

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y
del tratamiento, en la adherencia al tratamiento
antihipertensivo, HNERM:**

enero-junio 2007

TESIS

para optar el grado de magíster en Salud Pública

AUTOR

Marco Antonio Padilla Cabello

ASESOR

José Gustavo Rivara Ruiz

Lima-Perú

2007

INDICE

Listado de tablas	4
Listado de gráficos	5
Abreviaturas	6
Resumen	7
Abstract	8
CAPITULO UNO. INTRODUCCION	
1.1 Introducción	9
1.2 Planteamiento del problema	11
1.3 Marco Teórico	13
1.4 Marco Referencial	31
1.5 Formulación del problema	33
1.6 Hipótesis	33
1.7 Objetivos de la Investigación	34
1.8 Justificación	35
CAPITULO DOS. MATERIAL Y METODOS	
2.1 Tipo de estudio	37
2.2 Sujetos	37
2.3 Materiales	38
2.4 Procedimiento	39
2.5 Etica	40
2.6 Estadística	40
2.7 Variables de estudio	41
2.7.1 Variables independientes	41
2.7.2 Variables dependientes	46
2.7.3 Variables intervinientes	46
2.8 Operacionalización de variables	47
CAPITULO TRES. RESULTADOS Y DISCUSION	
3.1 Resultados	50
3.2 Discusión	51
CAPITULO CUATRO. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	64

4.2 Recomendaciones	65
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXO 1	71
ANEXO 2	72
ANEXO 3	73
ANEXO 4	76

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Motivos para la no adherencia	49
Cuadro 2. Distribución según sexo y adherencia	50
Cuadro 3. Distribución según adherencia y comprensión de la enfermedad	53
Cuadro 4. Percepción sobre posibles causas de hipertensión	54
Cuadro 5. Análisis de correlación entre edad y puntos de vista acerca de la hipertensión arterial.	55
Cuadro 6. Análisis de correlación entre edad y puntos de vista acerca del tratamiento	55

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1. Distribución según edad y adherencia	50
Grafico 2. Representación emocional y adherencia al tratamiento	51
Grafico 3. Frecuencia de síntomas recientes.	52
Grafico 4. Necesidad acerca del tratamiento y adherencia.	56

LISTA DE ABREVIATURAS

IPQ-R	:	Illness Perception Questionnaire – Revised.
BMQ	:	Belief about Medication Questionnaire.
SRM	:	Self Regulatory Model.
ESSALUD	:	Seguro Social de Salud del Perú.

RESUMEN

OBJETIVO: El presente estudio tuvo como objetivo general conocer la influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial para la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

MATERIAL Y METODOS: El diseño del estudio fue observacional de tipo comparativo en la población de pacientes de ESSALUD del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Márins, atendidos en los consultorios externos de cardiología entre Enero y Junio del 2007 a través de encuestas de tipo cuestionario múltiple que incluyó información sobre edad y sexo, en las que posteriormente se determinaron 2 grupos de pacientes denominados adherentes y no adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial utilizando para esta clasificación el cuestionario de auto-reporte de Morisky.

Finalmente con la utilización de los cuestionarios IPQ-R y BMQ se compararon ambos grupos utilizando las pruebas estadísticas correspondientes a cada grupo de variables estudiada.

RESULTADOS: Se estudió 153 pacientes de los cuales 45.8% fueron adherentes y 54.2% no adherentes. Se observó que el promedio de edad fue significativamente mayor en el grupo de no adherentes ($p < 0.001$). Los no adherentes tuvieron mas fuertes representaciones emocionales ($p = 0.003$).

Se encontró una correlación significativa entre edad y percepción acerca del tratamiento (sperman'rho: -0.242). Los adherentes tuvieron mas altos scores acerca de la necesidad del tratamiento para la hipertensión arterial ($p = 0.003$) y en el grupo de no adherentes tuvieron mas alta preocupación específica al tratamiento ($p = 0.024$).

CONCLUSIONES: La edad, los factores emocionales relacionados a la percepción de la enfermedad, la comprensión de la enfermedad y las creencias acerca del tratamiento están fuertemente relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

Palabras Clave: *Adherencia, percepción acerca de la enfermedades, percepción acerca del tratamiento, hipertensión.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study was aimed at determining the influence of general perception about the disease and treatment in patients with hypertension for adherence to antihypertensive treatment.

MATERIAL AND METHODS: The study design was observational-type comparative on the patient population of ESSALUD of Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins, they were attended as outpatients in clinics of cardiology between January and June 2007 through surveys with multiple type questionnaire that included information on age and sex. Later we identified comparative groups (compliant and non-compliant to treat high blood pressure) using the questionnaire self-reported of Morisky. Finally using questionnaires IPQ-R and BMQ, both groups were compared using statistical tests for each group of variables studied.

RESULTS: We studied 153 patients of whom 45.8% were adherent and non-adherent 54.2%. It was noted that the average age was significantly higher in the non-compliant group ($p < 0.001$). The non-adherent were stronger emotional representations ($p = 0.003$). We found a significant correlation between age and perceptions about the treatment (spearman's rho: -0,242). The adherents had higher scores on the necessity of treatment for high blood pressure ($p = 0.003$) and the group of non-adherent were highest concern specific to treatment ($p=0.024$).

CONCLUSIONS: Age, the emotional factors related to the perception of the disease, understanding of the disease and beliefs about treatment are strongly related to adherence to drug treatment of hypertension.

Key words: *Adherence, Illness perception, Belief about Medication, Hypertension.*

CAPITULO I

INTRODUCCION.

1.1 Introducción

El presente trabajo de investigación está centrado en la búsqueda de una mejor comprensión de la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Para esto se ha hecho un análisis de los factores relacionados al paciente que se considera influyen en la determinación de la conducta final que lleva a la adherencia al tratamiento y posteriormente a un adecuado control de la hipertensión arterial, lo que a su vez previene las complicaciones cardiovasculares, evitando a su vez problemas de discapacidad y muerte, reduciendo los costos para el manejo hospitalario e institucional de estos problemas.

Se ha evaluado la influencia de los factores relacionados al paciente tales como edad, sexo y las creencias en salud; específicamente las creencias acerca de la enfermedad y del tratamiento en cuanto a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

Las creencias en salud son valoradas utilizando cuestionarios denominados: Percepción Acerca de la Enfermedad y Creencias Acerca del Tratamiento, que utilizan el método psicológico autoregulatorio como modelo que propone al comportamiento relacionado a la salud fuertemente relacionado por ideas acerca de ciertos temas denominados representaciones de enfermedad y en el caso último relacionado a las representaciones mentales acerca del tratamiento.

La adherencia o cumplimiento del tratamiento es valorado a través de un cuestionario de auto-reporte de 4 ítems que utiliza la escala de Likert, donde los más altos puntajes indican los más altos niveles de adherencia.

Del análisis de los grupos de pacientes adherentes y no adherentes y su relación con factores relacionados a la percepción de la enfermedad y del tratamiento, contribuimos al conocimiento actual de un problema complejo y prioritario de la salud pública, específicamente la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, que conocemos

tiene porcentajes elevados de no cumplimiento y por tanto de complicaciones potencialmente prevenibles.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cada vez es más evidente el incremento de las enfermedades crónicas, tales como las enfermedades cardiovasculares, que traen como consecuencia: discapacidad e incremento de los gastos dirigidos hacia el manejo de las complicaciones, tasas de re-hospitalizaciones, morbilidad y mortalidad relacionadas al manejo de estas patologías.

La hipertensión arterial constituye un importante factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La relación entre presión sanguínea y riesgo de evento cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo; cuanto más alta es la presión sanguínea mayor la posibilidad de presentar infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebro-vascular y enfermedad renal.

Se conoce que un manejo adecuado de este problema consiste además de una adecuada prescripción farmacológica, de aplicar un método eficaz que incremente el grado de adherencia al tratamiento por parte del paciente.

La adherencia es un fenómeno multifactorial que incluye un proceso complejo del comportamiento relacionado con la interacción y comunicación con los pacientes, la organización de los sistemas de salud y las características propias del paciente.

A través del tiempo la perspectiva biomédica de salud-enfermedad en la adherencia ha sido la dominante, es decir el paciente sería un seguidor pasivo de las indicaciones del médico. La teoría del comportamiento, hace énfasis en el refuerzo positivo o negativo como mecanismo de influencia en el comportamiento y éste en la adherencia. Recientemente la perspectiva de la comunicación recomienda a los proveedores de salud en mejorar sus habilidades de comunicación con el paciente desarrollando una relación más horizontal.

El método psicológico cognitivo ha sido utilizado en varios modelos. En la perspectiva del método auto-regulatorio los pacientes crean una representación personal de las amenazas de salud y modelos de las enfermedades y su tratamiento y son estos los que guían el proceso de toma de decisiones y comportamiento.

El Cuestionario sobre Percepción de enfermedades y más recientemente el Cuestionario Creencias Acerca del Tratamiento han sido desarrollados como métodos cuantitativos para el análisis de los componentes de las representaciones de enfermedad y las representaciones del tratamiento respectivamente. Finalmente éstos traducirían la respuesta a la adherencia al tratamiento.

En el Perú se conoce que aproximadamente el 45% de la población total de hipertensos conoce de su condición y de estos el 72% recibe un tratamiento ya sea medicamentoso o dietético, finalmente sólo el 45% del total de pacientes tratados tienen un adecuado control de la hipertensión arterial.

En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins que atiende pacientes asegurados en el Sistema de Seguridad Social del Perú, no se ha establecido en forma precisa la adherencia al tratamiento.

De los estudios realizados en Perú la tasa de cumplimiento encontrado en un estudio del Hospital Víctor Lazarte, Trujillo 2001 fue del 58%.³⁷ Otro realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., 1994 encontró una tasa de cumplimiento de 54%³⁸, asimismo, un estudio realizado en 1997 en el Hospital Regional Docente de Trujillo encontró que el 63% de los pacientes cumplían con el tratamiento.³⁹

Se ha planteado la necesidad de encontrar modelos de intervención que sean capaces de incrementar la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, ya que una pobre adherencia es el factor más importante de presión arterial no controlada y por tanto de graves repercusiones a la salud y a los costos para su cuidado.

1.3 MARCO TEORICO

La prevalencia mundial estimada de la hipertensión es de 1 billón de individuos y aproximadamente 7.1 millones mueren anualmente por factores atribuibles a la hipertensión arterial.

La prevención y manejo de la hipertensión es un importante desafío a la salud pública.

El control de la hipertensión arterial representa la piedra angular en la prevención de la enfermedad cardiovascular ¹

La pobre adherencia al tratamiento es la causa más importante de hipertensión no controlada ², y la buena adherencia esta asociada con mejor control de la presión sanguínea y disminución de las complicaciones por la hipertensión ³

En ensayos clínicos publicados se demuestra que la terapia antihipertensiva está asociada a la reducción del accidente cerebrovascular isquémico en 35 a 40%, infarto de miocardio 20 a 25% e insuficiencia cardiaca en más del 50%.⁴.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, más de la mitad de los pacientes que están siendo tratados por hipertensión se retiran dentro del año de diagnóstico y de aquellos que permanecen bajo supervisión médica sólo 50% toman al menos 80% de sus medicamentos prescritos ⁵.

Resultados óptimos en la salud de la población requiere tratamientos eficaces y adherencia a aquellos tratamientos. Muchos estudios demuestran que los niveles de adherencia están lejos del óptimo.

En razón de que la carga de enfermedades en la población se ha desviado hacia las enfermedades crónicas, el problema de la pobre

adherencia es la principal preocupación en el sistema de cuidados de la salud en el mundo.

La adherencia es el único factor modificable que compromete los resultados del tratamiento.

Las repercusiones de la no adherencia al tratamiento son notables, especialmente en enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial, ya que aumentan las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas, así como el incremento de los costos para la atención sanitaria; ⁶ por el aumento de las complicaciones, tasas de recaídas y hospitalizaciones que pueden ser evitables con un adecuado tratamiento preventivo. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud.^{7,8}

De otro lado también es conocido que los médicos también tienen dificultades en el cumplimiento con las guías de hipertensión.^{44,45}

La preocupación por la adherencia no es nueva, se reporta que Hipócrates hizo referencia al hecho que muchos pacientes pretendían haber tomado su medicación, entendiéndose como que aseguraban haber seguido las indicaciones de tratamiento, sin haberlas en realidad cumplidas.

