos consumían alcohol de forma habitual.⁴⁶ Mientras que Zorrilla encontró que el 60% de su muestra refería no tomar alcohol frente a un 40% que afirmaba consumirlo.⁴⁷

1.2.2 Estudios sobre creencias en Hipertensión Arterial

Uno de los primeros trabajos llevados a cabo sobre la mejora del cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos fue llevado a cabo por Inui y colaboradores en 1976.⁵⁶ En esta investigación se desarrolló un modelo dirigido a los médicos que trataban a pacientes hipertensos. Sesenta y dos médicos participaron en las observaciones de las actitudes y comportamientos de los pacientes antes y después de la intervención. Los médicos utilizaron estrategias para el cumplimiento terapéutico basadas en el Modelo de Creencias de Salud (MCS). Para ello, hicieron hincapié en la gravedad de la enfermedad, la susceptibilidad a las complicaciones, la eficacia de la terapia, etc. La naturaleza compleja de este estudio crea por lo menos dos problemas en la interpretación de los resultados.⁵⁷

Un año después, se llevó a cabo una investigación donde se entrevistaron a 132 pacientes sobre las siguientes medidas de adhesión: medicamentos prescritos, capacidad de seguir las recomendaciones dietéticas y las medidas derivadas de los médicos. La mayoría de los pacientes habían sido diagnosticados hace más de 5 años y casi la mitad estaban tomando tres o más medicamentos. Además, el 44% fueron sometidos a dieta (sobre todo para la reducción de sal), y el 37% estaban en programas de pérdida de peso. La limitación de este artículo es que no proporciona información detallada sobre los criterios que emplearon para determinar el cumplimiento.⁵⁷

Otro estudio fue el llevado a cabo por Nelson et al en 1978. Para evaluar la adherencia a la medicación, se les preguntó a los sujetos por las dosis que no habían tomado en los últimos 28 días. Se definieron como cumplidores aquellos que refirieron que habían tomado todas las dosis, mientras que todos los demás fueron etiquetados como no cumplidores. El estudio se llevó a cabo durante 12 meses.⁵⁹

James, también en 1978, en un estudio en Jamaica, encontró que las creencias de los pacientes hipertensos y la falta del conocimiento junto con otros factores influyeron en su respuesta al tratamiento.⁶⁰

Taylor et al. en 1979, llevaron a cabo un estudio aleatorio sobre el tratamiento de la hipertensión en un grupo de trabajadores. Para ello valoraron las creencias en salud antes del diagnóstico de hipertensión, y seis y doce meses después del tratamiento.⁶¹ Un problema de este estudio es que en los investigadores no ofrecen la información necesaria para evaluar la validez de sus hallazgos de forma interna y externa. Por ejemplo, no se ofrecen datos sobre las características sociodemográficas (por ejemplo, edad, ingresos, educación, origen étnico).⁵⁷

En 1991, Whetstone y Reid exploraron las percepciones de los hombres y las mujeres de una población rural en el centro de Missouri para superar los obstáculos que presentaba el tratamiento de la hipertensión.⁶⁰

En otro estudio llevado a cabo por Grant y Hezekiah en 1996, el 68% de los pacientes carecían de conocimientos sobre los factores predisponentes para la hipertensión. El estrés, otros problemas de salud y el consumo de alimentos salados fueron identificados como factores de riesgo que predisponen a la hipertensión. No fueron mencionados el ejercicio físico, el peso corporal o el colesterol. Además, el 35% de los encuestados creían que la hipertensión era una enfermedad de la mediana edad, por lo tanto, no sentían una amenaza inmediata. Estos factores apoyan la conclusión de que los encuestados más viejos tenían un mayor conocimiento de la hipertensión que los encuestados más jóvenes.⁶⁰

En 1998, Aubert et al. realizaron un estudio sobre los conocimientos y actitudes de los pacientes hipertensos. Una alta proporción de los participantes mostraron buenos conocimientos básicos sobre la hipertensión. Por ejemplo, el 96% sabía que la sal y la obesidad se asociaba con la hipertensión y que la hipertensión se asociaba con la aparición de enfermedades cardiovasculares. El beneficio del ejercicio físico sobre la presión arterial también fue reconocido, aunque con menor frecuencia (79% de los participantes).⁶²

Crespo Tejero et al. llevaron a cabo un análisis de los factores implicados en la falta de adherencia farmacológica en la hipertensión. Los resultados encontrados mostraron el olvido y los efectos secundarios como las principales causas de mal cumplimiento. Sin embargo, aparecieron otras variables relevantes como la falta de síntomas de la enfermedad, la falta de amenaza percibida con respecto a la misma, las bajas expectativas en el resultado de la medicación o la actitud negativa hacia el consumo de fármacos.³⁹

Schoenberg y Drew en 2002, hicieron el estudio más exhaustivo sobre los síntomas en hipertensión. Cada participante fue entrevistado a lo largo de cinco sesiones, durante las cuales se exploraron las creencias sobre los síntomas. Los participantes describieron un mínimo de tres y un promedio de siete síntomas diferentes asociados con la presión arterial alta. En todos los estudios, el dolor de cabeza, fue identificado como uno de los síntomas más comunes y se creía que eran causados por el estrés o los alimentos grasos.⁶³

Roig Tortajada y colaboradores⁶⁴, llevaron a cabo un estudio, centrado en esta ocasión, en las creencias de los familiares o cuidadores sobre el enfermo cardiológico. El 85% de los encuestados sabía definir la enfermedad de su familiar, en opinión de la enfermera entrevistadora. En relación a la dieta, aunque el 72% de los familiares opinaban que el enfermo seguía una dieta buena, una vez indagado el tipo de alimentación, se vio que en el 83% de los casos la dieta era grasa. Esta discrepancia es un indicador del desfase entre la realidad percibida y la realidad actuada.

Por otro lado, Ross, Walker y McLeod hicieron una investigación para describir las creencias de los pacientes sobre la hipertensión. Como resultados, obtuvieron que los pacientes pensaban que la causa de la hipertensión era psicológica o relacionada con factores de riesgo como el tabaquismo y la obesidad.⁶⁵

En 2005, Acosta González et al. en un estudio llevado a cabo obtuvieron que la mitad de los pacientes hipertensos encuestados no realizaron buenas prácticas en salud. La información recibida para el tratamiento fue insuficiente así como pobreza en la educación colectiva.⁶⁶

Un año después, en 2006, Granados Gámez et al, publicaron un artículo sobre las creencias y conductas de corrección de los pacientes hipertensos. En dicho artículo, se refleja que pocos pacientes manifestaron haber sido informados sobre las causas de la HTA (el 34,5%), y de ellos sólo el 20,3% habían recibido esa información de profesionales de la salud. Los datos indican una alarmante falta de correspondencia entre lo que creen que debían hacer y lo que realmente hacían y casi la mitad de los pacientes informaron no saber qué pautas seguir, mientras que, en realidad, sí informaron haber emprendido acciones concretas para bajar su TA cuando la creían alta.⁶⁷

Maguire, Hugues y McElnay en 2008 exploraron el impacto de las creencias sobre la adherencia terapéutica, encontrando que la mayoría (93%) de los pacientes encuestados reportaron fuertes creencias en la necesidad de la medicación. Sin embargo, un tercio de los participantes (35%) tenían una gran preocupación por los posibles efectos adversos de su medicación.⁶⁸

1.3 BASES TEÓRICAS

1.3.1 El Modelo de Conducta de Enfermedad.

En los últimos años, se han realizado numerosos intentos con el objetivo de establecer patrones de respuesta de las distintas situaciones del enfermar. El concepto de Conducta de Enfermedad ha resultado uno de los instrumentos más fructíferos en este empeño.⁶⁹

- Concepto de Conducta de Enfermedad.

El desarrollo de la Conducta de Enfermedad arranca con la obra del sociólogo T. Parsons y su concepto de “rol de enfermo”. Pero el auténtico fundador de esta línea de trabajo fue Mechanic; que fue desarrollada posteriormente por Pilowsky.

Mechanic, partió de diversos datos que mostraban que el hecho de acudir al médico no es una respuesta automática ante el padecimiento de una enfermedad. Así, es muy frecuente que personas enfermas no acudan a los servicios sanitarios, o que individuos

sanos sí recurran a estos. Además, parece existir cierta relación entre la vivencia de estrés y la decisión de acudir a un profesional, lo que refleja la influencia de factores extra-médicos en la decisión de acudir a los centros sanitarios.⁷⁰

En su concepción inicial por conducta de enfermedad el autor se refirió a las formas en las que síntomas dados pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados, y provocar una actuación (o no actuación) en diferentes tipos de personas.⁷¹

De acuerdo a Mechanic *“la conducta de enfermedad implica la manera en la que una persona atiende y controla su cuerpo, define e interpreta sus síntomas, actúa para buscarles remedio y utiliza las variadas posibilidades de ayuda de las que potencialmente dispone. Igualmente, la conducta de enfermedad implica la forma en la que una persona atiende y responde a los síntomas y a sus cambios a lo largo del trastorno, y la manera en la que todo ello afecta a sus comportamiento y responde al tratamiento”*.⁷¹

En la siguiente figura podemos ver el modelo comprensivo de conducta de enfermedad que muestra la secuencia de interacciones que desembocan en uno u otro tipo de conductas de enfermedad.⁷¹

