



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LAS CREENCIAS SOBRE LA MEDICACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Jazmín Suarez Arguello

Dirigido por:

Méd. Esp. José Alfredo Perea Rangel

Co-Director:

MIMSP. Leticia Blanco Castillo

Querétaro, Qro. Febrero del 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LAS
CREENCIAS SOBRE LA MEDICACIÓN CON LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Jazmín Suarez Arguello

Dirigido por:

Méd. Esp. José Alfredo Perea Rangel

Co-dirigido por:

MIMSP. Leticia Blanco Castillo

Méd. Esp. José Alfredo Perea Rangel

Presidente

MIMSP. Leticia Blanco Castillo

Secretario

MIMSP. Roxana Gisela Cervantes Becerra

Vocal

Méd. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Suplente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario, Enero 2020
México

Resumen

Introducción: El manejo de la hipertensión arterial es un problema de salud pública, un buen control representa la piedra angular en la prevención de enfermedad cardiovascular, el adecuado apego al tratamiento es una elección racional en donde intervienen la percepción de la enfermedad, las creencias sobre los medicamentos prescritos, la autoevaluación y la aceptación del estado de salud, factores que de manera aislada no explicarían las decisiones del paciente, pero en conjunto marcan diferencia en la meta terapéutica. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión. **Material y métodos:** Diseño transversal comparativo en población con hipertensión arterial, un grupo de 137 pacientes adherentes y un grupo de 129 pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo, se evaluó la percepción de la enfermedad y la creencia sobre la medicación, el análisis estadístico incluyó χ^2 , razón de momios e intervalo de confianza para razón de momios. **Resultados:** En los pacientes adherentes al tratamiento antihipertensivo 71.5% tienen una percepción adecuada de la enfermedad y en el grupo sin adherencia al tratamiento antihipertensivo 43.4% también tienen una percepción adecuada de la enfermedad ($p=0.000$). No se identificó asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la creencia sobre la medicación ($p=0.322$). **Conclusiones:** Cuando se agrupan la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación existe asociación con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Palabras clave: Hipertensión arterial; Adherencia; Percepción; Creencias.

Summary

Introduction: The management of arterial hypertension is a public health problem, good control represents the cornerstone in the prevention of cardiovascular disease, the appropriate attachment to treatment is a rational choice where the perception of the disease, beliefs about medications intervene prescribed, self-assessment and acceptance of health status, factors that in isolation would not explain the patient's decisions, but together make a difference in the therapeutic goal. **Objective:** to determine the association between the perception of the disease and beliefs about medication with adherence to treatment in patients with hypertension **Materials and methods:** A comparative transverse design in the hypertensive population, a group of 137 adherent patients and a group of 129 non-adherent patients. The perception of the disease and the belief about the medication were evaluated. The statistical analysis included Chi², odds ratio and confidence interval for odds ratio. **Results:** The group of adherent patients 71.5% have an adequate perception of the disease and the group of non-adherent patients 43.4% also have an adequate perception of the disease (p=0.000). The association between adherence to antihypertensive treatment and beliefs about medication was not identified (p=0.322). **Conclusions:** When the perception of the disease and beliefs about the medication are grouped, there is an association with adherence to treatment in hypertensive patients.

Key words: Arterial hypertension; Adherence; Perception; Beliefs

Dedicatorias

A mi hijo: eres mi mayor estímulo, por quien me esfuerzo todos los días para salir adelante y ser mejor.

A mi persona favorita: sin tu apoyo y sin tus palabras no podría disfrutar de este logro, por sostenerme en los momentos difíciles, por creer en mí e impulsarme siempre.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Agradecimientos

A Dios: Por darme la familia que me impulsaría en esta vida, por los dones que he recibido y que me permitirán ejercer mi profesión con integridad.

A mis padres: Gracias por darme la vida y la oportunidad de conseguir mi objetivo, sin su ayuda simplemente no lo hubiera logrado. Esto es para ustedes, espero se sientan orgullosos.