Para enfocar mejor la investigación se hace necesario aclarar el uso de diferentes términos; mas comúnmente se hace referencia al término Inglés *compliance* y recientemente a adherencia, persistencia y concordancia.

La definición mas simple de *compliance* es: “la acción realizada por los pacientes de acuerdo a lo que los profesionales de la salud quieren que ellos hagan”.

La *compliance* también ha sido definida como “el hecho por el cual el comportamiento del paciente corresponde con las recomendaciones de los proveedores de cuidados de la salud”. De otro lado una forma más

práctica es definir compliance como “continuación del tratamiento a un nivel por encima del cual las metas del tratamiento son probable de ser encontrados”.

Las definiciones de “No Compliance” incluyen a aquellos que no cumplen en su totalidad, que sólo cumplen parcialmente y aquellos que exceden la terapia o tratamiento prescrito. “No Compliance” es un término que implica un amplio rango de comportamientos aunque otros sugieren que sólo debe ser usado cuando el fracaso de la terapéutica es de tal magnitud que interfiere apreciablemente con las metas del tratamiento y sugieren que el fracaso en lograr la eficacia terapéutica puede ser el primer signo de que el paciente no esta cumpliendo con el tratamiento prescrito, sin embargo, este análisis puede ser simplista, porque nos hace pensar que la eficacia terapéutica siempre es la misma para todos los pacientes.⁹

En 1997 la Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña utilizó el término Concordancia que significa acuerdo o armonía entre el paciente y el médico. Lo importante de este modelo es que señala al paciente como tomador de decisiones y la piedra angular es la empatía profesional.

El término Adherencia es propuesto como alternativa a Compliance y actualmente es más popular en su uso. Se hace énfasis que el término Adherencia reduce la atribución de mas poder al médico en la relación médico paciente, al cual el término Compliance hacía referencia.^{6, 10}

En el año 2001 en una conferencia sobre Adherencia de la OMS. La definición conceptual adoptada de la Adherencia fue “Comprende el hecho por el cual el comportamiento de la persona; en términos de toma de medicación, seguimiento de una dieta, ejecución de cambios de estilo de vida, coincide con el consejo médico y de cuidado de la salud, teniendo en cuenta que la relación paciente y proveedor de cuidados de la salud sea de calidad, siendo ésta última fundamental en la adherencia al tratamiento y las recomendaciones.”

Muchos factores son conocidos que contribuyen a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial y estos han sido ampliamente revisados, entre ellos están: la naturaleza crónica y asintomática de la enfermedad, factores demográficos, la percepción y comprensión del paciente acerca de la hipertensión y del tratamiento, la forma de entrega del tratamiento por los proveedores de cuidados de la salud, la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, influencia del sistema de salud y complejidad de los regímenes farmacológicos.

The American Heart Association en un estudio que resume muchas investigaciones y buscando determinar factores específicos relacionados al paciente y que están asociados a la no adherencia, encontró que los factores sociodemográficos tales como la edad, el estado marital, status socioeconómico y tipo de personalidad tienen débil e inconsistente efecto en la adherencia.¹¹

Estudios correlacionales revelan una relación positiva entre la adherencia del paciente a su tratamiento y los estilos de comunicación caracterizados por la administración de información, conversación “positiva” y formulación de interrogantes específicas acerca de la adherencia.

En la interacción profesional de la salud-enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico. La satisfacción del paciente con su proveedor de salud en nuestro caso médico predice la adherencia al tratamiento.¹²

Los modelos de comportamiento sugieren que la terapia más efectiva, prescrita por el clínico más cuidadoso, controlará la hipertensión solo

si el paciente está motivado a tomar la medicación, estableciendo y manteniendo un estilo de vida que promueva la salud.

La motivación del paciente para adherirse al tratamiento prescrito es influenciada por el valor que el o ella le da a seguir el régimen (razón costo-beneficio) y el grado de confianza en ser capaz de seguir esta.¹³. La construcción de la motivación intrínseca del paciente incrementando la importancia percibida de la adherencia, fortaleciendo la confianza y construyendo habilidades de auto manejo son los objetivos de la modelación del comportamiento que puede ser direccionado conjuntamente con los aspectos biomédicos si se espera mejorar la adherencia en forma global.

Varios autores sugieren que la confianza en el médico es el principal componente de la relación médico paciente. La medición cuantitativa de esa confianza del paciente se ha realizado a través de la Escala de Confianza en el Médico (Trust in Physician Scale)^{14,44}

Actualmente también es conocido que la educación o conocimiento por si solo interviene débilmente en la adherencia, sin embargo, muchas intervenciones confían en la educación para incrementar la adherencia a sus tratamientos. Información es el conocimiento básico acerca de las condiciones médicas, que incluyen como la enfermedad se desarrolla, el curso esperado y la estrategia efectiva para su manejo.

En un estudio se encontró que los pacientes hipertensos tienen un adecuado nivel de conciencia o conocimiento acerca de su enfermedad¹⁵, sin embargo, esta no guardaría relación con la presión sanguínea, expresando que quizás a pesar de tener el conocimiento no se hacen los necesarios cambios en los estilos de vida para controlar la presión arterial.

El grado de adherencia o cumplimiento de los regímenes terapéuticos esta influenciado por aspectos de tipo médico y psicológico

conductuales, constituyéndose en un aspecto importante de la investigación contemporánea.

Se puede decir que los pacientes necesitan estar informados, motivados y entrenados en el uso de estrategias de auto-regulación del comportamiento y cognitivas si ellos van a manejar efectivamente las demandas relacionadas al tratamiento impuesto por sus enfermedades.

Factores relacionados al paciente incluye la comprensión y aceptación de la enfermedad, percepción de los riesgos de salud relacionados a la enfermedad, conciencia de los costos y beneficios del tratamiento, participación activa en el monitoreo y toma de decisiones en relación al manejo de la enfermedad.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que esta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados ¹⁶

Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia;

mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática (como el caso de la Hipertensión Arterial) no dispone de claves internas para la acción y el seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo.

En la adherencia terapéutica también existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social.

La adherencia como conducta de salud va a estar muy relacionada con los valores generales de salud o motivación para la salud, así como también va a estar modulada por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento. Autores como Fishbein y Ajzen en 1980 plantearon la importancia de las creencias como factores moduladores importantes en la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones médicas y /o de salud.

Las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor implicado en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud. De igual forma la variable apoyo social se ha demostrado que puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud.

En la literatura se han descrito diversas estrategias para incrementar la adherencia terapéutica. Algunas de ellas están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias ¹⁷. Otras están orientadas a la modificación de la creencia del paciente en materia de salud y otras se proponen modificar el apoyo social fomentando en el entorno social

inmediato del enfermo su adherencia a las prescripciones, o integrándolo a grupos de autoayuda.

En la actualidad son múltiples las investigaciones que se llevan a cabo en torno al complejo problema de la adherencia terapéutica. Se han realizado numerosos estudios sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente, así como también con la organización y calidad de los servicios de salud.

Recientemente se ha desarrollado el modelo IMB (modelo de información, motivación y destreza de comportamiento). Esta incluye: La información que es el conocimiento básico acerca de la condición médica: que puede incluir como se desarrolla la enfermedad, su curso esperado y las estrategias efectivas para su manejo.

La motivación comprende las actitudes personales hacia el comportamiento adherencial, la percepción del soporte social para tal comportamiento y la norma subjetiva del paciente o percepción de cómo comportan otros con la misma condición médica. La destreza del comportamiento incluye el aseguramiento que el paciente tiene de las herramientas de comportamiento específicas o estrategias necesarias para desarrollar el comportamiento adherencial, tal como el soporte social y otras estrategias de autorregulación.

En una revisión acerca de la historia de la investigación sobre la historia de la adherencia, se han identificado 5 perspectivas teóricas generales en la adherencia; la perspectiva biomédica, la perspectiva de comportamiento, la perspectiva de comunicación, la perspectiva cognitiva y la perspectiva de la autorregulación.

La perspectiva biomédica para la adherencia asume que el paciente es seguidor pasivo de las órdenes del médico. La teoría del comportamiento enfatiza la importancia del reforzamiento positivo y negativo como mecanismo de influenciar el comportamiento y por consiguiente la adherencia.

La comunicación como perspectiva recomienda a los proveedores de cuidados de la salud en tratar de mejorar sus habilidades en comunicación con sus pacientes; y por tanto se enfatiza en la importancia de desarrollar una relación adecuada (rapport), educación del paciente, empleando una buena habilidad comunicacional y fundamentalmente una relación médico paciente mas horizontal. Esta perspectiva ha demostrado influenciar en la satisfacción con el cuidado médico. Sin embargo, datos convincentes acerca de su efecto positivo en la adherencia son escasos.

En la perspectiva cognitiva hay varios modelos que enfatizan estas variables y han sido aplicados en el estudio del comportamiento adherencial. Ejemplos de estos incluyen el Modelo de Creencias en Salud ¹⁸, la Teoría cognitivo-Social, la Teoría de la Acción Planeada y la Teoría de la Motivación-Protección, aunque estos modelos están dirigidos hacia las formas como el paciente conceptualiza las amenazas a su salud y valora los factores que pueden ser barreras o facilitar la adherencia, no siempre traduce bien las respuestas de comportamiento. ¹⁹

La teoría de la Autoregulación intenta integrar las variables ambientales y las respuestas cognitivas de los individuos a las amenazas de salud dentro del modelo Autoregulatorio. La esencia de este modelo señala como de importancia central a la conceptualización cognitiva de un paciente a una amenaza de salud o una enfermedad. La representación de la enfermedad (es decir las ideas que tienen acerca de las enfermedades que ellos sufren) y la respuesta que está mediando entre la amenaza de la salud y la acción tomada.

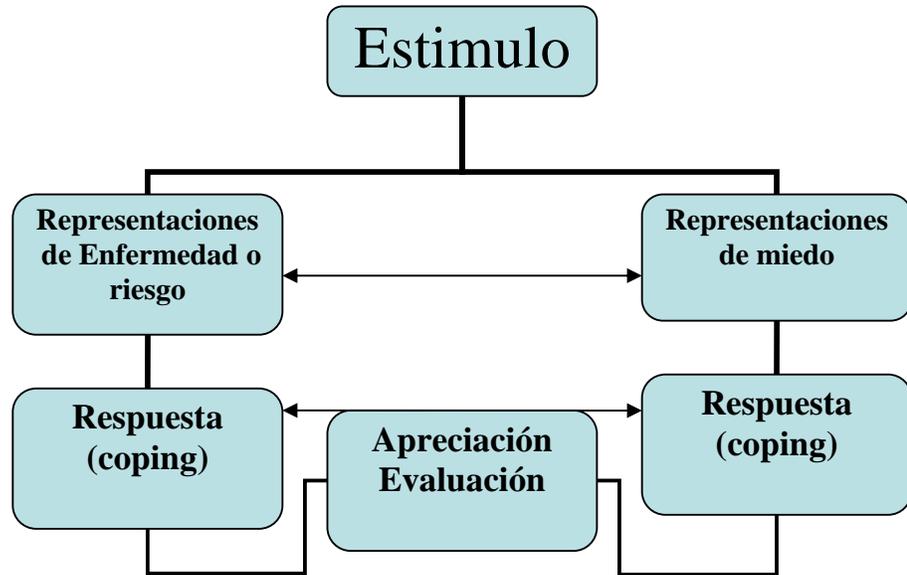
Las teorías psicológicas han sido propuestas por la certeza que los factores individualmente analizados no proporcionan una explicación completa de la decisión del paciente y su comportamiento.

Leventhal planteó al miedo como el primer motivador del comportamiento ²⁰. Cuando nos encontramos en una situación de miedo tomaremos una acción para reducir ésta. Del mismo modo el

inicio de una enfermedad da origen a una serie de problemas o reacciones los cuales varían grandemente de paciente a paciente. Recientemente los psicólogos han señalado que en orden de tomar conciencia y responder a estos problemas, los pacientes crean sus propios modelos o representaciones de enfermedad.