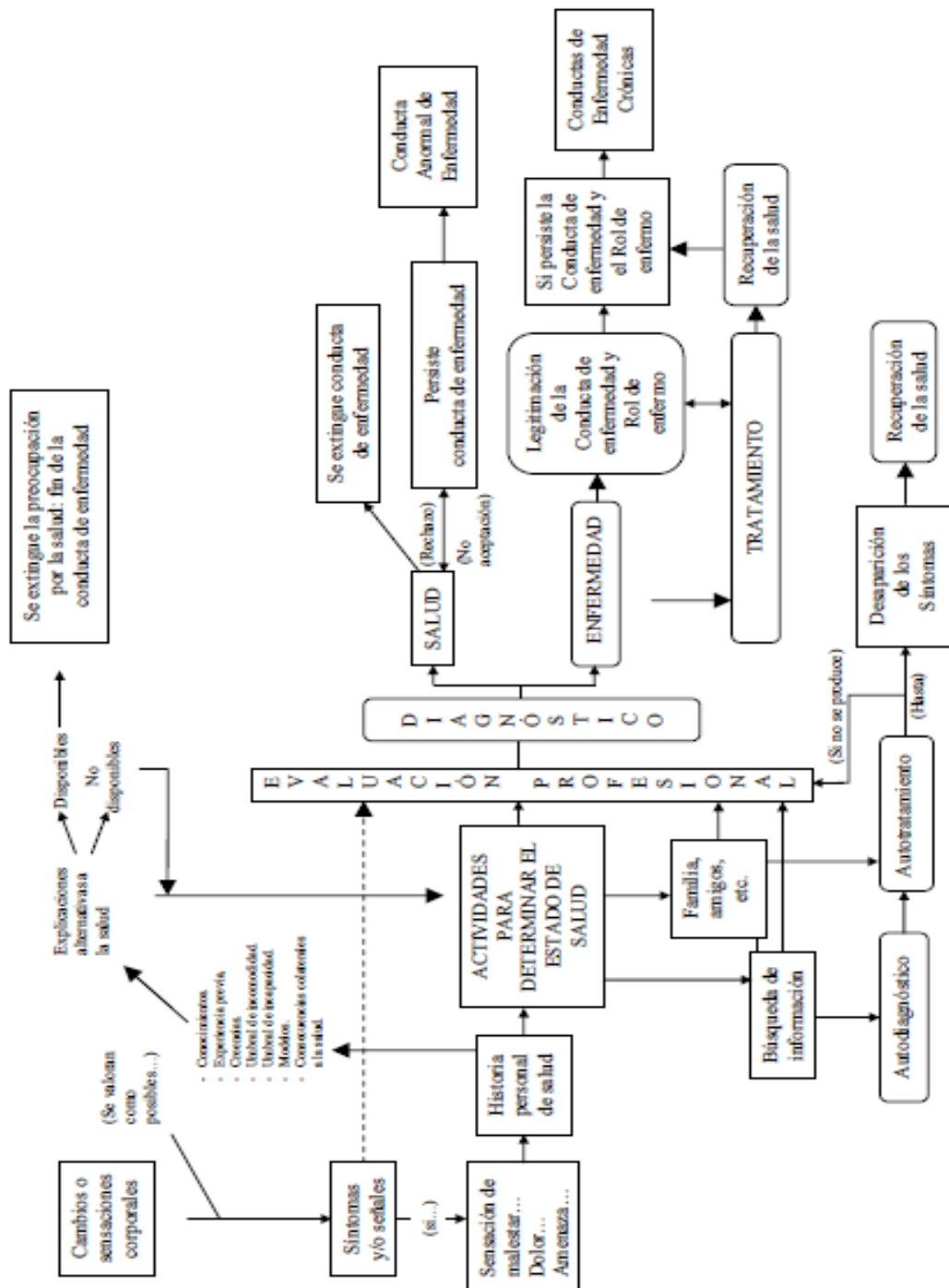


Figura 1. Modelo comprensivo de conducta de enfermedad que muestra la posible secuencia de interacciones que desembocan en uno u otro tipo de conducta de enfermedad

Siguiendo al autor la Conducta de Enfermedad podía ser conceptualizada de cuatro maneras:

1. Como una disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad.
2. Como el resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el ámbito del enfermar, que van a determinar el significado proporcionado a éste.
3. Como una consecuencia de la organización y estructura del sistema sanitario en cuanto a determinantes de la respuesta del enfermo.
4. Como el resultado de un proceso de atribución en torno a la salud-enfermedad.⁷⁰

Por último, la forma en que ha sido utilizado el concepto de Conducta de Enfermedad ha sido doble:

1. Establecer patrones generales de conducta de enfermedad, buscando elementos comunes a individuos que sufren patologías diversas. Así, algunos autores estudiaron un heterogéneo grupo de enfermos e identificaron tres patrones de conducta anormal de enfermedad: hipocondríaco, de conversión y distímico. Por otro lado, otro autor plantea que las conductas de enfermedad podrían ser de al menos cuatro tipos: en enfermedades cotidianas, en enfermedades agudas, en enfermedades crónicas y en urgencias.
2. Identificar patrones psicosociales en enfermedades concretas.⁶⁹

- **Concepto de Conductas de Enfermedad Crónicas.**

Como hemos comentado anteriormente, Alonzo en 1980 plantea que las conductas de enfermedad podrían ser de cuatro tipos, entre las que destacan las enfermedades crónicas, y en la que por tanto incluimos la hipertensión.

El término conductas de enfermedad crónicas describe las diversas quejas, informes de dolor y conductas de enfermedad que resultan refractarias al empleo de tratamiento biomédicos habituales para el trastorno del que se trate. Se aplica a casos en los que se presenta una incapacidad desproporcionada para los déficits o alteraciones orgánicas presentes, de modo que supone la representación total del rol de una persona

severamente enferma, con una continua búsqueda y demanda de cuidados dirigida a los médicos, la familia y los amigos. Comportamientos como las protestas de desamparo, demandas de ayuda, amenazas si no es atendido, hostilidad y excesivas quejas, aparecen como los componentes de este tipo de casos.⁷¹

Posteriormente otros autores,⁷¹ identificaron ocho conductas coexistentes como parte del patrón de conductas de enfermedad crónicas, que son:

1. Demandas de cuidado y atención.
2. Manifiesto de indefensión.
3. Excesivo cumplimiento de cualquier tratamiento.
4. Hostilidad velada.
5. Amenazas de daño.
6. Argumentación (discusión) contra los puntos de vista contrarios.
7. Desacuerdo con los profesionales que tratan el problema.
8. Insensatez.

- **Conducta Anormal de Enfermedad**

Frente a la dispersión del concepto de Conducta de Enfermedad, la obra de I. Pilowsky supone la focalización en un ámbito muy concreto. Intentando superar estas deficiencias, acuñó la expresión “Conducta Anormal de Enfermedad”, a la que definió como *“la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de que el médico (u otros agentes sociales adecuados) haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado del tratamiento que debe ser seguido, con oportunidades para la discusión, negociación y clarificación con el paciente, basándose para ello en la evaluación de todos los parámetros de funcionamiento del sujeto (biológico, psicológico y social) y teniendo en cuenta la edad, y el bagaje educacional y sociocultural del individuo”*.⁷⁰

1.3.2 El Modelo de Creencias de Salud

Durante la década de los años 50, cuatro psicólogos sociales Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock, del Public Health Service estadounidense, desarrollaron la arquitectura y descripción original del MCS.⁷²

En los primeros años, el modelo centrado en la prevención intenta explicar las conductas de salud de los sujetos sanos. Esto es, se centró en el estudio de la conducta de evitación de la enfermedad.⁷³

En 1974 se presentó la primera compilación de evidencias respecto del uso del MCS en la práctica. Se describieron los orígenes, correlaciones teóricas y aplicaciones del modelo con relación a prácticas preventivas, así como sus aplicaciones en el comportamiento durante la enfermedad y el comportamiento de enfermos crónicos.⁷²

Diez años más tarde, Janz y Becker presentaron⁷³ la segunda gran compilación de artículos y análisis de estudios aplicativos del MCS. Se revisaron 46 estudios en los cuales los componentes del MCS fueron relacionados no sólo con comportamientos preventivos en salud, sino también con comportamientos durante la enfermedad (cumplimiento de regímenes médicos para hipertensión, diabetes y enfermedad renal terminal, por ejemplo).⁷² Debieron pasar casi veinte años para que el modelo se aplicase también a las respuestas de los pacientes ante síntomas manifiestos y al cumplimiento de los regímenes médicos prescritos.

EL MCS está influenciado por la teoría del campo social de Kurt Lewin, según la cual el comportamiento de los individuos depende de dos dimensiones:

1. El valor o la valencia que el sujeto atribuye a un resultado.
2. La estimación o la probabilidad subjetiva o evaluación del sujeto sobre la probabilidad que una acción determinada pueda conseguir este resultado.⁷⁴

Sin embargo, otros autores, nos dicen que el MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción.⁷²

- Componentes y dimensiones del MCS

Los componentes básicos del modelo de Creencias de Salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente entre dos variables:

- a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y
- b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.⁷³

Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, podríamos traducirlas en los siguientes términos:

- a) el deseo de evitar la enfermedad (o si está enfermo, de recuperar la salud) y
- b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).⁷³

Según autores como Rosenstock, las dimensiones del modelo serían⁷³:

- La susceptibilidad percibida: Dimensión que valora como los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar. Se refiere a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.
- La severidad percibida: Se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída.
- Los beneficios percibidos: El curso de acción específico de una conducta dependería de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos.
- Las barreras percibidas: Las barreras que se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión.

Lo que se ha definido también como:

- (a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud,
- (b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad,
- (c) percibir la condición como amenazante,
- (d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y
- (e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud.⁷⁵

Por otro lado, se refiere que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.⁷²

Los constructos denominados factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico. Otras variables o constructos teóricos potenciales fueron descartados por la dificultad de aplicarlos, aunque otros —como el de autoeficacia— fueron asimilados y validados a lo largo del tiempo, de tal modo que desembocaron en la formulación de modelos y teorías específicas.⁷²

Paralelamente, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de claves para la acción. En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser internas (por ejemplo síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.).⁷³

- **Análisis Crítico del MCS**

La cada vez mayor abstracción y la progresiva descontextualización del modelo ha resultado una creciente colección de críticas al mismo. Ha sido señalado por varios autores que uno de los principales problemas tal vez sea el excesivo énfasis sobre variables cognitivas sin atender a otro tipo de variables tan importantes o más, a la hora de determinar y explicar el comportamiento humano. Otra cuestión a tener en cuenta es la modesta capacidad predictiva del Modelo, de modo que las creencias acerca de las conductas de salud no resultan predictivas del comportamiento real relacionado con la salud que finalmente desarrolla el sujeto.⁷³

1.3.3 Otros modelos o teorías.

Además de estos modelos, existen otras teorías que intentan dar explicación al comportamiento de los pacientes frente a la enfermedad y su tratamiento.

Las creencias en salud reiteradamente aparecen como antecedente, eje o aporte de la mayoría de las propuestas descritas en la literatura. Entre las propuestas teóricas más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud están la de creencias, la teoría sociocognitiva, de acción razonada y comportamiento planeado, el transteórico de etapas de cambio y de locus de control en salud.⁷²

Otra teoría utilizada es la teoría del comportamiento planificado, la cual, describe la acción como algo secundario a la intención.

Por otro lado, el modelo de autorregulación ha demostrado ser un modelo útil en la evaluación de creencias específicas de salud y cómo influyen estas creencias en las conductas de adherencia de los pacientes a la medicación.

El modelo de autorregulación propone que la el comportamiento en salud está fuertemente influenciado por las ideas en torno a ciertos temas (llamados representaciones de la enfermedad).