A mis hermanos: Gracias por estar cuando los he necesitado, por su apoyo incondicional y su comprensión.

A mis maestros: Por todas sus enseñanzas y consejos, por forjarme en esta difícil pero gratificante profesión.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Hipertensión arterial	5
III.2 Adherencia	9
III.3 Percepción de la enfermedad	12
III.4 Creencias sobre la medicación	15
IV. Hipótesis	17
V. Objetivos	18
V.1 General	18
V.2 Específicos	18
VI. Material y métodos	19
VI.1 Tipo de investigación	19
VI.2 Población	19
VI.3 Muestra y tipo de muestra	19
VI.3.1 Criterios de selección	21
VI.3.2 Variables estudiadas	21
VI.4 Instrumentos	21
VI.5 Procedimientos	22
VI.5.1 Análisis estadístico	23
VI.5.2 Consideraciones éticas	23

	25
VII. Resultados	
VIII. Discusión	32
IX. Conclusiones	35
X. Propuestas	36
XI. Bibliografía	37
XII. Anexos	42
XII.1 Hoja de recolección de datos	42
XII.2 Instrumentos	43
XII.3 Carta de consentimiento informado	46

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Índice de tablas

Tabla		Página
III.1.1	Clasificación del nivel de presión arterial y grados de hipertensión arterial en base a la sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC)	6
III.1.2	Clasificación de las cifras de hipertensión arterial de acuerdo a las guías NICE Británicas	7
III.1.3	Clasificación de la tensión arterial en adultos, según el Comité Nacional Conjunto Norteamericano en su reporte número VIII	7
VII.1	Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación, con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos (población total).	28
VII.2	Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación, con la adherencia al tratamiento en pacientes solamente hipertensos.	29
VII.3	Asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la agrupación en tres categorías de percepción de la enfermedad y creencias sobre la medicación.	30
VII.4	Asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la agrupación en dos categorías de la percepción de la enfermedad y creencias sobre la medicación.	31

Abreviaturas y siglas

BMQ: Beliefs about Medicines Questionnaire

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

ESC: European Society of Cardiology

ESH: European Society of Hypertension

GPC: Guía de práctica clínica

Ha: Hipótesis alterna

Ho: Hipótesis nula

IC: Intervalo de confianza

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IPQ: Illness Perception Questionnaire

JNC: Joint National Committee

No: Número

NOM: Norma Oficial Mexicana

UMF: Unidad de Medicina Familiar

UNAM: Universidad Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas UAQ

I. Introducción

La hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple, caracterizado por la persistente elevación de las cifras de presión arterial (Whelton et al., 2018), es producto de las resistencias vasculares periféricas y se traduce en daño vascular sistémico (ENSANUT, 2016; NOM-030, 2017; Miro et al., 2019), es una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial, se estima que para el año 2025, el número de adultos con hipertensión arterial aumentará 60%, lo que equivaldría a un total de 1.6 billones de adultos hipertensos en todo el mundo (GPC Hipertensión, 2014; JNC8, 2014; Salgado, 2017).

El buen control de la hipertensión arterial es un importante desafío de salud pública, representa la piedra angular en la prevención de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (GPC Hipertensión, 2014), puesto que se trata de una condición crónica y degenerativa (Radovanovic, 2014).

Las decisiones terapéuticas en el manejo del paciente hipertenso se deben realizar considerando no solamente las cifras de presión arterial, sino, la presencia de factores que influyan en su adecuado control, es decir factores tanto biológicos, psicológicos y sociales del enfermo (Miro et al., 2019). Por este motivo, el tratamiento debe ser multidisciplinario, reforzado con acciones para mejorar la adherencia terapéutica a los estilos de vida y al tratamiento farmacológico, que son necesarios para lograr la meta terapéutica (Vrijens et al., 2012; Yap, 2016).