El más influyente modelo teórico es el Modelo Autoregulatorio (self-regulation model) de Leventhal y col. quienes han propuesto que las representaciones de enfermedad de los pacientes están basadas en distintos componentes (emocional y cognitivo) los cuales a su vez determinan el comportamiento para su manejo subsecuente (coping) ²¹ y finalmente ellos mismos aprecian el resultado de su comportamiento. Este proceso es activo por la continua retroalimentación, en el cual los resultados del proceso de apreciación final es retroalimentado para la formación de representaciones de enfermedad y la adopción de un nuevo manejo. Este modelo puede ser descrito en tres pasos:

1. Interpretación de la amenaza a la salud. Representación cognitiva tales como: síntomas, mensajes sociales, claves y posibles consecuencias.
2. Un plan de acción o (coping strategy). Buscar la atención médica, automedicación, discusión con otros, evitamiento (ejm. negación)
3. El estado final es el de apreciación. Evaluación de las estrategias de manejo o acciones, y reflexionando acerca de la necesidad de modificaciones.



Modelo Autoregulatorio

Leventhal sostiene que cada paciente tendrá sus propias ideas acerca de la identidad, causas, línea-tiempo y consecuencias de sus enfermedades. Posteriormente Lau y col. señalan que los modelos de los pacientes también incorporan creencias acerca de la cura y controlabilidad de la condición. Recientes revisiones confirman la consistencia y validez de estos 5 componentes de representaciones de enfermedad de los pacientes.²²

Los principales componentes cognitivos identificados son:

- 1. Identidad**, el cual comprende la calificación de la enfermedad, la naturaleza de su condición (síntomas asociados) que el paciente ve como parte de la enfermedad y las relaciones entre estos.
- 2. Causa**, idea personal acerca de la etiología el cual incluye causas únicas simples o modelos causales múltiples;
- 3. Línea-tiempo**, cuanto cree el paciente que la enfermedad durará. Estos pueden estar categorizados como agudos, crónicos o episódicos/cíclicos;
- 4. Consecuencias**, creencias individuales acerca de la severidad de la enfermedad y el probable impacto en el funcionamiento físico, social y psicológico;

5. Curación/control, el grado por el cual los pacientes creen que su condición es posible de ser curada o controlada.

COMPONENTE	ITEMS
<u>Identidad</u>	Estimación del número de síntomas que el paciente ve como parte de su enfermedad. Ejemplos incluyen; nauseas, olvidos, mareos, rigidez o dolor de articulaciones, fatiga, dolor muscular.
<u>Causa</u>	Idea personal acerca de la etiología de su enfermedad: ejm. -Un germen o virus produjo mi enfermedad. -La polución del medio ambiente produjo mi enfermedad. -El stress fue el principal factor que produjo mi enfermedad.
<u>Línea-tiempo</u>	Idea personal acerca de la duración de la enfermedad: ejm. - Mi enfermedad es probable que sea permanente más que temporal. - Mi enfermedad durará un largo tiempo
<u>Consecuencias</u>	Creencias acerca de la severidad y el impacto en nuestra vida: ejm. -Mi enfermedad tendrá consecuencias importantes en mi vida. -Mi enfermedad es una condición seria.

<u>Curación/control</u>	Grado por el cual los pacientes creen que su condición puede ser curada o mejorada. Ejm. -Es poco lo que puedo hacer para mejorar mi enfermedad. -El tratamiento es efectivo en curar mi enfermedad.
--------------------------------	--

Estas representaciones entran en juego tan pronto como los pacientes experimentan sus síntomas iniciales y típicamente cambian con la progresión de la enfermedad, síntomas emergentes y respuesta al tratamiento. Además se propone que estas representaciones señalan la respuesta cognitiva a los síntomas y enfermedades y las respuestas emocionales son procesadas en paralelo a las representaciones de la enfermedad.

En vista del creciente interés acerca de las representaciones de enfermedad de los pacientes y en el intento de comprender la naturaleza del manejo relacionado a la enfermedad y para el desarrollo de intervenciones para facilitar el auto manejo en las enfermedades crónicas se desarrolló un Cuestionario sobre Percepción de Enfermedades (Illness Perception Questionnaire).²³

También ha sido publicado el IPQ resumido que puede ser utilizado en grupos de estudio particulares mediante un procedimiento más rápido.²⁴

El Cuestionario sobre Percepción de Enfermedades (IPQ) es ampliamente usado como cuestionario que valora los 5 aspectos de las representaciones cognitivas de la enfermedad utilizando la escala de Likert de 5 puntos.

Hay intervenciones basadas en este modelo que son efectivas en influenciar el cambio de comportamiento en una variedad de aplicaciones clínicas.

Recientes aplicaciones de cuestionarios basados en el modelo autoregulatorio han sido exitosamente utilizados para valorar las percepciones de enfermedad y creencias acerca de la medicación.²⁵

La evidencia de los estudios proporcionan soporte cuantitativo para la relación estructural entre los cinco componentes de las 5 representaciones de la enfermedad y para la relación esperada entre las percepciones de la enfermedad y un rango de consecuencias psicológicas incluyendo *el manejo (coping)*, el humor, la adaptación funcional y la adherencia a un rango de recomendaciones.

El año 2002 se publica The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)²⁶ éste proporciona una más comprensiva y psicométricamente aceptable valoración de los 5 componentes de la percepción del paciente acerca de su enfermedad. Esta escala incorpora 3 sub.-escalas, la percepción de Línea de tiempo cíclico, la coherencia de la enfermedad y las representaciones emocionales.

La representación emocional; proporciona una valoración de la respuesta emocional generada por la enfermedad al paciente.

La coherencia de la enfermedad; mide el grado por el cual las representaciones de enfermedad del paciente le proporciona una comprensión coherente de su enfermedad, es decir un tipo de proceso meta-cognitivo que refleja la forma por el cual los pacientes evalúan la coherencia o utilidad de sus representaciones de enfermedad.

Línea de tiempo cíclico; valora la presentación de las enfermedades que no necesariamente son agudas o crónicas, si no de presentación cíclica.

Actualmente la mayoría de estudios acerca de la percepción de la enfermedad se han realizado para demostrar las asociaciones de percepción de enfermedad con el comportamiento y consecuencias emocionales de la enfermedad.²⁷

Horne y Weinman han propuesto que las creencias acerca del tratamiento son también importantes y pueden ser adicionados en el modelo autoregulatorio.²⁸ Actualmente la investigación sobre

adherencia resalta la influencia de las creencias del paciente acerca de su enfermedad y su tratamiento.

Los pacientes construyen “modelos mentales” que engloban sus creencias sobre los medicamentos en general y sobre el tratamiento específico de su enfermedad, en muchos casos la apreciación es bastante negativa.²⁹ (por ejemplo, por los efectos secundarios). Igualmente, elaboran una visión personal de la necesidad de tomar su medicación. Los resultados procedentes de pacientes con diversos trastornos crónicos revelan que estas creencias poseen una potente influencia sobre la adherencia.

El método utilizado para valorar estas percepciones es el Cuestionario sobre Creencias acerca de las Medicinas (The Belief About Medicines Questionnaire o BMQ)⁵³. El BMQ comprende 2 secciones; el BMQ específico el cual valora representaciones de medicación prescrita para uso personal y el BMQ general el cual valora creencias acerca de los medicamentos en general.

En el análisis de la percepción acerca del tratamiento se ha podido inferir que la adherencia a la medicación está influenciado por un análisis implícito costo beneficio en el cual las creencias acerca de la necesidad de la medicación prescrita para mantener la salud o evitar la enfermedad son contrapesados contra la preocupación acerca de los efectos negativos de tomar ésta.

Los estudios que utilizan el modelo de representaciones de enfermedad adoptado por Leventhal son utilizadas en la investigación psicológica en salud para comprender los factores que influyen la adherencia individual a regímenes de medicamentos o comportamientos para el manejo de las enfermedades y la identificación de puntos de intervención. Los estudios muestran que la percepción cognitiva de enfermedad, en sus dimensiones de consecuencias, cura/control, identidad y línea de tiempo siguen un patrón lógico confirmando su validez discriminativa y de construcción a través de las diferentes enfermedades. De la misma forma el análisis proporciona evidencia de relaciones teóricamente predecibles entre percepción de enfermedad, plan de acción y resultados.⁵¹

Antes del empleo del cuestionario IPQ se utilizaron entrevistas a profundidad con preguntas semiestructuradas que se focalizaban en experiencias de enfermedades concretas del paciente para obtener sus representaciones de enfermedad, pero estas no tienen un soporte psicométrico de la metodología IPQ que demuestra que sus escalas tienen buenos niveles de consistencia interna y confiabilidad de test y post test.

Consistencia interna (Cronbach alpha)		
ESCALA	IPQ ²³	IPQ-R ²⁶
Identidad	0.82	
Línea de tiempo	0.73	0.89
Consecuencias	0.82	0.84
Control/cura	0.73	
Línea de tiempo cíclico		0.79
Control personal		0.81
Control del tratamiento		0.80
Coherencia		0.87
Representaciones emocionales		0.88
Causas psicológicas		0.86
Factores de riesgo		0.77

Se demuestra originalmente que las escalas muestran relaciones lógicas y buenas correlaciones con otras medidas de salud y discapacidad, además de adecuada validez predictiva y validez discriminativa. En el IPQ-R se mejoraron sus propiedades psicométricas de algunas subescalas a la vez que se amplía su espectro. Tal como las subescalas cura/control y línea de tiempo que se dividieron por una parte control personal y creencias en la capacidad personal y por otro lado creencias en el tratamiento, además de las subescalas línea de tiempo agudo-crónico y línea de tiempo cíclico.

Finalmente otro componente no considerado anteriormente es la representación emocional.

Recientemente se han estudiado las propiedades psicométricas (análisis de la estructura factorial y fiabilidad) de la versión española del IPQ-R en una muestra de pacientes hipertensos⁵² siendo esta adecuada. Ejm: control $\alpha=0.96$, representaciones emocionales $\alpha=0.91$, línea de tiempo agudo-crónico $\alpha=0.96$, línea de tiempo cíclico $\alpha=0.95$. coherencia de la enfermedad $\alpha=0.86$.

Con respecto a las escalas del BMQ las medidas de la consistencia interna y la confiabilidad del test y post test fueron adecuadas así como la validez discriminativa y la relacionada a criterios.⁵³ Se ha evaluado la estructura factorial y la fiabilidad de la versión española del BMQ⁵⁴. Se comprobó su validez para discriminar entre pacientes con distintas modalidades de tratamiento y fiabilidad para evaluar las creencias sobre la medicación.

En investigación la adherencia ha sido operacionalizado en diferentes formas; como el grado por el cual un régimen es seguido, expresado como un porcentaje o una tasa. Un fenómeno categórico (bueno vs. pobre adherencia), o un índice de resultado que sintetiza múltiples comportamientos. Sin embargo, para propósitos clínicos estas definiciones carecen de especificidad y no dan una clara dirección para evaluaciones e intervenciones.

Para monitorear la adherencia existen 2 métodos los directos y los indirectos. Los métodos directos, basados en la medición de metabolitos o de marcadores en sangre u orina se considera mas seguros, pero su uso esta limitado por los costos y viabilidad. Entre los indirectos se considera el juicio del médico, el conteo de píldoras, el conteo de comprimidos con microprocesador y el autoreporte del paciente. Desde la utilización inicial del cuestionario de autoreporte³⁰ en pacientes con hipertensión arterial, esta prueba ha demostrado validez predictiva y consistente con respecto al control de la presión

sanguínea. Este test comparado con el nivel de drogas o el conteo de píldoras, ha demostrado una sobreestimación de la adherencia, pero es seguro al informar la no adherencia. Se ha señalado que el autoreporte tiende a subestimar la verdadera presencia de la no adherencia en alrededor de 20%. De la misma forma estudiando los diversos métodos de medición de adherencia, se señala que el autoinforme del paciente fue el que mejor se correlacionó con el conteo de comprimidos (dispositivo electrónico llamado MEMS en inglés), ya que el 70% de los pacientes que reportaron alta adherencia fueron confirmados como adherentes, mientras que el 90% de los que reportaron no-adherencia fueron confirmados con similar método.