Hay cinco temas: identidad o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad, ideas del paciente acerca de las causas de la enfermedad, curso o percepciones de la duración probable de sus problemas de salud, consecuencias o creencias acerca de la severidad y el impacto de la enfermedad y creencias de cura/control.⁷⁶

También encontramos la teoría social cognitiva de Bandura⁷⁴, la cual, es una de las teorías más conocidas orientada sobre el sentimiento de auto-eficacia. Según el autor el comportamiento de un paciente obedece a dos tipos de creencias: el primero, las creencias en la eficacia del comportamiento, hace referencia a los resultados que conlleva un comportamiento dado; y el segundo concierne a las creencias en la eficacia personal o la confianza de poder adoptar con éxito el comportamiento deseado.

1.3.4 Creencias en Hipertensión Arterial

La Enciclopedia Británica, de acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española, define creencias como la actitud mental que acepta una propuesta a la que le falta el completo conocimiento intelectual que es necesario para garantizar su exactitud y certeza.⁷⁷

La presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la TA en pacientes hipertensos y su empleo como indicadores de la TA y reguladores de la toma de medicación fue informada inicialmente por tres estudios que confirmaron la presencia de falsas creencias en pacientes hipertensos así como su aparente consolidación con la experiencia como enfermos crónicos y su empleo para estimar los niveles de TA y regular la toma de medicación, y otros dos estudios posteriores han mostrado como una amplia mayoría de los pacientes manifiestan percibir “síntomas” que “señalan” su nivel de TA y que utilizan como guía para la toma de su medicación, a pesar de haber sido instruidos por el personal sanitario acerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad.⁷⁸

Los estudios que han explorado la tipología de síntomas que los pacientes asocian a la HTA han encontrado síntomas tales como cefaleas al despertar, sensación de cansancio, visión borrosa, palpitaciones, nicturia, inestabilidad, mareos, nerviosismo, sequedad de boca, sentirse deprimido, problemas sexuales y deterioro cognitivo, tanto en pacientes en tratamiento con antihipertensivos como en pacientes no tratados.⁷⁹

Su función de falsos síntomas ha quedado contrastada por numerosos estudios que han comprobado la falta de relación entre la presencia (informe) de síntomas y la TA elevada.⁶⁷ De todas las funciones posibles que los falsos síntomas estén desempeñando, cobra especial interés la relativa a su papel como elemento debilitante u obstaculizador de la adherencia al tratamiento.⁷⁸

1.4 PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

En resumen, y haciendo mención a lo anteriormente comentado, podemos decir que la Hipertensión Arterial constituye hoy día una de las enfermedades con mayor prevalencia en nuestra población, sin embargo solo la mitad de la población son conscientes de que la padecen. La falta de adherencia debido al carácter asintomático de la enfermedad es uno de los principales problemas con los que nos enfrentamos los profesionales sanitarios. Los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80%, si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50%.

Además de la falta de síntomas, los pacientes tienen creencias asociadas a su enfermedad que pueden dificultar su cumplimiento terapéutico, como hemos podido observar en la bibliografía presentada. Diversos estudios ^{74,76,78,79} han puesto de manifiesto la influencia que ejercen las creencias de los pacientes hipertensos sobre el control de su enfermedad.

El presente estudio toma como referencia el marco teórico expuesto inicialmente, y los datos aportados por los estudios que se presenta a lo largo de este trabajo.

Una vez conocida la repercusión que sobre la salud tiene la enfermedad Hipertensiva y valorada la importancia, tanto del estilo de vida en el mantenimiento de la salud, como la implicación de las creencias de los pacientes en la adherencia terapéutica; el presente trabajo se circunscribe en la línea de los estudios que abordan este fenómeno y pretende explorar cuales son los hábitos de vida de los pacientes hipertensos, así como sus creencias acerca de la salud y de la enfermedad; como un intento de avanzar en el conocimiento que pueda integrarse en la praxis diaria de los profesionales de enfermería

1.4.1 Objetivos

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Conocer los hábitos de vida de los pacientes hipertensos.
2. Describir las creencias de los pacientes hipertensos sobre la salud y su enfermedad.

2. METODOLOGÍA

2.1 Sujetos

El estudio está constituido por una muestra de 100 pacientes hipertensos que pertenecen a los centros de salud de Roquetas de Mar Norte, Alcazaba, La Cañada y Viator de la provincia de Almería.

La muestra fue seleccionada usando un muestreo por conveniencia formada por sujetos que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años
- Pertenecer al programa de crónicos de HTA del centro de salud correspondiente.
- No tener trastornos graves que puedan enmascarar los resultados.

El estudio se realizó desde marzo de 2010 a mayo de 2011.

2.2 Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal⁸⁰, para obtener información sobre los hábitos de vida y las creencias que tienen los pacientes con hipertensión arterial sobre su enfermedad.

2.3 Instrumentos y medidas

La recogida de datos se llevó a cabo para cada paciente en un formato de entrevista estructurada en base a las preguntas pertenecientes al Cuestionario de Hábitos y Creencias en Hipertensión Arterial (HCH-01) constituido por 28 preguntas. (Ver anexo 1). Este cuestionario forma parte del proyecto de investigación de “Formación de Falsas Creencias en Síntomas e Hipertensión Arterial, impacto sobre el Cumplimiento terapéutico e Intervención Psicológica” llevado a cabo por el grupo de investigación, multidisciplinar, HUM 581 de la Universidad de Almería, del cual formo parte, y que posteriormente servirá para el desarrollo de mi tesis doctoral.

- Variables

A continuación se describen las variables en base a la información recogida a través del cuestionario utilizando la metodología empleada por investigadores en estudios previos⁸¹.

- Perfil de riesgo básico general: Es el comportamiento de riesgo que presenta cada sujeto respecto a los hábitos básicos de salud, específicamente a los que se refieren a la alimentación; la actividad física; el consumo de alcohol, tabaco y café, y el control emocional. El perfil de riesgo básico se estableció en una escala de 0 a 15 puntos, de tal forma que cuanto más baja es la puntuación menor riesgo presenta el paciente.⁸¹

Tabla 4. Perfil de riesgo básico general

Perfil de riesgo básico general	
Puntuación	Resultado
0	Ausencia de patrones conductuales de riesgo
1→15	Progresivamente presencia de hábitos no saludables

Estas puntuaciones se clasificaron en tres niveles de riesgo, como se puede observar en la tabla 5.

Tabla 5. Perfil de riesgo básico general distribuido en niveles.

Perfil de riesgo básico general distribuido en niveles	
0 a 4	Nivel de riesgo bajo
5 a 9	Nivel de riesgo medio
10 a 15	Nivel de alto riesgo

El perfil de riesgo básico se deduce de la puntuación obtenida en alimentación; actividad física; consumo de alcohol, tabaco y café; y control emocional. La alimentación ha sido catalogada de forma dicotómica (0= Adecuado y 1= Inadecuado) en base a) Consumo de verduras y ensaladas, considerando como inadecuado menos de 3-4 veces por semana; b) Consumo de carnes y pescados, considerando inadecuado menos de 1-2 veces por semana; c) Frutas, hortalizas y legumbres, considerando inadecuado menos de 3-4 veces por semana; y por último d) el consumo de leche, considerando inadecuado menos de 3-4 veces por semana.⁸²

Por otro lado, la actividad física se analizó en referencia a 3 aspectos igualmente valorados de forma dicotómica (0= Adecuado y 1= Inadecuado): a) La actividad física, considerando inadecuado una frecuencia inferior a 3-4 veces por semana; b) tiempo diario de televisión, considerando adecuado un máximo de dos horas diarias y c) hábitos de descanso, evaluando como adecuado un mínimo de 7-9 horas diarias.⁸¹

El consumo de alcohol, tabaco y café también se ha catalogado de forma dicotómica (0= Adecuado y 1= Inadecuado). En el caso del alcohol se consideró adecuado la ingestión de bebidas alcohólicas menos de 3 veces a la semana. Para el tabaco, se consideró adecuado no fumar. Por último para el café, se consideró inadecuada una ingesta superior a dos tazas de café/día.⁸³

Para finalizar, el control emocional se catalogó de forma dicotómica en No= 0, y Si=1; considerandose un resultado=0 un perfil de control emocional saludable, y de 1 a 4 un perfil de control emocional en riesgo de forma progresiva.

En la tabla 6 podemos consultar estos perfiles de riesgo y su puntuación.

Tabla 6. Perfil de riesgo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y café; y control emocional.

Hábito	Aspecto evaluado	Puntuación	Resultado
Alimentación	a)Consumo de verduras y ensalada	Adecuado: 0 Inadecuado:1	0: Perfil de alimentación saludable. 1: Perfil de alimentación de riesgo bajo. 2: Perfil de alimentación de riesgo medio. 3-4: Perfil de alimentación de riesgo alto.
	b)Consumo de carnes y pescado	Adecuado: 0 Inadecuado:1	
	c)Frutas, hortalizas y legumbres	Adecuado: 0 Inadecuado:1	
	d)Consumo de leche	Adecuado: 0 Inadecuado:1	
Actividad física	a)Frecuencia de práctica deportiva	Adecuado: 0 Inadecuado:1	0:Perfil de actividad física saludable 1: Perfil de actividad física de riesgo bajo. 2: Perfil de actividad física de riesgo medio. 3: Perfil de actividad física de riesgo alto.
	b)Tiempo de televisión	Adecuado: 0 Inadecuado:1	
	c)Descanso	Adecuado: 0 Inadecuado:1	
Consumo de alcohol, tabaco y café.	a)Alcohol	Adecuado: 0 Inadecuado:1	0: Perfil de consumo saludable 1: Perfil de consumo de riesgo bajo. 2: Perfil de consumo de riesgo medio. 3: Perfil de consumo de riesgo alto.
	b)Tabaco	Adecuado: 0 Inadecuado:1	
	c)Café	Adecuado: 0 Inadecuado:1	
Control emocional	a)Estado de ánimo con altibajos	No: 0 Si: 1	0: Perfil de control emocional saludable 1: Perfil de control emocional de riesgo bajo 2-3: Perfil de control emocional de riesgo medio. 4-5: Perfil de control emocional de riesgo alto.
	b)Desdichado sin motivo	No: 0 Si: 1	
	c)Sentimientos de Culpabilidad	No: 0 Si: 1	
	d) Persona tensa o nerviosa	No: 0 Sí: 1	
	e)Apático y cansado	No: 0 Si: 1	

- Perfil básico de creencias sobre salud y enfermedad: Se utilizó un patrón de creencias sobre la enfermedad que se definió como correcto, incorrecto o impreciso/indefinido y que se puede observar en la siguiente tabla.⁸¹

Tabla 7. Perfil básico de creencias sobre salud y enfermedad.