El término adherencia terapéutica se utiliza para expresar una relación de carácter interactivo entre el médico y el paciente, es un fenómeno multifactorial que incluye un proceso complejo del comportamiento, donde la comunicación juega un papel muy importante. Implica una serie de acciones voluntarias que conforman un conjunto de conductas con la finalidad de evitar comportamientos de riesgo, todo esto con el único objetivo de lograr un resultado terapéutico adecuado (Shope, 1983; Martin, 2014).

Se conoce que el adecuado apego al tratamiento es una elección racional, en donde intervienen la naturaleza de la enfermedad, la cantidad de medicamentos prescritos, la autoevaluación de los resultados observados, la aceptación del estado de salud, entre otros factores que de manera aislada, no explicarían las decisiones del paciente, pero que en conjunto marcan una diferencia en la meta terapéutica establecida (Nguyen, 2014).

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes fundamentales para una adecuada adherencia terapéutica. Dentro de las características que tienen mayor influencia se encuentran: la complejidad, la dosis y los efectos secundarios de los fármacos utilizados y los esquemas indicados. Entre más complejo sea el tratamiento mayor dificultad se tendrá en la respuesta de adherencia del paciente (Castaño et al., 2011).

Es de resaltar que tanto la percepción de la enfermedad y la creencia sobre la medicación del paciente hipertenso se reflejan en la adherencia a un tratamiento establecido, mismo que tiene un carácter crónico y que de no cumplirse se obtendrá un inadecuado control terapéutico que influirá en la aparición de múltiples complicaciones derivadas de su patología de base (JNC8, 2014; NOM-030, 2017).

II. Antecedentes

En nuestro medio existe un número cada vez más grande de pacientes con hipertensión arterial. Los reportes de la literatura señalan que la prevalencia del control de los pacientes hipertensos en México es del 40% de la población (ENSANUT, 2016; Miro et al., 2019).

Durante mucho tiempo se ha descrito la preocupación por crear métodos dirigidos a asegurar que los pacientes con cualquier patología continúen con un tratamiento establecido, especialmente en el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la cual es considerada como un predictor de morbi-mortalidad para enfermedades cardiovasculares (Nguyen, 2014).

Existen diversos factores que contribuyen a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, en una revisión amplia de la literatura se describen: la naturaleza crónica y asintomática de la enfermedad, factores demográficos, la percepción y comprensión del paciente acerca de la hipertensión y del tratamiento, la relación entre el paciente y el médico y la complejidad de los regímenes farmacológicos; conocer los elementos que se relacionan con una adecuada adherencia al tratamiento antihipertensivo contribuirá de forma importante a comprender y mejorar una de las patologías más frecuentemente atendidas en el primer nivel de atención (Bazan, 2013; Nguyen, 2014; Náfrádi, 2016).

La interpretación subjetiva, personalizada de cada paciente sobre “su enfermedad”, integra creencias y atribuciones, emociones y actitudes hacia su enfermedad, que facilitan o entorpecen el comportamiento adherente (Quiceno, 2013).

En un estudio realizado y publicado en el 2013, en una Unidad de Medicina Familiar del estado de México, se encontró que el 75% de los pacientes afirma que la hipertensión arterial afecta su vida cotidiana, el 72.8% afirma que es un padecimiento crónico; sin embargo, solo consideran tener hipertensión cuando

perciben sintomatología. El 98% de ellos, no pudo explicar que es lo que pasa en su cuerpo con la hipertensión arterial (Bazan, 2013).

En el marco de la investigación sobre la adherencia, resalta, además de la influencia de la introyección del paciente acerca de su enfermedad, las creencias que tiene sobre su régimen terapéutico (Vrijens et al., 2012; GPC Hipertensión, 2014; Miro et al., 2019). Los individuos elaboran mapas mentales con la información, en este caso sobre los medicamentos que son utilizados en su padecimiento; así mismo evalúan la necesidad de tomar o no la medicación prescrita. Esto en conjunto se verá reflejado en la adherencia al tratamiento establecido y como consecuencia al control de su enfermedad (Beléndez, 2007; Holmes, 2014; Nguyen, 2014).