1.4 MARCO REFERENCIAL

En reciente revisión donde se valora los métodos actuales para mejorar la adherencia a la medicación para problemas de salud crónica, se reconoce a estos como complejos, laboriosos y de efectividad no predecible; estos incluyen cuidados más exhaustivos, información, consejería, advertencia, auto-monitoreo, reforzamiento, terapia de familia y otras formas de supervisión o atención.³¹

En el caso de una revisión sistemática de estudios controlados randomizados acerca de cómo mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, se concluye que la reducción del número de dosis parece ser efectivo en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, y las estrategias motivacionales e intervenciones complejas son prometedoras pero que necesitan mas evidencia en su efecto.¹⁶

En un estudio observacional en la que se evalúan aspectos para la no adherencia, se considera a la falta de información como el factor más importante para el abandono del tratamiento, así como los efectos colaterales de los medicamentos.³² En otro estudio cualitativo³³ se describe que los pacientes en general tienen reservas en el uso de medicamentos y específicamente en tomar antihipertensivos, las razones para tomar la medicación incluyen experiencias positivas con el médico, beneficios percibidos de la medicación y consideraciones prácticas. Los pacientes en general valoran sus reservas contra las razones para tomar antihipertensivos, de tal forma que la decisión se hace en forma personal.

Se reconoce que una evaluación comprensiva y estructurada de las creencias del paciente acerca de su enfermedad y su medicación nos permite conocer las barreras, que con intervenciones diseñadas a los problemas identificados mejoran el control clínico y el uso de la medicación.³⁴

De la misma forma se recomienda que para lograr mayor adherencia al tratamiento en la terapia antihipertensiva, la compliance necesita ser vista como un proceso de cambio de comportamiento (teoría del cambio de comportamiento) antes que focalizar solamente en las creencias del paciente o las barreras para ésta o aún las características del tratamiento clínico. Señala que además de seleccionar el más efectivo agente antihipertensivo para el tratamiento de los pacientes con hipertensión, es importante que la disposición de cada paciente a cumplir sea valorado y se desarrolle una estrategia correspondiente a cada caso para el cumplimiento.¹⁷

Recientemente cuestionarios basados en el modelo autoregulatorio han sido exitosamente utilizados para valorar las percepciones de la enfermedad y creencias acerca de las medicinas. Un estudio que fue diseñado para describir las creencias de los pacientes hipertensos acerca de su enfermedad y medicación utilizando el modelo autoregulatorio y para investigar si estas creencias influyen con la adherencia antihipertensiva²⁵; el análisis mostró que los pacientes que creen en la necesidad de medicación son mas probables a ser adherentes. Otros factores predictivos importantes fueron la edad, la respuesta emocional a la enfermedad y creencias en la capacidad personal a controlar la enfermedad. Se concluyó además que las creencias acerca de la medicación en general y acerca de la hipertensión (medicación específica) son predictivos de compliance y la información acerca de las creencias en salud es importante para lograr la adherencia y pueda esta ser un punto de intervención para mejorarla.

1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia de la percepción acerca de la enfermedad y de su medicación en la adherencia al tratamiento de pacientes con Hipertensión Arterial. ?

1.6 HIPOTESIS

La hipótesis principal considerada para el presente estudio es:

◆ La percepción acerca de la enfermedad y su medicación en pacientes con Hipertensión Arterial están relacionados con la adherencia o no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 OBJETIVO GENERAL

◆ **Conocer la influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial para la adherencia al tratamiento antihipertensivo.**

1.7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

◆ **Determinar la influencia de la edad y género en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.**

◆ **Valorar las representaciones cognitivas y emocionales de las percepciones acerca de la enfermedad en la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial.**

◆ **Conocer la influencia de las creencias acerca de la medicación en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.**

1.8 JUSTIFICACION.

Por muchas décadas hemos observado la preocupación por el desarrollo de métodos dirigidos hacia asegurar que los pacientes continúen con su terapia o medicación especialmente en el caso de enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, etc. Inicialmente se pensaba que el paciente simplemente se olvidaba del tratamiento y que por su dejadez y poca comprensión de su enfermedad y de las indicaciones dadas por el médico no cumplía con las indicaciones. Sin embargo, ahora conocemos que éste es una elección racional donde intervienen la naturaleza de enfermedad, el número de medicamentos prescritos, autoevaluación de los resultados observados, creencias acerca de la medicación y otros, que sin embargo aisladamente no explican totalmente las decisiones del paciente. Para esto requerimos un método sistemático y complejo para entender adecuadamente la adherencia o no al tratamiento, en este estudio la atención está dirigida hacia el tratamiento antihipertensivo, ya que la hipertensión arterial afecta a un grupo importante de nuestra población.

En nuestro país está cambiando la distribución y prevalencia de las enfermedades, especialmente en el área urbana que atiende el Hospital Rebagliati (ESSALUD), observamos especialmente en los servicios de medicina pacientes con antecedente de hipertensión arterial y muchos de ellos con complicaciones de éstas que implican importantes repercusiones de morbimortalidad y de costos para su manejo.

Conocer los posibles factores y elementos que influyen en una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo, especialmente las relacionadas al propio paciente en su elección de seguir o no el tratamiento señalado contribuirá de forma importante para comprender y mejorar el manejo de una de las patologías mas frecuentemente atendidas.

Finalmente podemos decir que este trabajo es hecho como una contribución útil al conocimiento y debate amplio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, proponiendo el reconocimiento de

algunas soluciones y de aplicación en nuestra propia población. Sin embargo, reconocemos que ya se conoce mucha información sobre el tema pero que no es debidamente aplicado.

Finalmente se reconoce que el tratamiento adecuado para la hipertensión arterial es imprescindible para disminuir las complicaciones que de ella se derivan, por tanto se requieren de estudios que nos ayuden a identificar a los pacientes no adherentes en los que deben diseñarse estrategias de intervención adecuada.

CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Estudio observacional, transversal, comparativo.

2.2 SUJETOS

UNIVERSO: Esta constituido por los pacientes atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (ESSALUD) que es considerado un hospital de referencia nacional en el Perú (entendiéndose a este como el de más alto nivel de resolución). Este hospital consta de 1500 camas de hospitalización; con una atención de 33,562 pacientes hospitalizados por año y 150,274 pacientes atendidos en consultorio externo en el mismo periodo de tiempo.

POBLACIÓN: Los pacientes objeto de estudio son de 18 o mas años de edad con diagnóstico o antecedente de hipertensión arterial que se atendieron en el área de consulta externa del servicio de Cardiología entre los meses de Enero a Junio del 2007.

MUESTRA: Constituido por 153 pacientes de los cuales 70 fueron adherentes y 83 no adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial. El muestreo fue no probabilística.

SELECCIÓN MUESTRAL: La población de hipertensos fue clasificado en adherentes y no adherentes según el test Morisky utilizándose los siguientes criterios.

Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial.
- Mayores de 18 años de edad.

Criterios de exclusión.

- Enfermedad mental o física que impida transmitir sus respuestas a los cuestionarios.

Criterios de Eliminación.

- Pacientes que no concluyeron la totalidad de respuestas de los cuestionarios.

2.3 MATERIALES

A, Test o cuestionario de autoreporte de Moriski. (anexo 2) Este cuestionario evalúa en forma indirecta la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.), consiste de 4 preguntas acerca de la medicación que toma, el cual cubre información acerca del olvido, descuido y cese del tratamiento en caso de mejoramiento o deterioro de síntomas. Los pacientes fueron divididos en categorías alto, medio y baja respuesta hacia la adherencia en base a las respuestas negativas que estos brindaron. Para un adecuado análisis estadístico se agruparon los casos de alta compliance (4 respuestas negativas) como adherentes y las categorías media o baja (3 o menos respuestas negativas) con el test de Morisky como no adherentes.

Este test ha demostrado validez predictiva y consistente con respecto al control de la presión sanguínea.³⁰

B. (Cuestionario sobre Percepción de Enfermedades Revisado) IPQ-R (anexo 3). que mide 9 componentes cognitivos definidos como: identidad, causa, línea de tiempo agudo/crónico, línea de tiempo cíclico, consecuencias, control personal, control del tratamiento, coherencia y representación emocional. Una lista de las posibles respuestas a cada aspecto fue dado por los pacientes de acuerdo o en desacuerdo con ellas, se valoró las respuestas con escalas de Likert de 5 puntos en cada una de las preguntas y el score de cada tema fue tomado como el promedio de la pregunta relevante a ese tema; los puntaje en la identidad, línea de tiempo, consecuencias y dimensiones cíclicas representan fuertes creencias acerca del número de síntomas atribuidos a la enfermedad, la cronicidad de la condición, las consecuencias negativas de la condición y la naturaleza cíclica de la enfermedad. Los mas altos puntajes en las dimensiones control personal, control del tratamiento y coherencia, representaron creencias positivas acerca de la controlabilidad de la enfermedad y la comprensión personal de la condición. El IPQ-R tiene buena consistencia interna así como un aceptable confiabilidad del test y post test.²⁶

Cuestionario de Creencias Acerca de la Medicación (BMQ) (anexo 4). Proporciona una valoración cuantitativa de las creencias de los pacientes acerca de su medicación y el tipo de creencias que está relacionado a la adherencia. El BMQ comprende 2 secciones. El BMQ específico que valora las representaciones de la medicación prescrita en forma personal para la enfermedad y el BMQ general que valora las creencias acerca de la medicación en general. El primero utiliza 2 grupos de respuesta de 5 ítems cada uno valorando las creencias acerca de la medicación (Necesidad- Específica) y preocupación acerca de la medicación prescrita basada en las creencias acerca del peligro de dependencia y toxicidad a largo plazo además de otros problemas causados por la medicación (Preocupación-específica), el segundo también 2 grupos de respuesta de 4 ítems cada uno valorando las creencias que las medicinas son dañinas, adictivas o tóxicas que no deben ser tomados continuamente (Daño-General) y las medicinas son sobreutilizadas por los médicos (Sobreuso-General). Las medidas de consistencia interna y la confiabilidad del test y post test fueron aceptables así como la validez discriminativa y la relacionada a criterios.⁵³

2.4 PROCEDIMIENTO.

Los pacientes fueron encuestados en el área de espera para la atención de consultorios externos de cardiología, para el cual se solicitó previamente su aceptación de participación en la investigación. Los pacientes que aceptaron recibieron un cuestionario múltiple que incluyó información genérica como la edad y el sexo. Para la determinación de los grupos de comparación (adherentes y no adherentes) se utilizó el cuestionario de Moriski. Posteriormente un segundo cuestionario con las variables independientes cognitivas y emocionales relacionados a la enfermedad y al tratamiento construidos con escalas tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (desacuerdo totalmente, desacuerdo, indeciso, acuerdo y acuerdo totalmente) . Estos instrumentos son el Cuestionario sobre Percepción de Enfermedades (IPQ-R), Cuestionario acerca de la percepción acerca de los medicamentos (BMQ).

La información obtenida en los cuestionarios fue tabulada utilizando el programa Excel para finalmente hacer el análisis comparativo y de asociación con el programa SPSS.

2.5 ETICA.

Antes de la aplicación del estudio se solicitó a través de la oficina de capacitación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins su evaluación, obteniendo opinión favorable del comité de ética hospitalario para el desarrollo del estudio.

2.6 ESTADISTICA.

La información recogida fue tabulada en el programa Microsoft Excel y analizados utilizando el SPSS v. 10.1.

El análisis estadístico fue realizado utilizando, el T-test para variables contínuas y el Test Chi-cuadrado para variables no contínuas, prueba U de Mann Witnney y correlación de Sperman para identificar las más importantes variables predictivas para la adherencia y creencias en salud, utilizando las variables que fueron identificadas como importantes en el análisis univariado.

Los resultados de presentan a través de tablas, gráficos, diagrama de barras y diagrama de cajas.

2.7 VARIABLES DEL ESTUDIO

2.7.1 Variables Independientes

Contempla las variables:

COGNITIVAS Y EMOCIONALES

1. Cuestionario sobre percepción de enfermedades. Illness Perception Questionnaire (IPO-R).

Representación emocional.

Proporciona una valoración de la respuesta emocional generada por la enfermedad al paciente.

1. Tener la presión sanguínea alta me produce ansiedad.
2. Me deprimó cuando pienso acerca de mi hipertensión arterial.
3. Mi presión sanguínea alta me hace tener miedo.
4. Mi presión sanguínea alta me pone colérico.
5. Cuando pienso acerca de presión sanguínea alta, me preocupo.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 25, mínima puntuación 5: Categorías: mayor representación emocional y menor representación emocional

Línea de Tiempo agudo/crónico

Valoración de cuanto cree el paciente que durará su enfermedad o percepción de agudeza y cronicidad.