Creencias	Puntuación	Respuesta
Salud	Correcto	Elegir los ítems correctos-Rechazar los ítems incorrectos.
	Incorrecto	Elegir los ítems incorrectos-Rechazar los ítems correctos.
	Impreciso/Indefinido	Cualquier combinación de ítems correctos e incorrectos.
Enfermedad	Correcto	Elegir los ítems correctos-Rechazar los ítems incorrectos.
	Incorrecto	Elegir los ítems incorrectos-Rechazar los ítems correctos.
	Impreciso/Indefinido	Cualquier combinación de ítems correctos e incorrectos.

2.4 Procedimiento

De forma previa al inicio del estudio, se solicitaron los correspondientes consentimientos en los Centros de Salud donde se iban a llevar a cabo el estudio. Además se contactó con un profesional de enfermería de cada Centro, que voluntariamente quisieron participar como facilitadores clave y que han potenciado el contacto con los pacientes.

La interacción con los pacientes se realizó en el contexto de la consulta de enfermería del Centro de Salud, siendo informados sobre la toma de datos y obteniendo su consentimiento. Los pacientes fueron reclutados al azar entre los pertenecientes a los

centros de salud en los que se llevó a cabo el estudio según los listados de cita diaria y de acuerdo a su decisión de participar en el estudio.

La investigadora se incorporó como profesional de enfermería a las consultas de pacientes crónicos dentro del programa de HTA con el fin de evitar obstaculizar las funciones de los demás profesionales.

La incorporación a los centros fue desde marzo de 2010 hasta mayo de 2011. En la consulta de enfermería se atendía los pacientes crónicos, y aquellos que cumplían los requisitos de inclusión de nuestra investigación eran invitados voluntariamente a participar.

Previamente a la incorporación al grupo de estudio, los pacientes eran informados del objetivo de nuestra investigación y se les pasaba un consentimiento informado, donde quedó patente el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recogida. Posteriormente se les aplicaba el cuestionario entrevista HCH-01 descrito anteriormente, y mediante la aplicación informática DIRAYA y la colaboración del resto de profesionales se anotaba la información pertinente. En todo momento se especificaron a los participantes las cuestiones éticas de confidencialidad e inocuidad del estudio.

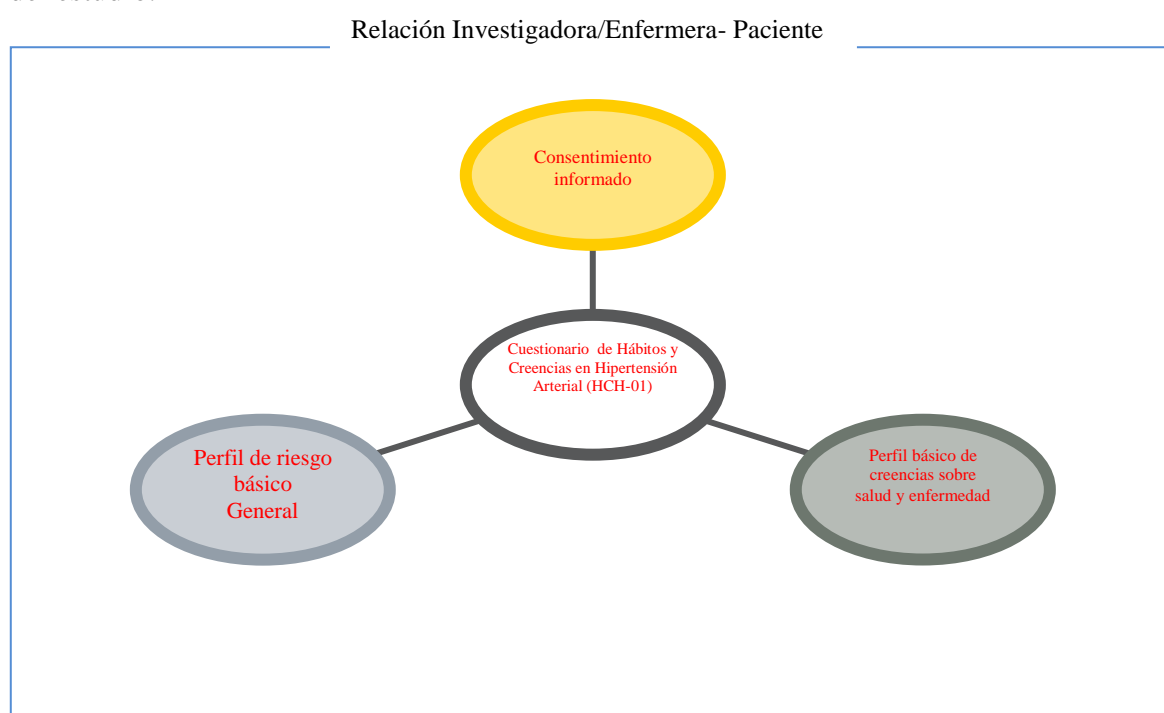


Figura 2. Procedimiento del estudio

2.5 Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS v. 18.0. Para el análisis de los datos se realizó un estadístico descriptivo e inferencial. Hemos utilizado, el test de Kolmogorov -Smirnov, que permite estudiar la normalidad de la distribución de las variables. Para el contraste entre las variables hemos aplicado la prueba de análisis de varianza de un factor (ANOVA).

3. RESULTADOS

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos en el estudio de acuerdo a los objetivos planteados. En primer lugar podemos observar una descripción de la muestra seleccionada teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos.

3.1 Descripción de la muestra

La muestra estaba constituida inicialmente por 107 pacientes de los cuales 7 abandonaron el estudio (5 pacientes por motivos personales y 2 por ingreso hospitalario).

De los 100 pacientes que finalmente constituyeron la muestra, el 55 % eran mujeres (n= 55) y el 45% eran hombres (n= 45). (Figura 3) La edad media de la muestra es de 53, 08 años y la desviación típica de 8,71 años, encontrando a los participantes en un intervalo entre 22 y 65 años.

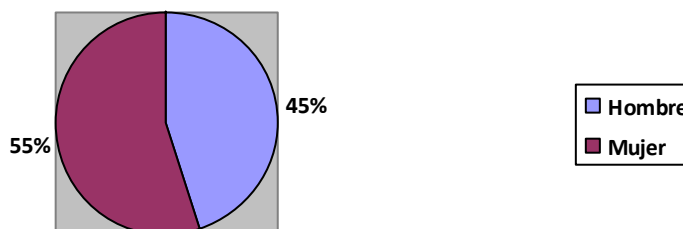


Figura 3. Distribución de sexo

La edad media de los hombres era de 52,16 años con una desviación típica de 9,53; mientras que las mujeres tenían una edad media de 53,84 con una desviación típica de 7,98 años. El grupo de hombres estuvo comprendido en un rango de edad entre 30 y 65 años; por otro lado las mujeres se encontraban en un rango de edad entre 22 y 65 años.

En cuanto al tiempo de diagnóstico de los sujetos, como podemos ver en la tabla 4, encontramos que el 76% (n=76) de los pacientes habían sido diagnosticados como hipertensos hace más de dos años. El 14 % de los pacientes (n= 14) habían sido diagnosticados entre un periodo menor de un año y no superior a dos años. Un 4 % de los sujetos (n=4) hacia más de 6 meses y menos de un año que habían sido diagnosticados; y por último tan solo un 6% (n=6) habían sido diagnosticados como hipertensos hace menos de 6 meses.

Tabla 8. Distribución de la muestra por tiempo de diagnóstico.

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
< 6 meses	6	6
> 6 meses y \leq 1 año	4	4
> 1 año y \leq 2 años	14	14
> 2 años	76	76
Total	100	100

3.2 Resultados sobre hábitos de los pacientes hipertensos.

La siguiente figura 4, muestra los resultados obtenidos en el perfil de riesgo básico de la alimentación, encontrando que el 76% de la muestra tenía un perfil de alimentación saludable, seguido por un 18% con un perfil de alimentación de riesgo bajo. Finalmente encontramos un 5% con un perfil de alimentación de riesgo medio, y sólo un 1% con un perfil de alimentación de riesgo alto.



Figura 4. Distribución de los perfiles de alimentación

La distribución por sexo se muestra en la figura 5. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de alimentación en relación al sexo de los participantes. $F = (1, 98) = 1,768$; $p = 0,187$, ni tampoco en relación a la edad $F = (30,69) = 0,741$; $p = 0,816$.

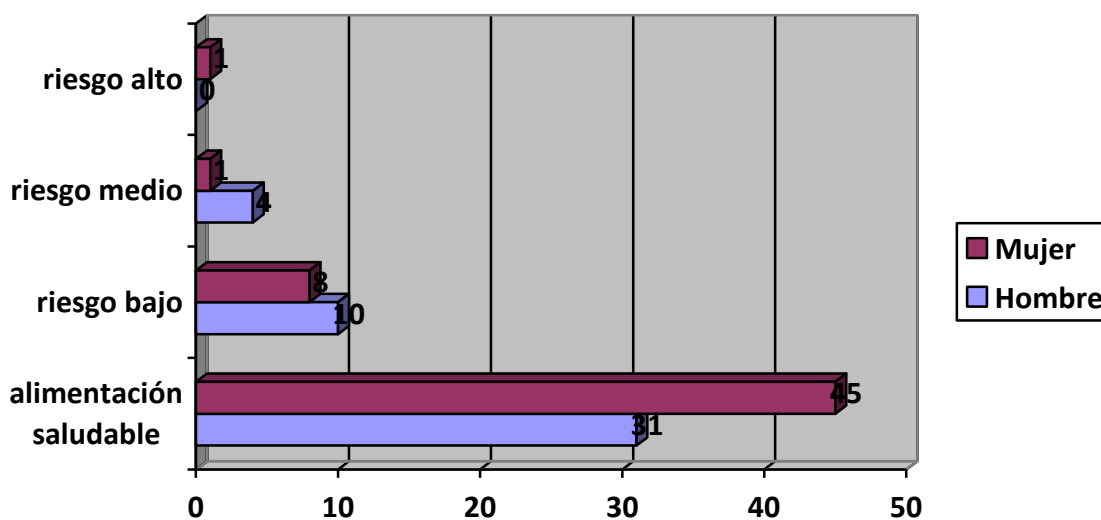


Figura 5. Distribución de los perfiles de alimentación por sexo.

En cuanto a los resultados sobre el perfil de actividad física de los pacientes, que se presentan en la tabla 9, se puede observar que el 15 % de los encuestados informan de una actividad física saludable, el 47% de un riesgo bajo, el 36 % de un riesgo medio, y tan sólo un 2% presentan un perfil de riesgo alto.

Tabla 9. Distribución del perfil de actividad física

Perfil	Frecuencia	Porcentaje
Perfil de actividad física saludable	15	15,0
Perfil de actividad física de riesgo bajo	47	47,0
Perfil de actividad física de riesgo medio	36	36,0
Perfil de actividad física de riesgo alto	2	2,0
Total	100	100,0

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se analiza la actividad física en relación al sexo de los participantes $F = (1,98) = 0,042$; $p = 0,838$ ni respecto a la edad $F = (30,69) = 1,513$; $p = 0,080$.

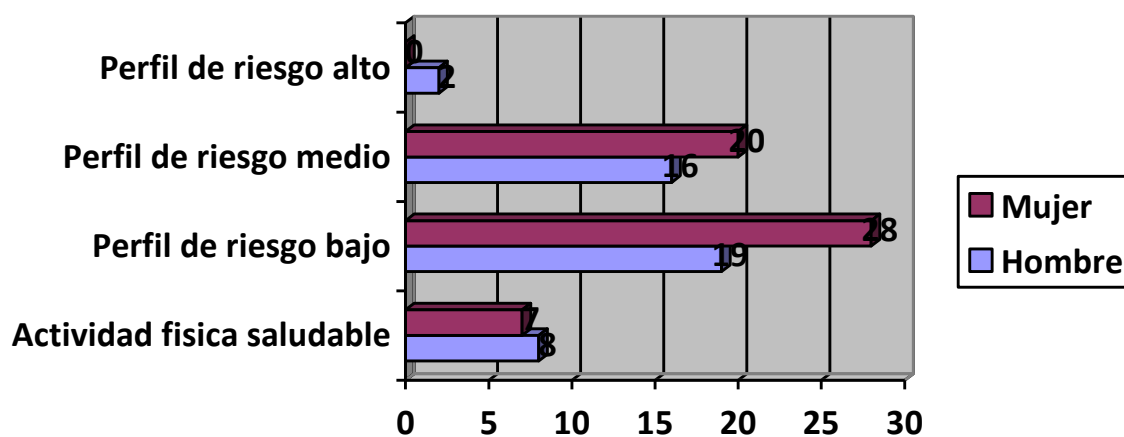


Figura 6. Distribución de los perfiles de actividad física por sexo.

Respecto al consumo de alcohol, tabaco y café, observamos que el 63 % tiene un consumo saludable de estas sustancias; el 24% un consumo de riesgo bajo, el 13% un consumo de riesgo medio, y ningún paciente refirió un consumo de alto riesgo. (ver tabla 10)

Tabla 10. Distribución del perfil de consumo de alcohol, tabaco y café.

	Frecuencia	Porcentaje
Perfil de consumo saludable	63	63,0
Perfil de consumo de riesgo bajo	24	24,0
Perfil de consumo de riesgo medio	13	13,0
Total	100	100,0

Según la prueba de análisis de varianza de un factor existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol, tabaco y café en relación con el sexo .

$F(1,98) = 11,469$; $p = 0,001$ indicando que el perfil de consumo de alcohol, tabaco y café es más alto para los hombres que para las mujeres; y también con respecto a la edad $F(30,69) = 2,382$; $p = 0,002$

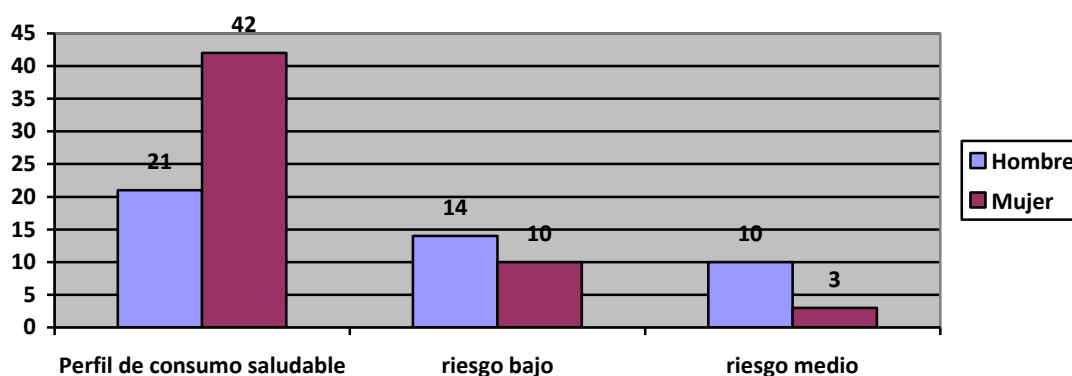


Figura 7. Distribución del perfil de consumo de alcohol, tabaco y café por sexo.

Por último, en la figura 8 se presentan los informes sobre el control emocional, resultando que un 21% de la muestra tiene un perfil de control emocional saludable, un 35% informa de un perfil de control de riesgo bajo y con el mismo valor presentan un control de riesgo medio. Solamente un 9% informan de un perfil de riesgo alto.

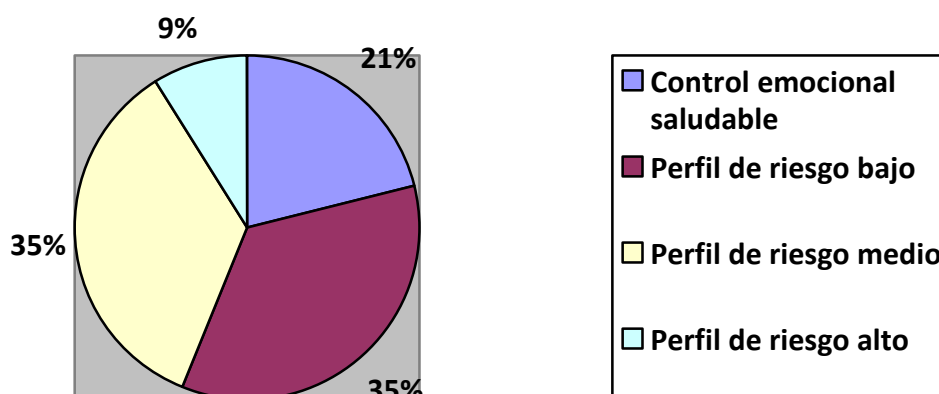


Figura 8. Distribución del perfil de control emocional.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el análisis que relaciona los datos del control emocional con los del sexo $F = (1,98) = 8,059$; $p = 0,006$. Siendo las mujeres las que informan de un perfil de control emocional más alto que los hombres; sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas cuando se realiza este mismo análisis utilizando la variable edad $F = (30,69) = 0,929$; $p = 0,578$

Finalmente, en los resultados sobre el perfil de riesgo básico general, se observa que el 72% de la muestra tiene un perfil de riesgo bajo, mientras que un 28% tiene un perfil de riesgo medio. Ningún paciente se encuentra dentro del perfil de riesgo alto. (ver tabla 11)

Tabla 11. Distribución del perfil de riesgo básico general.

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de riesgo bajo	72	72,0
Nivel de riesgo medio	28	28,0
Total	100	100,0

3.3 Resultados sobre creencias de los pacientes hipertensos sobre salud y enfermedad.

En los resultados hallados de creencias de los pacientes sobre la salud, destacamos que el 40% de los encuestados tiene un patrón correcto de creencias sobre la salud, un 16 % un patrón incorrecto y un 44% un patrón indefinido. (Figura 9)

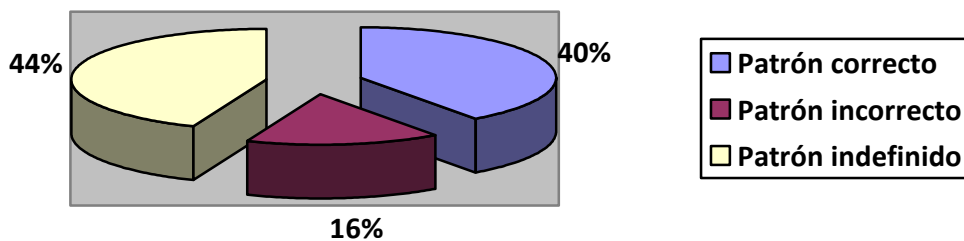


Figura 9. Distribución del patrón de creencias sobre la salud

Respecto al patrón de creencias sobre la enfermedad, podemos observar en la figura 10, que el 29% de los pacientes informa de un patrón de creencias sobre la enfermedad correcto, el 33% un patrón incorrecto y el 38% un patrón indefinido.

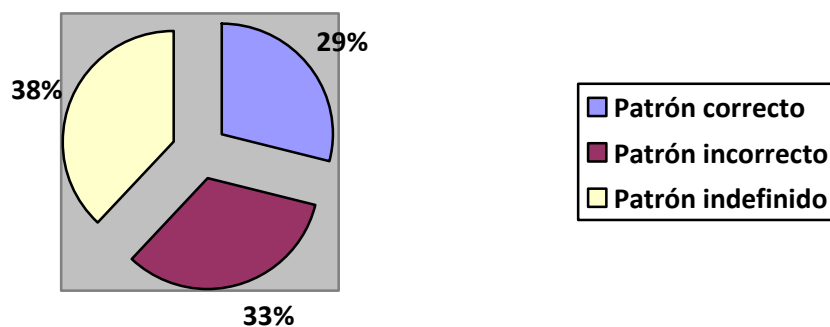


Figura 10. Distribución del patrón de creencias sobre la enfermedad.

Los resultados del análisis de varianza indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las creencias de salud en relación al sexo $F=(1,98)= 0,486$; $p= 0,487$; ni entre las creencias de enfermedad y el sexo $F=(1,98)= 0,228$; $p= 0,634$.

Por otro lado no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las creencias de salud en relación con la edad $F=(30,69)= 1,374$; $p= 0,140$.; ni entre las creencias de enfermedad y la edad $F=(30,69)= 0,849$; $p= 0,684$.

4. DISCUSIÓN

Esta investigación pretende ofrecer datos que permitan comprender aquellas creencias que puedan desarrollar los pacientes hipertensos sobre su enfermedad, así como explorar su estilo de vida. Sin embargo, este estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar la muestra no se distribuyó de forma igualitaria según el tiempo de diagnóstico, lo que ha impedido poder establecer comparaciones entre un grupo y otro con respecto a sus hábitos y creencias. Tampoco hay una distribución equitativa de los sujetos entre las distintas variables. Por otro lado al ser este estudio parte de un proyecto, no se han plasmado todos los datos recogidos, lo que impide poder establecer una visión más global y profunda del problema. No obstante, la discusión de los datos se realiza asumiendo estas consideraciones.