1. Espero tener esta presión sanguínea alta por el resto de mi vida.
2. Mi presión sanguínea alta es probable que sea permanente más que temporal.
3. Mi presión sanguínea alta mejorará en el tiempo.*
4. Mi presión sanguínea alta durará un largo tiempo.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente). (* score puntuado al revés).

Máxima puntuación 20, mínima puntuación 4: Categorías: percepción de duración mayor(cronicidad) y percepción de duración menor(agudeza).

Línea de tiempo cíclico.

Valora la presentación de las enfermedades que no necesariamente son agudas o crónicas, si no de presentación cíclica.

1. Yo tengo períodos en el cual mi presión sanguínea mejora y otros en que empeora.
2. Mi presión sanguínea alta es muy impredecible.
3. Mis síntomas vienen y van en ciclos.
4. Los síntomas de mi presión sanguínea alta cambian bastante de un día a otro.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 20, mínima puntuación 4: Categorías: mayor percepción de ciclicidad y menor percepción de ciclicidad.

Consecuencias.

Creencia individual acerca de la severidad de la enfermedad y el probable impacto en el funcionamiento físico, social y psicológico.

1. Mi presión sanguínea alta produce dificultades en quienes están cerca de mí.
2. Mi presión sanguínea alta tiene serias consecuencias financieras.
3. Mi presión sanguínea alta es un problema serio.
4. Mi presión sanguínea alta me afecta fuertemente en la forma que otros me ven.
5. Mi presión sanguínea alta tiene serias consecuencias en mi vida.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente). (* score puntuado al revés).

Máxima puntuación 25, mínima puntuación 5: Categorías: mayor representación de consecuencias y menor representación de consecuencias.

Control personal

Creencia acerca de la capacidad personal para manejar adecuadamente la hipertensión arterial.

1. Yo tengo el poder para influenciar mi presión sanguínea alta.
2. El curso de mi presión sanguínea alta depende de mí.
3. Frecuentemente escucho información acerca de la hipertensión arterial.
4. ¿Que puedo hacer si mi enfermedad mejora o empeora.?
5. Es bastante lo que puedo hacer para controlar mis síntomas.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 25, mínima puntuación 5: Categorías: mayor percepción de control personal y menor percepción de control personal.

Control del tratamiento.

Percepción del grado por el cual los pacientes creen que su condición es posible de ser curada o controlada.

1. Mi tratamiento puede controlar mi presión sanguínea alta.
2. Mi tratamiento será efectivo en curar mi presión sanguínea alta.
3. Los efectos negativos de mi presión sanguínea alta pueden ser evitados con mi tratamiento.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 15, mínima puntuación 3: Categorías: mayor percepción de control del tratamiento y menor percepción del control del tratamiento.

Comprensión o coherencia

Grado por el cual las personas entienden o comprenden sus enfermedades.

1. Yo tengo una visión o comprensión clara de mi presión sanguínea alta.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 5, mínima puntuación 1: Categorías: mayor comprensión y menor comprensión.

Identidad

Medida del número de síntomas que el paciente ve como parte de las enfermedades. Los síntomas son dolor, dolor de garganta, náusea, falta de aire, pérdida de peso, fatiga, rigidez de articulaciones, dolor de ojos, respiración ruidosa, dolor de cabeza, problemas estomacales, dificultades en el sueño, mareos, pérdida de fuerza, pérdida del apetito sexual, impotencia, bochornos, aumento de la frecuencia cardíaca, punzadas y pinchazos.

Para la comparación se hace la suma de todas las respuestas “sí” de la columna 2 y 3 (el síntoma está relacionado a mi enfermedad y al tratamiento respectivamente)

Causa

Dimensión personal acerca del origen de la enfermedad.

Las causas son stress o preocupaciones, hereditario, un germen o virus, dieta o hábitos de comida, mal cuidado de mi salud en el pasado, contaminación del medio ambiente, mi propio comportamiento, mi actitud mental, problemas o preocupaciones familiares, mucho trabajo, mi estado emocional, la edad, el alcohol, el cigarrillo, un accidente o lesión, mi personalidad, mi pobre sistema inmune.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 5, mínima puntuación 1: Categorías: mayor percepción de creencia y no creencia en uno o varios factores causales.

2. Cuestionario acerca de la percepción sobre los medicamentos: (Belief About Medicines Questionnaire.)

BMQ ESPECÍFICO.

Puntos de vista acerca de los medicamentos prescritos.

Necesidad.

Necesidad de mantener la medicación para mantener o mejorar la salud.

1. Mi salud en este momento depende de mis medicamentos.
2. Mi vida sin mis medicamentos sería imposible.
3. Sin mis medicamentos estaría muy enfermo.
4. Mi salud en el futuro dependerá de mis medicamentos.
5. Mis medicamentos me protegen de llegar a estar peor.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 25, mínima puntuación 5: Categorías: mayor percepción de necesidad de la medicación y menor percepción de la necesidad de medicación.

Preocupación

Preocupación acerca de los potenciales efectos adversos de la medicación antihipertensiva.

6. Algunas veces me preocupa los efectos a largo plazo de mis medicamentos.
7. Mis medicamentos son un misterio para mí.
8. Tener que tomar medicamentos me preocupa
9. Mis medicamentos alteran mi vida.
10. Algunas veces me preocupa llegar a ser dependiente de mis medicamentos.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 25, mínima puntuación 5: Categorías: mayor percepción de preocupación acerca de la medicación y menor percepción de preocupación acerca de la medicación.

BMQ GENERAL.

Percepción de los medicamentos en general, no necesariamente los específicos para tratar la hipertensión arterial.

Daño

Percepción de repercusión negativa para la salud de los medicamentos en general.

1. La mayoría de medicamentos son adictivos.
2. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos..
3. Los medicamentos son más perjudiciales que buenos.

4. Todos los medicamentos son tóxicos.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 20, mínima puntuación 4: Categorías: mayor percepción de daño por la medicación y menor percepción de daño por la medicación.

Sobreuso

Percepción de sobre-uso de los medicamentos en perjuicio de la salud.

5. Si los médicos estuvieran mas tiempo con sus pacientes utilizarían menos medicamentos

6. Los médicos tienen mucha confianza en los medicamentos.

7. Los médicos usan muchos medicamentos.

8. Las personas que toman medicamentos deben dejar de tomar sus medicamentos por un tiempo y luego reiniciarlos.

(Escala de puntuación 5 puntos: **5**; acuerdo totalmente. **4**; de acuerdo. **3**; indeciso. **2**; desacuerdo. **1**; desacuerdo totalmente).

Máxima puntuación 20, mínima puntuación 4: Categorías: mayor percepción de sobreuso acerca de la medicación y menor percepción de sobre-uso acerca de la medicación.

2.7.2 Variable Dependiente.

Adherencia Terapéutica. (Test Morisky-Green)³⁰

1. ¿Se ha olvidado alguna vez de tomar sus medicamentos.?
2. ¿Algunas veces no presta atención a las horas que debe tomar sus medicamentos. ?
3. ¿Algunas veces no toma sus medicamentos cuando se siente bien?
4. ¿Cuándo Ud. se siente mal por la medicación, deja de tomarlo?

Se califica con 1 punto cuando la respuesta en cada uno de los casos es negativa. Los pacientes son considerados adherentes al tratamiento cuando obtienen el score máximo de 4 puntos, y no adherentes cuando tienen 3 ó menos)

2.7.3 Variables Intervinientes.

1. Edad. Número de años transcurridos desde el nacimiento.
2. Sexo. Característica sexual fenotípica.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

3.1. RESULTADOS.

Las encuestas fueron completadas por 153 pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins, de los cuales 70 (45.8%) fueron adherentes y 83 (54.2%) los no adherentes. El número de encuestas realizadas para encontrar el número adecuado de pacientes fueron 1 a 5 en la relación adherentes/no adherentes.

Del total de pacientes no adherentes, 71 (85.5%) señalaron como motivo de no adherencia que “algunas veces descuidó la hora que debían tomar sus medicamentos”. A su vez en este grupo de pacientes, 19 (22.9%) indicó 1 motivo, 32 (38.6%) señaló 2 motivos, 24 (28.9%) 3 motivos y 8 (9.6%) 4 motivos como causas de no adherencia al tratamiento. Se remarca que el grupo que señaló 2 motivos para la no adherencia es el de mayor porcentaje. (cuadro 1)

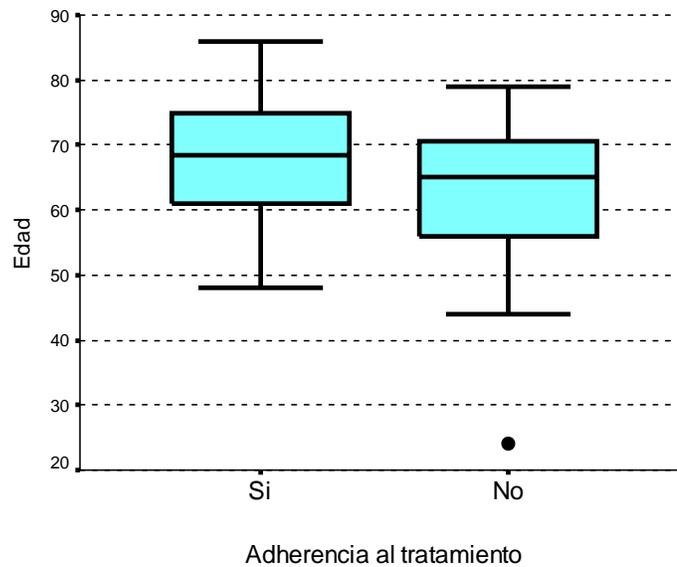
Cuadro 1. Número de motivos para la no adherencia por pacientes no adherentes*

Número de motivos	Frecuencia	Porcentaje
Uno	19	22.9
Dos	32	38.6
Tres	24	28.9
Cuatro	8	9.6
Total	83	100.0

* se aplicó test Moriski

El promedio de edad para el grupo de no adherentes fue de 62.60 años (d.e. 10.1) y el de adherentes de 68.66 años, (d.e. 9.1), observándose que el promedio de edad de los adherentes fue significativamente mayor que en los no adherentes. (P <0.001 para la prueba t student).(gráfico 1)

Grafico 1. Distribución según edad y adherencia (P <0.001 para la prueba t student).



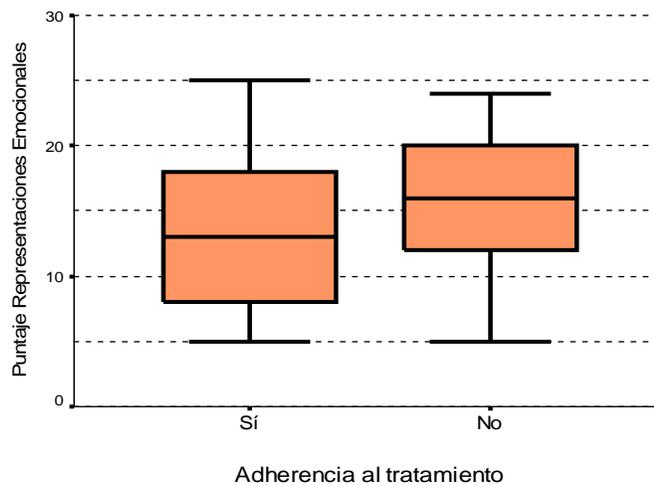
No hubo diferencia en la adherencia al tratamiento y el sexo (p=0.679 por la prueba chi cuadrado).cuadro 2

Cuadro 2. Distribución según sexo y Adherencia (p=0.679 por la prueba chi cuadrado).

Grupo	Masculino		Femenino	
	N	%	n	%
Adherentes	31	47.7	39	44.3
No Adherentes	34	52.3	49	55.7
Total	65	100.0	88	100.0

Al aplicar el cuestionario sobre percepción de enfermedades los pacientes no adherentes tuvieron más fuertes representaciones emocionales. gráfico 2

Gráfico 2. Representaciones emocionales y adherencia al tratamiento (p=0.003 prueba U Mann Whitney).



También se encontró diferencia en la categoría de comprensión de la enfermedad (p=0.003 prueba U Mann Whitney) con reporte de mejor comprensión en el grupo adherente. cuadro 3

Los ítems en esta categoría fueron solo uno esto debe disminuir la consistencia interna comparativamente con la versión original del IPQ-R

Cuadro 3. Distribución según adherencia y “comprensión de la enfermedad”.

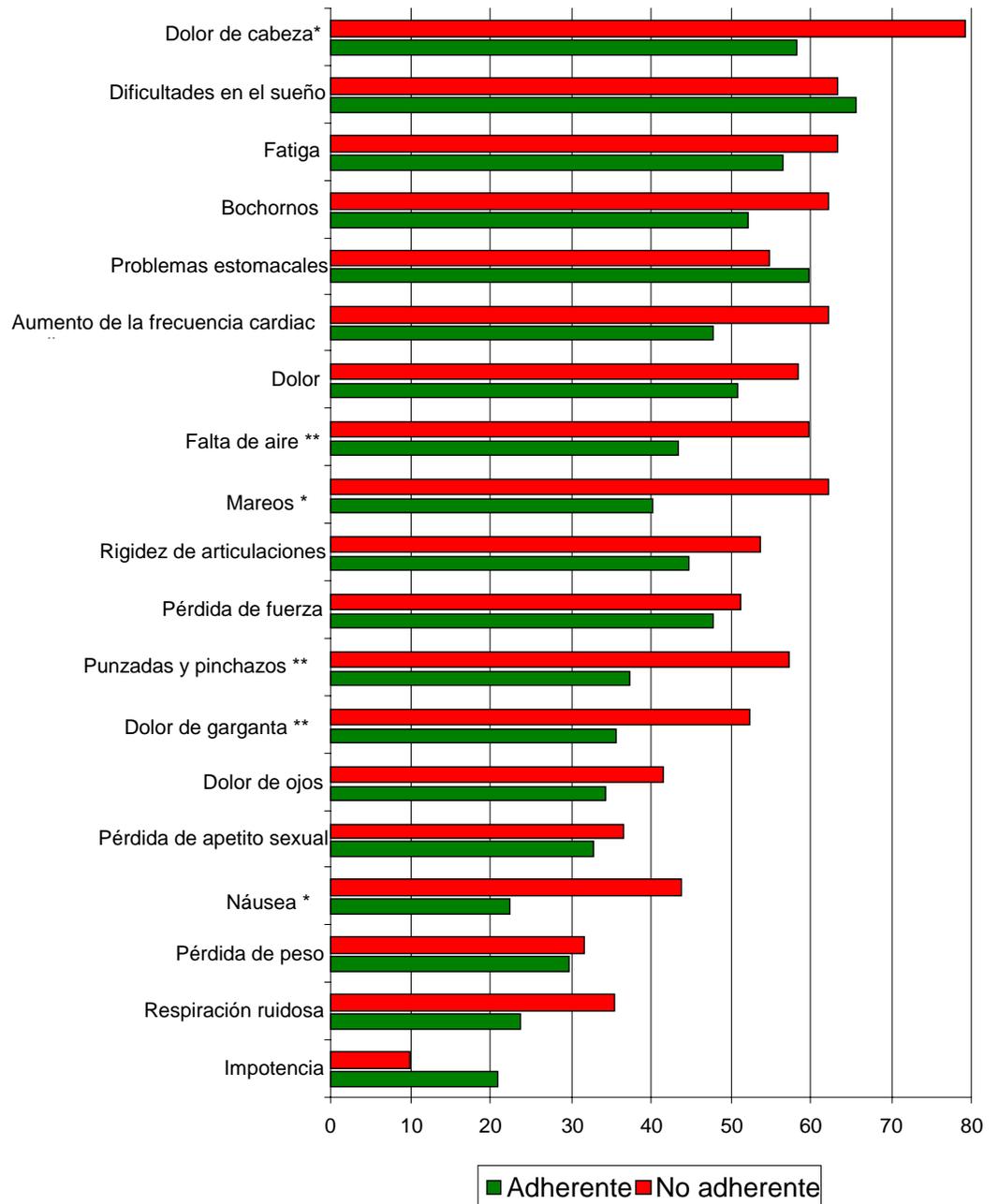
Grupo	Mediana	Cuartil 1	Cuartil 3
Adherentes	4.5	4	5
No Adherentes	4	3	5

Existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (p=0.003 - prueba U de Mann-Whitney).

En la categoría de Línea-tiempo se apreció mayor percepción de cronicidad en el grupo adherente, pero no significativo ($p=0.150$ prueba U Mann Whitney). La variabilidad en el tiempo (línea de tiempo cíclico), consecuencias, control personal y control del tratamiento no mostraron diferencias entre los grupos de pacientes adherentes y no adherentes.

En cuanto al reporte de síntomas recientes para el total de pacientes encuestados fueron dolor de cabeza 69.8%, dificultad en el sueño 64.4% y fatiga 60.4%. La frecuencia de presentación de síntomas en el grupo de no adherentes fue siempre mayor para 17 de los 18 síntomas presentados en la encuesta, con diferencia estadísticamente significativa para dolor de cabeza, falta de aire, mareos, punzadas y pinchazos, dolor de garganta y náuseas con percepción de enfermedad sintomática mayor en el grupo de no adherentes. Gráfico 3

Grafico 3. Frecuencia de síntomas recientes



* $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ para la prueba chi cuadrado

En cuanto a la percepción de síntomas y la hipertensión arterial propiamente, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos para bochornos*, aumento de la frecuencia cardiaca **, rigidez de articulaciones ** y punzadas y pinchazos *. (* $p < 0.05$ y ** $p < 0.01$)

prueba chi-cuadrado.) En todos los casos mayor percepción de síntomas en el grupo no adherente.

Para el caso de percepción de síntomas y el tratamiento que recibe por hipertensión arterial no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Se señalan como causas de Hipertensión Arterial para ambos grupos: (cuadro 4)

Cuadro 4. Percepción sobre las posibles causas de la HTA

Posible causa	Frecuencia (porcentaje)
Stress o preocupaciones	81.0
Problemas o preocupaciones familiares	80.4
Mal cuidado de mi salud en el pasado	68.0
La edad	68.0
Dieta o hábitos de comida	67.3
Mi estado emocional	65.4
Hereditario (viene de familia)	58.9
Mi propio comportamiento	53.6
Contaminación del medio ambiente	46.4
Mucho trabajo	44.5
El cigarrillo	43.1
Mi actitud mental	39.9
El alcohol	37.2
Mi personalidad	36.6
Mi pobre sistema inmune	32.7
Un accidente o lesión	21.2
El azar o la mala suerte	11.2
Un germen o virus	5.3

Hubo diferencia significativa para el grupo de adherentes y no adherentes cuando se consideran como causa de hipertensión arterial al mal cuidado de la salud en el pasado ($p=0.023$), actitud mental negativa ($p=0.007$), exceso de trabajo ($p=0.045$), estado emocional deprimido ($p=0.034$), pobre sistema inmune ($p<0.001$) y en el caso de accidente o lesión ($p=0.014$). Todos ellos con percepción favorable hacia estas causas en el grupo de no adherentes.

En el análisis de correlación de la edad y percepción acerca de la enfermedad se encontró una correlación no significativa (Spearman's rho = -0.150) y para la correlación entre edad y percepción acerca del tratamiento esta es significativa (Spearman's rho= -0.242).(cuadro5 y 6)

Cuadro 5. Análisis de correlación entre edad y puntos de vista acerca de la HTA.

Correlations

			Edad	Puntaje para puntos de vista acerca de su HTA
Spearman's rho	Edad	Correlation Coefficient	1.000	-.150
		Sig. (2-tailed)	.	.073
	Puntaje para puntos de vista acerca de su HTA	Correlation Coefficient	-.150	1.000
		Sig. (2-tailed)	.073	.

CORRELACIÓN DÉBIL (-0.150), NO SIGNIFICATIVA.

Cuadro 6. Análisis de correlación entre edad y puntos de vista acerca del tratamiento.

Correlations

			Edad	Puntaje para puntos de vista acerca de los medicamentos prescritos para su HTA
Spearman's rho	Edad	Correlation Coefficient	1.000	.242**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
	Puntaje para puntos de vista acerca de los medicamentos prescritos para su HTA	Correlation Coefficient	.242**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

CORRELACIÓN DÉBIL (-0.242), SIGNIFICATIVA.

Los elementos del BMQ (Cuestionario de creencias acerca del tratamiento) estuvieron relacionadas con la adherencia y no adherencia.

En el BMQ específico, los pacientes del grupo adherente tuvieron scores más altos acerca de la necesidad de tratamiento para la

Hipertensión Arterial y menos score de preocupación específica.
(gráfico 4 y 5)

Grafico 4. Necesidad de tratamiento y adherencia al Tratamiento ($p=0.003$ - prueba U de Mann-Whitney).

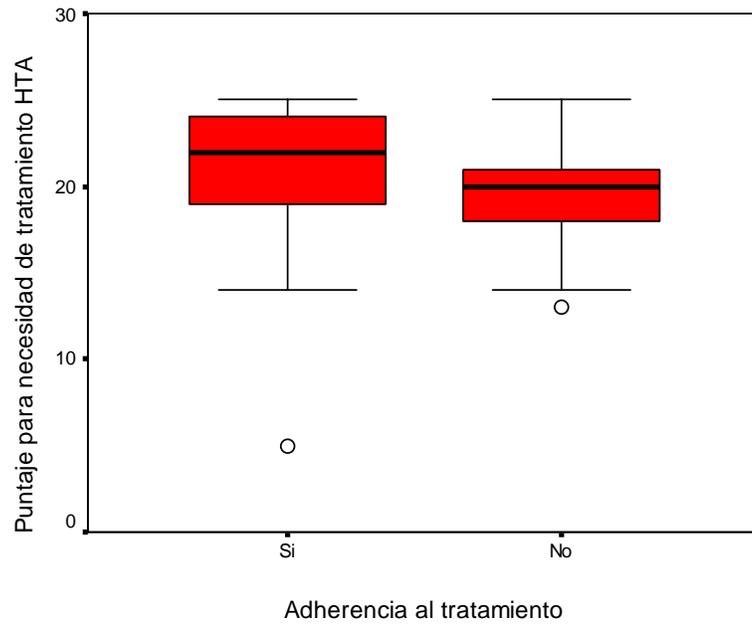
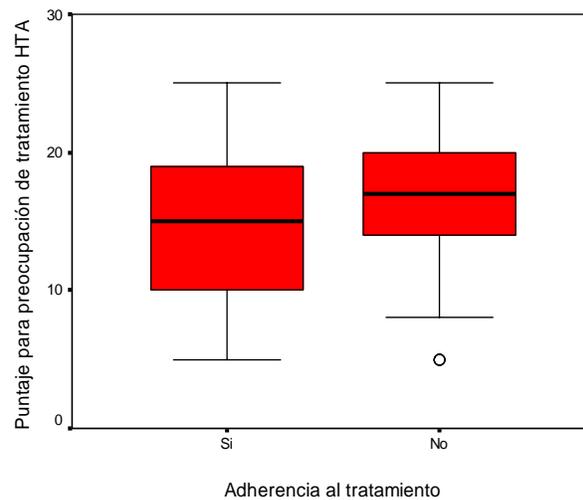


Grafico 5. Preocupación acerca del tratamiento Y adherencia al tratamiento. ($p=0.019$ - prueba U de Mann-Whitney).



En el BMQ general la categoría de sobreuso y daño alcanzaron scores más altos el grupo no adherente.(gráfico 6 y 7)

Gráfico 6. Sobreuso del tratamiento y adherencia
($p=0.023$ - prueba U de Mann-Whitney).