Los resultados hallados en nuestro estudio sobre el perfil de alimentación discrepan sobre los resultados que encontró Zorrilla en su estudio realizado en 2010. Para ella un gran porcentaje de hipertensos, concretamente un 53%, no consumían la dieta adecuada⁴⁷. Sin embargo en nuestro estudio, encontramos que un 76% dicen seguir un patrón de alimentación saludable. Estas discrepancias se pueden deber a las diferencias en el tamaño de la muestra, así como la metodología utilizada.

Por otro lado, atendiendo al patrón de actividad física, podemos observar que el 47% de nuestra muestra tiene un patrón de actividad física de riesgo bajo. Esto se puede deber a la fuerte tendencia al sedentarismo que hoy día existe en nuestra sociedad, y que como

según dice Fabregues, existe una fuerte asociación entre el sedentarismo y la aparición de enfermedad coronaria.⁵¹

Igualmente nuestros resultados difieren de otros estudios llevados a cabo como el de Zorrilla, que indica que sólo el 20% de los pacientes realizaban algunas veces ejercicio físico, mientras que el 80 % no realizaba ninguna actividad⁴⁷. Si bien, en ambas muestras se observa una tendencia al sedentarismo en el paciente hipertenso. Estos resultados avalan los datos obtenidos en otro estudio, que si bien planteados desde otra perspectiva de análisis, indican cómo las intervenciones en las que se incluye la actividad física como factor terapéutico han logrado reducciones de las cifras tensionales que varían entre 5 y 21 mmHg.⁵² y ratifican la importancia del ejercicio en el control de la TA.

Los resultados obtenidos en cuanto al consumo de alcohol, tabaco y café indican que gran parte de los pacientes tienen un consumo saludable de estas sustancias. Estos resultados no son comparables con los obtenidos en otros estudios, ya que se ha tomado como referencia el consumo grupal, y no individual de cada sustancia. Sin embargo es importante poder señalar el hecho de que ningún paciente entrevistado refiera un patrón de consumo de alto riesgo.

En cuanto al control emocional, hemos encontrado que un 35% de la población estudiada tiene un control emocional de riesgo bajo-medio. Esto puede deberse a lo expuesto por los autores⁸⁴ que señalan la existencia de claras indicaciones de que los factores psicológicos como la ansiedad, el stress, la ira, etc, desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión, sea directamente por efectos sobre el sistema cardiovascular o indirectamente por su influencia en los factores conductuales. De hecho, según este estudio⁸⁴ los hipertensos muestran puntuaciones significativamente más altas que los sujetos de la población normal en rasgo de ansiedad y en otras variables exploradas, lo que podría explicar la evidencia de riesgo en el control emocional de algunos sujetos de la muestra de este estudio. Estos datos se circunscriben entre los componentes del modelo de conducta enfermedad según el cual los individuos tienen actuaciones relacionadas con la ansiedad y el estrés y que pueden traducirse en demandas de ayuda, hostilidad, entre otras; que a su vez se relacionan con

los estilos de vida considerados factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad hipertensiva.⁷¹

Cabe también resaltar que los datos acerca del patrón de creencias sobre la salud indican que un 44% de los pacientes tienen un patrón indefinido, lo que supondría el hecho de que los pacientes tienen conocimientos adecuados sobre su enfermedad, pero también tienen ciertas creencias que no son adecuadas. Estos resultados son acordes a los obtenidos por Aubert et al.⁶², los cuales encontraron que los sujetos de su estudio tenían buenos conocimientos básicos sobre la hipertensión, aunque desconocían otros aspectos.

Por último, encontramos que como sucede en el patrón de creencias sobre la salud, en el caso de las creencias sobre la enfermedad, un número elevado de pacientes tienen un patrón indefinido. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio llevado a cabo por Grant y Hezekiah en 1996, ya que los pacientes carecían de conocimientos sobre los factores predisponentes para la hipertensión pero si fueron capaces de identificar ciertos aspectos como factores de riesgo.⁶⁰

5. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, no podemos establecer conclusiones generales, aunque si nos permiten observar de manera global el patrón de hábitos y creencias sobre la hipertensión de una determinada muestra de hipertensos.

Respecto a las conclusiones obtenidas en función de los objetivos, podemos decir lo siguiente:

1. El primer objetivo: Conocer los hábitos de vida de los pacientes hipertensos.
Concluimos que:
 - La mayoría de pacientes tienen un perfil de alimentación saludable.
 - Destaca un perfil de riesgo bajo-medio respecto a la actividad física.
 - Existe un perfil de consumo saludable en la mayoría de los pacientes en referencia al consumo de tabaco, alcohol y café.
 - Hay un perfil de riesgo medio-bajo en el control emocional de los pacientes hipertensos.

- En definitiva, la mayoría de los pacientes encuestados se encuentran en un perfil de riesgo básico general bajo.
2. El segundo objetivo: Describir las creencias de los pacientes hipertensos sobre salud y enfermedad. Podemos decir que:
- La mayoría de los pacientes tienen patrones de creencias sobre la salud y enfermedad indefinidos, es decir, tienen conocimiento de determinados aspectos, pero desconocen otros factores igualmente importantes.

Para concluir este trabajo, y como posibles aspectos a tener en cuenta podríamos decir que en cuanto a la práctica clínica:

1. Son necesarios cursos de formación continuada que permitan a los profesionales de la salud seguir formándose en las nuevas líneas que aparecen sobre la enfermedad de hipertensión.
2. Es importante mantener una óptima relación terapéutica enfermera-paciente porque solo así se podrán detectar las falsas creencias que pueden estar modulando las actuaciones de autocuidado del paciente.
3. Fomentar la formación del paciente, y proporcionarle la información pertinente tanto en el momento del diagnóstico como en el curso de la enfermedad.
4. No realizar acciones puntuales de formación o información que no consiguen obtener los resultados esperados, sino establecer actividades reiteradas en el tiempo que fortalezcan los aspectos aprendidos y que favorezcan la asimilación de la información recibida.
5. El paciente es el principal protagonista en la hipertensión, por lo que todos los esfuerzos deben ir dirigidos a mejorar su relación terapéutica y la adherencia al tratamiento.

Como posibles líneas de investigación futuras podemos decir que:

1. Fomentar la investigación sobre la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, ya que queda demostrado el bajo cumplimiento terapéutico.
2. No introducir sujetos en la muestra que tengan patologías concomitantes que puedan sesgar los resultados como diabetes, cardiopatías, etc.
3. Explorar nuevas estrategias de adherencia, que ayuden a fomentar el cumplimiento terapéutico de los pacientes, centrándose más en la formación que en la información.
4. Realizar más estudios centrados en la formación de creencias de los pacientes hipertensos.

6. APÉNDICE

Hábitos y Creencias en Hipertensión (HCH-01)

Proyecto de Investigación I+D PSI-2008-00287

Universidad de Almería, Universidad de Huelva

Nombre y apellidos: _____

Centro: _____

Ciudad: _____

Edad _____ Peso _____ Altura _____ Fecha de diagnóstico: _____

Profesión o actividad: _____

Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Sexo: M F

CUESTIONES

1. Hábitos de alimentación. Preguntar sobre la frecuencia semanal de toma de los siguientes grupos de alimentos:

Tipos	Nunca o muy raramente	1-2 días por semana	3-4 días por semana	Todos o casi todos los días
<i>Verduras y ensaladas</i>				
Carnes				
Pescados				
Legumbres				
Pastas				
Pan				
Leche, yogurt y quesos				
Fruta				
Alimentos precocinados				

2. Consumo de alcohol, tabaco y café.

	Frecuencia de consumo	Cantidad	Tipo
Alcohol			
Tabaco			
Café o Té			
Bebidas Estimulantes			

3. Habitualmente ¿cómo toma las comidas: me gustan saladas...
con poca sal...

4. ¿A qué hora se acuesta habitualmente?: _____ ¿A qué hora se levanta habitualmente?: _____

5. ¿Habitualmente se despierta con sensación de haber descansado?:_____

6. ¿Qué actividad física realiza y con qué frecuencia?

Tipos	Nunca o muy raramente	1-2 días por semana	3-4 días por semana	Todos o casi todos los días
<i>Pasear</i>				
Correr o hacer deporte				
Otras actividades físicas				

7. ¿De lunes a viernes, cuándo y cuánto ve la televisión?

- En las mañanas: ¿Aproximadamente cuántas horas?:_____
- Por las tardes: ¿Aproximadamente cuántas horas?:_____
- Por las noches: ¿Aproximadamente cuántas horas?:_____

8. ¿Durante los fines de semana, cuándo y cuánto ve la televisión?

- En las mañanas: ¿Aproximadamente cuántas horas?:_____
- Por las tardes: ¿Aproximadamente cuántas horas?:_____
- Por las noches: ¿Aproximadamente cuántas horas?:_____

9. ¿Qué es para usted tener salud?

10. ¿Cuántas veces ha estado enfermo/a durante este año? _____
¿Qué le pasó?: _____

11. ¿Ha padecido enfermedades importantes: Si No En caso que la respuesta sea Sí, responda a lo siguiente:

11a. ¿Cómo se iniciaron?

11b. ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo en cada ocasión?

11c. ¿Síntomas que presentaban las enfermedades?

12. Qué cosas son importantes, a su juicio, para mantener la salud:

13. ¿Ha estado ingresado alguna vez en un hospital? Si: No:

En caso que Sí ¿cuántas veces? _____

¿Motivos?: _____

¿Duración de los ingresos? _____

14. ¿El trato fue? Bueno Malo

¿Por qué? _____

15. ¿A qué enfermedad le tiene más miedo? _____

¿Por qué? _____

16. ¿Cree que puede hacer algo por su parte para no tener esas enfermedades?

17. ¿Cómo definiría su estado de salud actual? Muy bueno: Bueno: Normal: Mala:

18. ¿Qué hace para mantenerse sano?

19. ¿En general, por qué razones cree que las personas pueden enfermar?

20. ¿Cuántas veces ha intentado cambiar algún aspecto de su vida para mejorar su salud?

a) Muchas:

b) Algunas:

c) Pocas:

d) Nunca:

Por ejemplo, ¿qué es lo que intentó cambiar?: _____

21. En general, consigue lograr los cambios en hábitos de vida que se propone:

Siempre:

Casi siempre:

En alguna ocasión:

Nunca:

22. ¿Qué aspectos de su salud desea mejorar o cambiar?

23. ¿Qué aspectos de su salud cree que puede mejorar o cambiar por sí mismo?

24. ¿Con que frecuencia acude a su Centro de Salud o médico de cabecera?