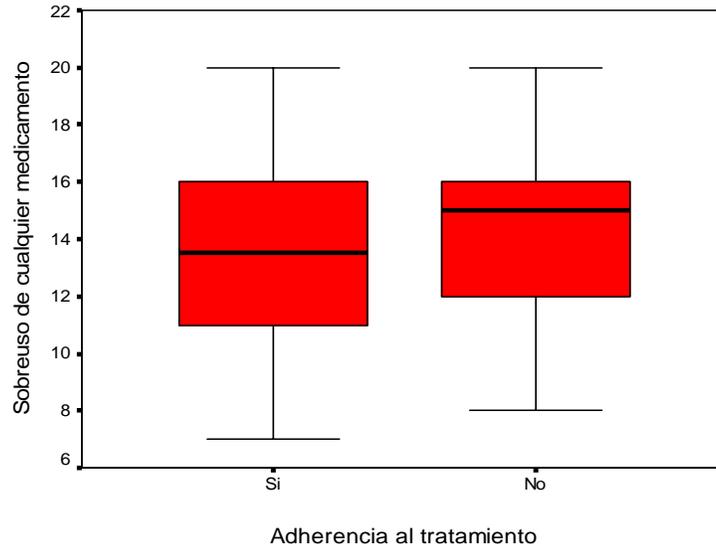
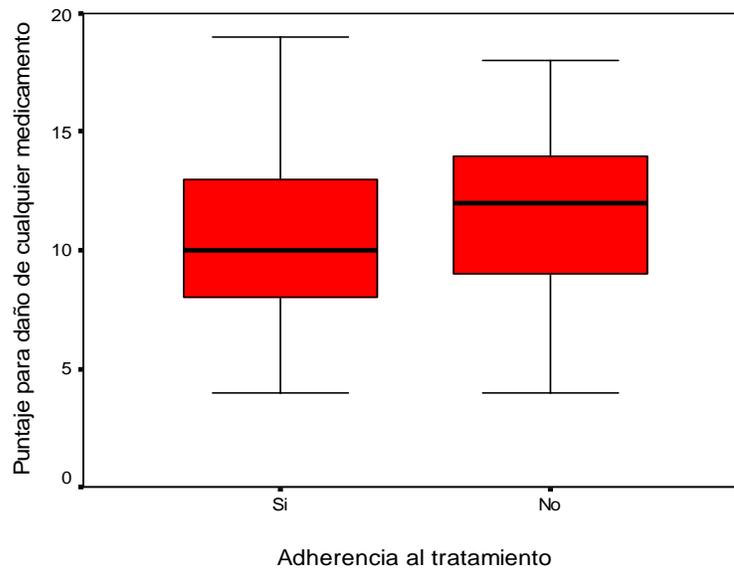


Gráfico 7. "Daño" y adherencia al tratamiento
($p=0.026$ - prueba U de Mann-Whitney).



3.2 DISCUSION.

Actualmente reconocemos la disponibilidad de tratamientos farmacológicos efectivos en enfermedades crónicas, como es el caso de la hipertensión arterial. Sin embargo, en nuestro país se señala que solo un 14,7 % de la población de hipertensos tienen un adecuado control de la presión arterial ³⁵ y a nivel mundial en razón de la pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo aproximadamente 75% de los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial no logran un óptimo control de su presión arterial.³⁶ Se ha demostrado que una buena adherencia está asociado a un adecuado control de la hipertensión arterial y a la prevención de sus complicaciones. En estudios publicados en nuestro país las tasas de adherencia varían desde 54 a 63% ^{37, 38,39}, pero se conoce que estos varían desde 20 a 80%.³⁶ y dependen del grupo estudiado, duración del seguimiento en el estudio, el método de valoración de la adherencia y los esquemas farmacológicos utilizados.

En nuestro estudio se ha encontrado que las creencias acerca del tratamiento de la hipertensión, la edad y los factores emocionales relacionados a la percepción de enfermedad son factores importantes en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.

Con relación a la percepción acerca de la enfermedad, en nuestro estudio se utilizó el modelo psicológico autoregulatorio y se aplicó el IPQ-R ²⁶ que mide 9 componentes cognitivos. De los cuales para el caso de pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico se concluyó que los pacientes adherentes tuvieron mejor comprensión de su enfermedad y menor componente emocional con respecto al grupo de no adherentes.

La respuesta emocional estuvo relacionado a pobre adherencia en este estudio, una respuesta emocional probablemente afecta la adherencia a través de un mecanismo de respuesta maladaptativa (tal como la negación) o como también se ha sugerido que el paciente ansioso o deprimido sea menos adherentes al tratamiento debido a su enfermedad psiquiátrica. La depresión además de tener clara asociación con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo,

también se ha encontrado relacionada con otros tratamientos de prevención primaria y secundaria.⁴⁰

En el área de comprensión de la enfermedad o coherencia como es denominado en el IPQ-R, se encontró que esta tiene una relación positiva con la adherencia. Esto demostraría la importancia de cómo un adecuado juicio acerca de la enfermedad por el paciente jugaría un rol importante en el ajuste a largo plazo.⁴¹

Para la condición de cronicidad se piensa que ésta debería influir en la continuidad de la toma de medicamentos, pero en el presente estudio no se ha demostrado tal relación. La consideración de enfermedad cíclica se ha relacionado a pobre adherencia ya que los intervalos donde la presión está bien controlada estaría asociado a menos necesidad de tomar medicación, pero tampoco se encontró tal relación en nuestro estudio. Del mismo modo, para el caso de percepción de consecuencias donde se describe que las enfermedades que se perciben como incontrolables generan respuestas maladaptativas tales como evitación o negación, en nuestro caso no hubo diferencia significativa entre los adherentes y no adherentes.

Las representaciones acerca del control personal y control por el tratamiento, diferenciado así por los autores del IPQ ya que encontraron que los pacientes diferencian entre la habilidad personal para controlar la presión sanguínea y la posibilidad del tratamiento de hacer los mismo, en nuestro estudio no se encontró relación entre el control ya sea personal o a través del tratamiento y la adherencia.

Las creencias acerca de la necesidad de medicación está claramente relacionado a la adherencia del tratamiento antihipertensivo como lo han sugerido otros estudios^{25, 28} especialmente en el caso de enfermedades crónicas, y probablemente este hecho sea importante en una enfermedad asintomática como la hipertensión arterial.

De la misma forma los pacientes con alta percepción de preocupación acerca de la medicación hacen que estos sean menos adherentes al tratamiento.

Debemos considerar que muchos de estos pacientes presentan a la vez percepciones de necesidad (reconocen que la medicación es necesaria para mantener su salud) y preocupación acerca de la medicación (efectos adversos de tomar estos) y por tanto tendría que haber un análisis implícito de costo-beneficio, análisis en la que las creencias acerca de la necesidad de la medicación prescrita para mantener la salud o evitar la enfermedad son valorados contra los efectos negativos de tomar ésta.²⁸

En grupos de personas con diferentes enfermedades se ha observado que algunas enfermedades y sus tratamientos respectivos presentan mas barreras a la adherencia que otros, como por ejemplo en un estudio que incluyó varios grupos de pacientes los pacientes asmáticos y cardiacos fueron significativamente menos adherentes que otros grupos, explicado por el hecho que sus preocupaciones acerca de la medicación sobrepasaron las creencias acerca de la necesidad.²⁸

Los pacientes no adherentes a la hipertensión arterial tienen significativas percepciones de: preocupaciones acerca del tratamiento antihipertensivo, sobre uso de los medicamentos y daño provocado por la medicación en general.

En un trabajo que utilizó un modelo con edad, número de drogas prescritas; además de las creencias acerca del tratamiento se encontró una significativa influencia de las creencias acerca del tratamiento por si solo explicando 22,4% de 26.5% de la variación en la no adherencia para la terapia farmacológica crónica.⁵⁰ y las creencias acerca de la medicación fueron los más fuertes predictores de adherencia reportada que los factores clínicos y sociodemográficos²⁸.

Aunque debemos reconocer que la adherencia es un fenómeno complejo influenciado por muchos factores, pero las creencias del paciente acerca de su medicación juega un rol clave y el paciente debe ser considerado un tomador de decisiones activo quien será motivado a tomar su medicación si las creencias acerca de su necesidad supera las preocupaciones de tomar ésta. En la práctica significaría que la

obtención de las creencias del paciente podría proporcionar las bases de una nueva relación médico paciente.²⁸

El factor demográfico edad está asociado a la adherencia en nuestro estudio, encontrándose una relación positiva entre mayor edad y mejor adherencia, esto a través de la percepción acerca del tratamiento, con una correlación significativa para ambos. A su vez no se encontró correlación significativa para la edad y la percepción acerca de la enfermedad.

La evidencia actual no es concluyente en cuanto a que si las personas mayores son más adherentes al tratamiento que otros grupos de edad⁴²; algunos señalan que las personas de mayor edad son más vigilantes de su enfermedad que las personas más jóvenes y más pegados a seguir el tratamiento prescrito. Estudios recientes señalan que en las personas de tercera edad, los factores como vivir solo, medicación múltiple y deterioro cognitivo conducirían a una falta de adherencia “involuntaria”.⁴³ Remarcamos que en nuestro estudio el promedio de edad para los grupos de adherentes y no adherentes, solo incluyó personas que en promedio tenían mas de 60 años de edad.

Nosotros no hemos encontrado relación entre la variable demográfica género y la adherencia tal como se sugiere en otros estudios. Sin embargo nuestro estudio metodológicamente no fue planteado para encontrar diferencias entre géneros.

Teóricamente se ha propuesto que las creencias en salud median la relación entre las variables demográficas tal como edad y género con la adherencia esto a la vez explicaría las diferencias vistas entre estudios acerca de adherencia donde las variables demográficas puede llevar a los pacientes a tener diferentes creencias en salud en diferentes poblaciones.²⁵

Las percepciones de causa con diferencia significativa fueron a favor del grupo no adherente, quienes consideraron a las causas psicológicas (actitud mental negativa, estado emocional deprimido) y otras no relacionadas como el mal cuidado de la salud en el pasado y el exceso de trabajo, que en general implícitamente desconoce el conocimiento

médico actual. Observándose una relación entre no adherencia y percepción de causa no médica.

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. La menor respuesta emocional y la mejor comprensión de la enfermedad, desde el punto de vista de las percepciones acerca de la enfermedad, influyen positivamente en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.
2. Dentro de las percepciones acerca del tratamiento, la necesidad del tratamiento antihipertensivo influye positivamente en la adherencia, así como las percepciones de preocupación, daño o sobre-uso de la medicación influye negativamente en la misma.
3. Existen diferencias entre grupos de edad acerca de la adherencia al tratamiento, con percepción favorable hacia la adherencia en el grupo de mayor edad, y estas se explican por las diferencias en las percepciones acerca del tratamiento.
4. Los pacientes realizan implícitamente un análisis de riesgo-beneficio o de valoración necesidad-preocupación, desde la perspectiva de la percepción acerca de la medicación específica (ya que muchas veces se producen ambas percepciones simultáneamente) donde predomina el componente más fuerte a favor o no de la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial.
5. En el grupo de personas no adherentes al tratamiento predomina la percepción de la hipertensión arterial como más sintomática, y la mayor atribución de causas no médicamente aceptadas, tales como las psicológicas como causantes de la hipertensión arterial.

4.2 RECOMENDACIONES

1. Diseñar modelos de intervención en pacientes no adherentes utilizando los modelos acerca de la percepción de la enfermedad y del tratamiento y los factores dentro de estas que han demostrado influencia significativa en la adherencia al tratamiento antihipertensivo.
2. Hacer énfasis en la edad, los factores emocionales de los pacientes con respecto a su enfermedad y las creencias acerca del tratamiento como indicadores esenciales en la valoración de los pacientes con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico indicado.
3. Reconocimiento de la adherencia al tratamiento como uno de los factores más importantes y posible de ser modificado para la prevención de complicaciones y muerte relacionada a la hipertensión arterial, además del incremento de gastos por el manejo a nivel hospitalario.
4. Dentro de los factores relacionados al paciente, debemos tener en cuenta que muchas veces estas son decisiones voluntarias y por tanto es recomendable una adecuada relación médico paciente a través de la confianza, comunicación, explicación de la enfermedad y conocimiento acerca de las creencias de la enfermedad y de su tratamiento para un adecuado manejo.
5. Mantener un seguimiento permanente de pacientes diagnosticados, comparando modelos de intervención y estudios que permitan conocer características específicas de grupos poblacionales.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Gonzáles-Juanatey J, Mazón P, Soria F, Barrios V, Rodriguez L, Bertomeu V. Update of the guidelines of the Spanish society of cardiology on high blood pressure. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 487 – 497.
2. Hershey JC et al. Patient compliance with antihypertensive medication. *American journal of Public Health*, 1980, 70: 1081-1089
3. Lucher TF et al. Compliance in hypertension: fact and concepts. *Hypertension*, 1985, 3:53-59.
4. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. *Lancet*. 2000; 356:1955–1964.
5. Sackett DI. et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1975, 1:1205-1207.
6. Veumeire E, Hearnshaw H. and col. Patient adherence to treatment: three decadas of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm* 2001;26:331-342
7. Ofman J. and col. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic disease? A systematic review. *Am J Med* 2004;17:182-192
8. Heidenrich P. Patient adherence: the next frontier in quality improvement. *Am. J Med* 2004;117:130-132
9. Playle JF, Keeley P. Non compliance and professional power. *Journal of advanced nursing*, 1998, 27:304-311
10. Benson J, Britten N. Patients' decision about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ* 2002;325:873-877
11. Borzecki. A, Oliveria. Susan. Barriers to Hypertension control. *American Heart Journal*. 2005;149;785-94
12. Rubbin R. Adherence to pharmacology therapy in patient with type 2 diabetes mellitus. *Am J Med* 2005; 118(5A):27S-34S.