25. ¿Se siente satisfecho con el trato que recibe? Valorar de 0 a 10: _____

26. Indíquenos las enfermedades que considera más graves, ordenándolas por gravedad, colocando la primera la que considere más grave.

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

27 (51). Responda a las siguientes preguntas...

¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se siente a veces desdichado/a sin motivo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Diría de sí mismo/a que es una persona tensa o muy nerviosa?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Sufre de los “nervios”?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

28 (52). ¿Es usted capaz de saber o de notar cuándo su TA está alta?.....: Si
No

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo “Control de la Hipertensión Arterial en España” 1996.
2. Sellén Crombet, J.; Sellén Sanchén, E.; Barroso Pacheco, L. y Sellén Sanchén, S. “Evaluación y Diagnóstico de la Hipertensión Arterial” Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 2009, 28 (1).
3. Giles, T.D. et al “Expanding the Definition and Classification of Hypertension” The Journal of Clinical Hypertension, 2005, 7 (9), pp. 505-512.
4. Martínez Navarro, F. et al. *Salud Pública*. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, 1998
5. Piedrola Gil, G. et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Editorial Masson-Salvat Medicina, 9º Edición, Barcelona, 1994.
6. Carretero, O.A. y Oparil, S. “Essential Hypertension: Part I: Definition and Etiology” Circulation, 2000, 101, pp. 329-335.
7. Kearney, P. M.; Whelton, M; Reynolds, K; Whelton, P. K. y He, J. “Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review.” Journal of Hypertension, 2004, 22, pp. 11-19.
8. Arya M. Sharma et al. “High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study”. Journal of Hypertension 2004 22, pp. 479-486.
9. Hermida Domínguez, R.C; Ayala Garcia, D.E. y Gómez Calvo, C. “Cronobiología y cronoterapia en la hipertensión arterial: implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.” Hipertensión, 2004, 21 (5), pp. 256-270.

10. Saseen, J.J. and Carter, B. L. "Hypertension". *Pharmacotherapy*, 2008, pp. 185-217.
11. Kastarinen, M. et al. "Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Finland during 1982-2007." *Journal of Hypertension* 2009, 27, pp. 1552-1559.
12. Banegas Banegas, J. R. "Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas." *Hipertensión* 2005, 22 (9), pp. 353-362.
13. Banegas, J. et al "Hipertensión arterial y política de salud en España. Documento de consenso" *Medicina Clínica*, 2008.
14. Marín, R.; De la Sierra, A.; Armario, P.; Campo, C.; Banegas, J. R. y Gorostidi, M. "Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Medicina Clínica*, Barcelona, 2005, 125 (1), pp. 24-34.
15. Brunton, S. A. y Edwards, R. K. "Hipertensión". *Medicina de Familia. Principios y Práctica.* Editorial Taylor, 5º Edición, Barcelona, 1999.
16. Lobos, J.M. et al. "Guía europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008." *Hipertensión y riesgo vascular*, 2009, 26 (4), pp. 157-180.
17. Schmidt Rio-Valle, J. et al "Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio Cualitativo" *Index de Enfermería*, 2006, 15 (54).
18. Coca, A. et al "Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso" *Hospital Clínico*, Barcelona.
19. Reverte Cejudo, D.; Moreno Palomares, J.J. y Ferreira Pasos, E.M. "Hipertensión Arterial: Actualización de su tratamiento." *Sistema Nacional de Salud*, vol. 22, nº 4, 1998.

20. Gutiérrez, Javier. "Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida." *Colombia Médica* 2001, 32, nº 2, pp. 83-102
21. Pizarro Portillo, A. y Suárez Fernández, C. Recomendaciones para la elección del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Hipertensión*, vol. 17, nº 9, 2000.
22. De la Sierra, A. et al "Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso" *Medicina Clínica*, 2008, 131 (3), pp. 104-116.
23. Mancia, G. et al "Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial" *Journal of Hypertension*, 2007, 25, pp. 1105-1187.
24. Cifuentes Cabello, S. y Moleón Ruiz, M. "Paciente con hipertensión esencial, seguido en Atención Primaria." *I Enfermedades Cardiovasculares, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería*, 2007, pp. 115-129.
25. De la Sierra, A. "Aportaciones científicas más relevantes del XVII Congreso de la Sociedad Europea de Hipertensión." Milán, 15-19 de junio de 2007. *Hipertensión*, Madrid, 2007, 24 (6), pp. 247-255.
26. González-Juanatey, J.R.; Mazón Ramos, P.; Soria Arcos, F. ; Barrios Alonso, V.; Rodríguez Padial, L. y Bertomeu Martínez, V. "Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial." *Revista Española de Cardiología*, 2003, 56 (5), pp. 48-97.
27. Dilla, T.; Valladares, A.; Lizán, L. y Sacristán, J.A. "Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora" *Atención Primaria*, 2009, 41 (6), pp. 342-348.
28. Orueta, R.; Gómez-Calcerrada, R.M.; Redondo, S.; Soto, M.; Alejandre, G. y López, J. "Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos" *Medifam* 2001, 11 (3), pp. 140-146.

29. Orueta Sánchez, R. “Estrategia para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas” *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 2005, 29 (2), pp. 40-48.
30. Gil Guillén, V.F.; Esparcia Navarro, A. y Merino Sánchez, J. “Calidad de vida en el hipertenso y factores que la determinan” *Hipertensión*, 2001, 18 (3), pp. 125-131.
31. Conthe, P. y Tejerina, F. “Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca” *Revista Española de Cardiología*, 2007, 7, pp. 57F-66F.
32. Granados, G.; G. Roales Nieto, J.; Moreno, E. e Ybarra, J.L. “Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión” *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2007, 7 (3), pp. 697-707.
33. Márquez Contreras, E. et al “Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertensión arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo” *Atención Primaria*, 2009, 41 (9), pp. 501-510.
34. Guerrero Llamas, L. y Fernández López, L. “Programa de intervención mixta sobre cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos” *Nure Investigation*, 2004, 4.
35. TUESCA MOLINA, R.; GUALLAR CASTILLÓN, P.; BANEGAS BANEGAS, J.R.; GRACIANI-PÉREZ REGADERA, A. “Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España” *Gaceta Sanitaria*, 2006, 20 (3), pp. 220-227.
36. Márquez Contreras, E. “Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica” *Hipertensión* 2008, 25 (5), pp. 205-213.
37. Armario, P.; Segura, J.; Vigil, L.; Galera, J.; Parody, E. y Ruilope, L.M. “Factores y causas de mal control y estrategias de corresponsabilidad médico-paciente en el control de la hipertensión. Resultados de los estudios COROPINA

- y COREVALUA del programa CORRESPONDE” Hipertensión, 2007, 24 (3), pp. 93-100.
38. Orueta, R.; Toledano, P. y Gómez-Calcerrada, R.M. “Cumplimiento terapéutico” SEMERGEN, 2008, 34 (5), 235-243.
39. Crespo Tejero, N.; Rubio Franco, V.J.; Casado Morales, M.I.; Sánchez-Martos, J. y Campo Sien, C. “Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio” Hipertensión, 2000, 17 (1), pp. 4-8.
40. Rodríguez Marín, J. “Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial” Revista Calidad Asistencial, 2006, 21 (5), pp. 255-263.
41. Rodríguez Chamorro, M.A.; García-Jiménez, E.; Amariles, P. y Rodríguez Chamorro, A. “Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica” Atención Primaria, 2008, 40 (8), pp. 413-417.
42. Rodríguez Chamorro, M.A.; Rodríguez Chamorro, A. y García Jiménez, E. “Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales” Pharmaceutical Care España, 2006, 8 (2), pp. 62-68.
43. Pastor Climente, I.P.; Ortiz de Urbina Sandomingo, V.; Pérez Escoto, I.; Quintana Vargas, I.; Moreno Miralles, A. y Martínez Martínez, M. “Implantación de un programa de mejora de la adherencia al tratamiento en personas mayores institucionalizadas” Farmacia Hospitalaria, 2007, 31 (2), pp. 106-111.
44. Coll de Tuero, G. “Las modificaciones del estilo de vida en los pacientes hipertensos” Hipertensión 2007, 24 (2): 45-47.
45. Varela Arévalo, M.T.; Arrivillaga Quintero, M.; Cáceres de R.; D.E.; Correa Sánchez, D. y Holguín Palacios, L.E. “Efectos benéficos de la modificación del

- estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida de los pacientes con hipertensión.” *Acta Colombiana de Psicología*, 2005, 14: 69-85.
46. Jiménez Ortega, U. “Estilo de vida en pacientes hipertensos de un consultorio médico de familia” *Cardiología, Medicina Familiar y Atención Primaria*, 2008
47. Zorrilla, A. “Factores de Riesgo que inciden en hipertensión arterial de usuarios en consulta de medicina interna” *Medicina Interna*, 2010.
48. Beunza Nuin, J.J. “Estilos de vida y riesgo de hipertensión arterial en el estudio de Seguimiento Universidad de Navarra (SUN)” Universidad de Navarra, Facultad de Medicina, Pamplona, 2007.
49. Baster, T. y Baster-Brooks, C. “Exercise and Hypertension” *Australian Family Physician*, 2005, 34 (6).
50. Dasgupta K, O'Loughlin J, Chen S, Karp I, Paradis G, Tremblay J, Hamet P, Pilote L. Emergence of sex differences in prevalence of high systolic blood pressure: analysis of a longitudinal adolescent cohort. *Circulation* 2006;114: 2663-70.
51. Fabregues, G. “Manual del Paciente Hipertenso. A, B, C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes.” Fundación Favaloro, 2005
52. García Delgado, J.A. Pérez Coronel, P.L.; Chí Arcia, J.; Martínez Torrez, J.; Pedroso Morales, I. “Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial” *Revista Cubana de Medicina*, 2008, 47 (3).
53. Pescatello, L.; Franklin, B.A.; Fagard, R.; Farquhar W.B.; Kelley, G.A. y Ray, C.A. “Exercise and Hypertension” *Journal of The American College of Sports Medicine*, 2004.
54. Mellina Ramirez, E. et al “Factores de riesgo asociados con la tensión arterial en adolescentes” *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001, 17 (5): 435-440.

55. Núñez Córdoba, J.M.; Martínez González, M.A.; Bes Rastrollo, M.; Toledo, E.; Beunza, J.J. y Alonso, A. "Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN" *Revista Española de Cardiología*, 2009, 62 (6): 633-641.
56. Inui, T.S.; Yourtee, E.L.; Williamson, J.W. "Improved outcomes in hypertension after physician tutorials." *Ann Int Med* 1976, 84:646-651.
57. Janz, N. y Becker, M. "The Health Belief Model: A decade later" *Health Education Quarterly* 1984, 11 (1):1-47.
58. Kirscht, J.P.; Rosenstock, I.M. "Patient adherence to antihypertensive medical regimens." *J Community Health* 1977, 3:115-124.
59. Nelson, E.C.; Stason, W.B.; Neutra RR, et al. "Impact of patient perceptions on compliance with treatment for hypertension." *Med Care* 1978, 16:893-906.
60. Grant, M. y Hezekiah, J. "Knowledge and beliefs about hypertension among Jamaican female clients" *Int J Nurs Stud* 1996, 33 (1): 58-66.
61. Taylor D.W. "A test of the health belief model in hypertension", en Haynes, R.B.; Taylor, D.W.; Sackett, D.L.(eds): *Compliance in Health Care*. Baltimore, Johns Hopkins University Press. 1979, 103-109
62. Aubert, L.; Bovet, P.; Gervasoni, J.P.; Rwebogora, A.; Waeber, B. y Paccaud, F. "Knowledge, Attitudes and Practices on Hypertension in a Country in Epidemiological Transition" *Hypertension* 1998, 31: 1136-1145.
63. Schlomann, P. y Schmitke, J. "Lay beliefs about hypertension: An interpretive synthesis of the qualitative research" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2007, 19: 358-367.

64. Roig Tortajada, C. et al. "Creencias y percepciones de los cuidadores, formales e informales, del enfermo en cardiopatía isquémica" *Enfermería en Cardiología* 2003, 28 (1).
65. Ross, S.; Walker, A. y McLeod, M.J. "Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs" *Journal of Human Hypertension* 2004, 18: 607-613.
66. Acosta González, M.; Debs Pérez, G.; de la Noval García, R. y Dueñas Herrera, A. "Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica" *Revista Cubana Enfermería* 2005, 21 (3).
67. Granados, G.; Gil Roales-Nieto, J.; Moreno, E. e Ybarra, J.L. "Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial" *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006, 8 (3): 705-718.
68. Maguire, L.; Hughes, C.L. y McElnay, J.C. "Exploring the impact of depressive symptoms and medications beliefs on medication adherence in hypertension- A primary care study" *Patient Education and Counseling* 2008, 73, 371-376.
69. Galán Rodríguez, A.; Pérez San Gregorio, M. A. y Blanco Picabia, A. "La Conducta de Enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial." *Psicothema* 2001, vol. 13, nº 1, pp. 63-67.
70. Galán Rodríguez, A.; Blanco Picabia, A. y Pérez San Gregorio, M.A. "Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar" *Anales de Psicología*, 2000, vol. 16, nº 2, 157-166.
71. Gil Roales-Nieto, J. *Manual de Psicología de la Salud. Volumen II. Comportamiento salud/enfermedad*, Ed. Némesis, Granada, 2000.

72. Cabrera A., G.; Tascón G., J. y Lucumi C., D. “Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo” *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2001, 19 (1): 91-101.
73. Moreno San Pedro, E. y Gil Roales-Nieto, J. “El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa I: Hacía un análisis funcional de las creencias en salud” *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2003, 3 (1): 91-109.
74. García Garrido, LL. y Baltasar Bagué, A. “La educación para la salud: Adopción de actitudes y mantenimiento de nuevos comportamientos saludables” *Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca*, 2009.
75. Ortiz, M. y Ortiz, E. “Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica” *Rev Méd Chile* 2007, 135: 647-652.
76. Ross, S.; Walker, A. y McLeod, M.J. “Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs” *Journal of Human Hypertension* 2004, 18: 607-613.
77. Rodríguez Delgado, J.M. “Fundamento Cerebral de las Creencias” *Eguzkilore* 1992, 5: 279-286.
78. Granados Gámez, G. y Gil Roales-Nieto, J. “Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión” *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2005, 5 (2): 165-206.
79. Granados Gámez, G.; Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra Sagarduy, J.L. “Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial” *Psicothema* 2006, 18 (4): 822-827.

80. Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, 2006.
81. Gil Roales-Nieto, J. et al. "Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes en España, Colombia y México" Revista Latinoamericana de Psicología, 2004, vol. 36, nº 3, pp. 483-504.
82. Gil Canalda, I.; Mantilla Morató, T.; Piñeiro Guerrero, R. y Suárez González, F. *Guía de buena práctica clínica en el consejo dietético*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
83. Bonita, J. et al. "Coffee and Cardiovascular Disease: In vitro, Cellular, Animal and Human Studies". Pharmacological Research 2007; 55: 187-198.
84. Miguel-Tobal, J.J.; Cano-Vindel, A.; Casado Morales, M.I. y Escalona Martínez, A. "Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos"
85. Horne, R.; Clatworthy, J.; Polmear, A. y Weinman, J. "Do hypertension patients' beliefs about their illness and treatment influence medication adherence and quality of life? Journal of Human Hypertension, 2001, 15, Suppl. 1: S65-S68.
86. Amsterlaw, J. y Wellman, H.M. "Theories of Mind in Transition: A Microgenetic Study of the Development of False Belief Understanding" Journal of Cognition and Development, 2006, 7 (2): 139-172.
87. Horne, R. y Weinman, J. "Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness" Journal of Psychosomatic Research 1999, 47 (6): 555-567.
88. Avia, M.D. "The development of illness beliefs" Journal of Psychosomatic Research 1999, 3: 199-204.

89. García Garrido, LL. y Baltasar Bagué, A. “La educación para la salud: Adopción de actitudes y mantenimiento de nuevos comportamientos saludables” Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, 2009.
90. Wexler, R.; Taylor, C.; Scott, J.; Pleister, A.; Michael, C. y David, F. “Knowledge, Attitudes, and Beliefs about Hypertension Vary by Ethnicity” Journal of Cardiac Failure 2009, 15 (6).
91. Soto Mas, F.; Lacoste Marín, J.A.; Papenfuss, R.L.; y Gutiérrez León, A. “El modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida” Rev Esp. Salud Pública, 1997, 71: 335-341.
92. Foley, K.A.; Vasey, J.; Berra, K.; Alexander, C.M.; y Markson, L.E. “The hyperlipidemia: Attitudes and Beliefs in Treatment (HABIT) Survey for Patients: Results of a Validation Study.” Journal of Cardiological Nursing 2005, 20 (1):35-42.
93. Carpio, C.; Pacheco, V.; Hernández, R. y Flores, C. “Creencias, criterios y desarrollo psicológico.” Acta Comportamentalia 1995, 3 (1): 89-98.
94. Páez Rovira, D.; Ubillos Landa, S. y Pizarro Pacheco, M. “Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicadas al caso del Sida” Psicología General y Aplicada 1994, 47 (2): 141-149.
95. Pedraza Loredo, C. “Creencias de Salud y Complicaciones de diabéticos no insulino dependientes” Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, 1997.
96. Ortiz, M. y Ortiz, E. “Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica” Rev Méd Chile 2007, 135: 647-652.

97. Riveros, A.; Ceballos, G.; Laguna, R. y Sánchez Sosa, J.J. “El manejo psicológico de la hipertensión esencial: Efectos de una intervención cognitivo-conductual” *Revista Latinoamericana de Psicología* 2005, 37 (3): 493-507.
98. Vega Franco, L. “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica” *Salud Pública de México* 2002, 44 (3).
99. Han, H.; Kim, K.; Kang, J.; Jeong, S.; Kim, E.; Kim, M. “Knowledge, beliefs, and behaviours about hypertension control among middle-aged Korean Americans with hypertension” *Journal of Community Health* 2007, 32 (5): 324-342.
100. Bandura, A. “Comments on the Crusade against the Causal Efficacy of Human Thought” *J. Behav Ther. & Exp. Psychiat.* 1995, 26 (3): 179-190.
101. Buckley, T.; Mckinley, S.; Gallagher, R.; Dracup, K.; Moser, D.K. y Aitken, L.M. “The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms” *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007, 6:105-111.
102. Newell, M.; Modeste, N.; Marshak, H.H. y Wilson, C. “Health Beliefs and the Prevention of Hypertension in a Black Population Living in London” *Ethnicity and Disease* 2009, 19: 35-41.
103. Frosch, D.L.; Kimmel, S. y Volpp, K. “What role do lay beliefs about hypertension etiology in perceptions of medication effectiveness? *Health Psychology*, 2008, 27 (3): 320-326.
104. Magadza, C.; Radloff, S.E. y Srinivas, S.C. “The effect of an educational intervention on patients’ knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence” *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2009, 5: 363-375.

105. Goldman, R. et al. "Patients' Perceptions of Cholesterol, Cardiovascular Disease Risk and Risk Communication Strategies" *Ann Fam Med* 2006, 4: 205-212.
106. González, J. et al. "Physical symptoms, beliefs about medications, negative mood, and long-term HIV Medication Adherence" *Annals of Behavioral Medicine* 2007, 34 (1).
107. Grigioni, F. et al. "Distance between Patients' Subjective Perceptions and Objectively Evaluated Disease Severity in Chronic Heart Failure" *Psychotherapy and Psychosomatics* 2003, 72 (3).
108. Mirotznik, J.; Ginzler, E.; Zagon, G. y Baptiste, A. "Using the health belief model to explain clinic appointment-keeping for the management of a chronic disease condition" *Journal of Community Health*, 1998, 23 (3).
109. Benson, J. y Britten, N. "Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study" *BJM* 2002, 325.
110. Laney, C.; Bowman Fowler, N.; Nelson, K.J.; Bernstein, D.M. y Loftus, E.F. "The persistence of false beliefs" *Acta Psychologica* 2008, 129: 190-197.
111. De la Cruz, F. y Balang, C. "The illness beliefs, perceptions and practices of Filipino Americans with hypertension" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008, 20 (3).
112. Jervis, R. "Understanding beliefs" *Political Psychology* 2006, 27 (5).
113. Kressin, N.R. et al "Hypertensive patients' race, health beliefs, process of care, and medication adherence" *Society of General Internal Medicine* 2007; 22: 768-774.

114. Gillibrand, R. y Stevenson, J. "The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people" *British Journal of Health Psychology*; Feb 2006; 11, 155-169.

115. Van der Wal, M. et al "Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs" *European Heart Journal* 2006, 27: 434-440.

116. Nieto Munuera, J.; Abad Mateo, M.A. y Torres Ortuño, A. "Dimensiones Psicosociales Mediadoras de la Conducta de Enfermedad y la Calidad de Vida en Población Geriátrica" *Anales de Psicología* 2004, vol. 14, nº 1, pp. 75-81.