13. Hughes DA et al. The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Economics*, 2001, 10:601-615.
14. Thom. D, Ribisl. K. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *Med. Care*. 1999;37:510-517
15. Moura. M, Pierin. A, The influence of patient`s consciousness regarding high blood pressure and patient`s attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol* 2003;81:349-354
16. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? *Arch Intern Med*. 2004;164:722-732.
17. Frances B, Garfield C. Achieving patient buy-in and long term compliance with antihypertensive treatment. *Dis. Manage Health Outcomes* 2000;1:13-20
18. Bellamy R. An introduction to patient education: theory and practice. *Medical Teacher* 2004;26(4):359-365
19. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 1988, 26:657-675.
20. Leventhal, H Fear appeals and persuasion: the differentiation of a motivational construct. *American Journal of Public Health* 1971;61:1208-1224
21. Leventhal, H., Nerenz D.R. Illness representation and coping with health threats. In *Handbook of psychology and health*, 1984.vol. IV pág. 219-252
22. Cameron, L. Conceptualizing and assesing risk perceptions: A self-Regulatory perspective. Presented at the Conceptualizing and Measuring Risk Perceptions Workshop. February 13-14, 2003 Washington DC
23. Weinman, J. The illness perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psych and Health* 1996;11:431-5
24. Broadbent E, Petrie K. The brief illness perception questionnaire. *J Psych R*. 2006;60: 631-637
25. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment belief. *Journal of human hypertension* 2004; 18:607-613.

26. Moss Morris R, Weinman J The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol and health* 2002;17:1-16
27. Petrie K, Jago L, Devcich D. The rol of illness perceptions in patients of medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(2):163-167
28. Horne R, Weinman J Patient belief about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psicoss Research* 1999;47:555-567
29. Belendez-Vasquez, M. y col. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Belief about medication questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007; 7:767-779
30. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24:67-73
31. McDonald H, Garg A, Haynes R. Intervention to enhance patient adherence to medication prescriptions. *JAMA*, 2002, 288:2868-2879.
32. Andrade J, Vilas-Boas F, Chagas H. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq. Bras. Cardiol.* 2002;79:380-4
33. Benson J, Britten N. Patients desitions about whether or not to take antihypertensive drugs. A quality study. *BMJ* 2002;325:873-878.
34. Dowell J, Jones A, Snadden D. Exploring medication use to seek concordance with “non-adherent” patient: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2002; 52:24-32.
35. Agusti R. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta Médica Peruana*.2006; 23: 69-75
36. World Health Organization. (2003). *Adherence to Long Term Therapy: Evidence for Action*. NLM classification:W 85) pag.1-209
37. Arana. y col. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. *EsSalud Trujillo. Rev Med Hered.* 2001.12; 120-126
38. Del Aguila J, Perales L, Frech C. Evaluación del tratamiento de la hipertensión arterial en la consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Revista Médica IPSS* 1994; 3:23-26.

39. Arana G. Cumplimiento del tratamiento farmacológico por pacientes con Hipertensión Arterial Leve y Moderada: Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el grado de Bachiller, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Trujillo. 1998.
40. Wang P. and col. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med.* 2002; 17:504-11.
41. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR and col. The seven report of the Joint National Commite on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289: 2560. full text
42. Lorene L, Branwhite A. Are older adults less compliant with prescribed medication than younger adults? *Br J Clin Psychol* 1993;32:485-492
43. Sarah Carter and David Taylor. A question of choice— compliance in medicine taking. University of London School of Pharmacy. 2005
44. Steinman M, Fisher M and col. Clinician awareness of adherence to hypertension guidelines. *Am. J Med* 2004;117: 747-754
45. Ebrahin S. Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke: a systematic review. Chapter 6 Dherence with treatment for hypertension. *Health Technology Assessment;1998;2:21-28*
46. Ginarte. Y.,La adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2001;17(5):502-505
47. Martin. L, Sairo. M, Bayarre. H.,. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(2)
48. Vergel Rivera G. Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11(2):150-6.
49. Ingaramo R, Vita N. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (Hipertensión Arterial). *Rev Fed Arg Cardiol* 2005; 34: 104-111

50. H.Mphatak and J. Thomas III. Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribed Chronic Medications Ann. Pharmacother., October 1, 2006; 40(10): 1737 - 1742.
51. Martin S. Hagger and Sheina Orbell. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology and Health, 2003, Vol. 18, No. 2, pp. 141-184
52. Belendez M., Bermejo R. Estructura factorial de la version española Del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. Psicothema 2005. vol 17, nº 2 pag. 318-324.
53. Horne R., Weinman J and Hankins M. The beliefs about medicines Questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychology and Health, 1999, vol 14. pp1-24
54. Belendez M., Hernandez A.. Evaluación de las creencia sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la version española del Belief about Medicines Questionnaire. Inter. J. of Clinical and health Psychology. 2007, vol 7 nº 3, pp 767-779.

ANEXO1. DEFINICION DE TERMINOS

Definición de términos

Hipertensión arterial. Presión sanguínea arterial por encima del cual la investigación demuestra ser dañino para la salud.

Adherencia. Aspecto del comportamiento relacionado al consumo de medicamentos, cambios de estilo de vida, seguimiento de una dieta en concordancia con el consejo médico.

Comunicación. Capacidad humana para transmitir confianza y educación empleando buenas habilidades de comunicación e interrelación entre el paciente y el médico.

Motivación. Comprende las actitudes personales hacia el comportamiento adherencial , soporte social percibido para tal comportamiento y la norma subjetiva de los pacientes o percepción de cómo otros con la misma condición médica se comportan.

Información. Conocimiento básico acerca de la condición médica, que puede incluir como se desarrolla la enfermedad, su curso esperado y las estrategias efectivas para su manejo.

Cognición. es un conjunto de cualidades en el ser humano cuya función es interpretar y comprender el mundo, reflexionar consciente y racionalmente sobre su propia existencia y solucionar efectivamente las dificultades que le impone el medio ambiente.

ANEXO 2

PREGUNTAS ACERCA DE SU HIPERTENSION ARTERIAL

PREGUNTAS	RESPUESTA	
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar tus medicamentos para la presión arterial?	Si	No
2. ¿Algunas veces descuidas las horas en que debes tomar los medicamentos para la presión arterial?	Si	No
3. ¿ Dejas de tomar la medicación para la presión arterial cuando te sientes bien?	Si	No
4. ¿ Cuando te sientes mal por causa de la medicación para la presión arterial dejas de tomarla?	Si	No

Responde seleccionando con un círculo o una X en cada pregunta.

Datos para ser llenados por el encuestador:

EDAD.

SEXO. M F

ANEXO 3 (IPQ-R)

<i>PUNTOS DE VISTA ACERCA DE TU PRESION SANGUÍNEA ALTA</i>	Total desacuerdo	desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
Tener esta presión sanguínea alta me tiene ansioso.					
Supongo que tendré esta presión sanguínea alta por el resto de mi vida.					
Cuando pienso acerca de mi presión sanguínea alta me deprimó.					
Atravieso momentos en que mi presión sanguínea alta mejora y otras en que empeora.					
Mi presión sanguínea alta causa dificultades para aquellos que están cerca de mí.					
La presión sanguínea alta me trae serias consecuencias financieras.					
Yo tengo el poder para controlar mi presión sanguínea alta.					
Mi presión sanguínea alta es una enfermedad seria.					
El curso de mi presión sanguínea alta depende de mí.					
Mi presión sanguínea alta es probable que sea permanente más que temporal.					
Mi presión sanguínea alta es muy impredecible.					
Mi presión sanguínea alta me tiene muy temeroso.					
Mi presión sanguínea alta me pone colérico.					
Mi presión sanguínea alta me afecta en la forma que otros me ven.					
Mi presión sanguínea alta mejorará con el tiempo.					
Mi presión sanguínea alta tiene serias consecuencias en mi vida.					
Lo que haga puede hacer que mi presión sanguínea alta mejore o empeore.					
Mi presión sanguínea alta durará mucho tiempo.					
El tratamiento puede controlar mi presión sanguínea alta.					
Mi tratamiento es efectivo en curar mi presión sanguínea alta.					
Cuando pienso en mi presión sanguínea alta me preocupa.					
Yo tengo una clara comprensión de lo que es tener la presión sanguínea alta.					
Los efectos negativos de mi presión sanguínea alta pueden ser evitados por mi tratamiento.					
Es mucho lo que puedo hacer para controlar mis síntomas.					
Mis síntomas vienen y van como en ciclos					
Los síntomas de mi presión sanguínea alta cambian bastante de un día a otro.					

SÍNTOMA	Yo he tenido este síntoma recientemente		Este síntoma está relacionado a mi presión sanguínea alta		Este síntoma está relacionado al tratamiento mi presión alta	
	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Dolor	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Dolor de garganta	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Nausea	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Falta de aire	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Pérdida de peso	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Fatiga	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Rigidez de articulaciones	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Dolor de ojos	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Respiración ruidosa	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Dolor de cabeza	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Problemas estomacales	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Dificultades en el sueño	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Mareos	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Pérdida de fuerza	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Pérdida de apetito sexual	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Impotencia	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Bochornos	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Aumento de la frecuencia cardiaca	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Punzadas y pinchazos	NO	SI	SI	NO	SI	NO

	POSIBLES CAUSAS DE TU PRESION SANGUINEA ALTA	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni desacuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
	Stress o preocupaciones					
	Hereditario. (viene de familia)					
	Un germen o virus					
	Dieta o hábitos de comida					
	El azar o la mala suerte					
	Mal cuidado de mi salud en el pasado					
	Contaminación del medio ambiente					
	Mi propio comportamiento					
	Mi actitud mental. Ejemplo: Pensar negativamente de la vida					
	Problemas o preocupaciones familiares					
	Mucho trabajo					
	Mi estado emocional Ejemplo: decaído, solitario, ansioso, vacío.					
	La edad					
	El alcohol					
	El cigarrillo					
	Un accidente o lesión					
	Mi personalidad					
	Mi pobre sistema inmune					

ANEXO 4 (BMQ)

PUNTOS DE VISTA ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA TU HIPERTENSION ARTERIAL.	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni desacuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
Mi salud en este momento depende de mis medicamentos.					
Tener que tomar medicamentos me preocupa					
Mi vida sería imposible sin medicamentos.					
Sin medicamentos, yo estaría muy enfermo.					
A veces me preocupa los efectos a largo plazo de mis medicamentos.					
Mis medicamentos son un misterio para mí.					
Mi salud en el futuro dependerá de mis medicamentos.					
Mis medicamentos alteran mi vida.					
A veces me preocupa llegar a ser demasiado dependiente de mis medicamentos.					
Mis medicamentos me protegen de llegar a estar peor.					
Los médicos utilizan demasiados medicamentos.					
Las personas que toman medicamentos deben parar su tratamiento de vez en cuando.					
La mayoría de medicamentos son adictivos.					
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.					
Los medicamentos hacen mas daño que bien.					
Todos los medicamentos son tóxicos.					
Los médicos tienen mucha confianza en los medicamentos.					
Si los médicos dedicaran más tiempo a sus pacientes, ellos prescribirían menos medicamentos.					