III. Fundamentación teórica

El adecuado apego al tratamiento antihipertensivo es una elección racional en donde intervienen la percepción de la enfermedad, las creencias sobre los medicamentos prescritos, la autoevaluación y la aceptación del estado de salud, factores que de manera aislada no explicarían las decisiones del paciente, pero que en conjunto marcan diferencia en la meta terapéutica.

III.1 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple, caracterizado por la persistente elevación de las cifras de presión arterial mayor o igual a 130/90mmHg (Whelton et al., 2018), es producto de las resistencias vasculares periféricas y se traduce en daño vascular sistémico (ENSANUT, 2016; NOM-030, 2017; Miro et al., 2019). Su prevención se consigue a través del control de los principales factores de riesgo. La hipertensión afecta a un amplio número de la población y es una de las más importantes causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en el mundo (GPC Hipertensión, 2014; JNC8, 2014; Salgado, 2017).

La prevalencia de la hipertensión arterial se sitúa alrededor de un 30-40% de la población general (Miro et al., 2019); en México el 25.5% de los adultos padecen hipertensión arterial; es más común en mujeres (26.1%) que en hombres (24.9%) (ENSANUT, 2016); el rango de edad menos afectado es el de 20-29 años, con un marcado aumento en edades más avanzadas, siendo el rango de edad más afectado de 70-79 años (Bell, 2011).

Los reportes en la literatura señalan que la prevalencia del control de los pacientes hipertensos varía entre 25 a 40% de la población adulta (JNC8, 2014; ENSANUT, 2016); en nuestro país el 40% de la población con hipertensión arterial, desconoce padecerla; de las personas que tienen conocimiento de su patología el 79.3% se encuentran bajo tratamiento farmacológico, de los pacientes que usan tratamiento antihipertensivo, aproximadamente el 40% tiene buen control de la enfermedad (ENSANUT, 2016).

Las distintas sociedades científicas establecen sus propias clasificaciones de Hipertensión arterial.

Tabla III.1.1 Clasificación del nivel de presión arterial y grados de hipertensión arterial en base a la sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC) (Miro et al., 2019):

Tomada de ESC/ESC Hypertension Guideline.

Tabla III.1.2 Clasificación de las cifras de hipertensión arterial de acuerdo a las guías NICE Británicas (Mc Cormack T, 2012):

HTA estadio 1	>140/90 mmHg	MAPA o AMPA	>135/85 mmHg
HTA estadio 2	>160/100 mmHg	MAPA o AMPA	>150/95 mmHg
Hipertensión severa	>180 mmHg		

AMPA: automedida de la presión arterial. HTA: hipertensión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; Tomada de la NICE Clinical Guideline 127. British Hypertension Society.

Tabla III.1.3. Clasificación de la tensión arterial en adultos, según el Comité Nacional Conjunto Norteamericano en su reporte número VIII (JNC8, 2014):

Clasificación de la tensión arterial	Tensión arterial sistólica en mm Hg	Tensión arterial diastólica en mm Hg
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120 - 139	80 - 89
Hipertensión estadio 1	140 - 159	90- 99
Hipertensión estadio 2	> 160	> 100

Tomada del JNC8.

Estas clasificaciones se utilizan para facilitar la toma de decisiones en cuanto a estrategia diagnóstica y tratamiento de la Hipertensión arterial (NOM-030, 2017). Las repercusiones económicas en los sistemas de salud y la dificultad del

médico para promover un apego terapéutico satisfactorio generan un importante conflicto en la práctica médica (Castañeda-Sánchez, 2008).

La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbi-mortalidad para enfermedades cardiovasculares entre las que destacan la enfermedad cerebrovascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal (GPC Hipertensión, 2014; Radovanovic, 2014). Se estima que en condiciones óptimas de tratamiento y control de la hipertensión, sería posible reducir hasta un 70% estas complicaciones asociadas; a pesar de estos datos, la hipertensión arterial continua siendo una patología de difícil control (Bell, 2011). La hipertensión arterial mal controlada disminuye significativamente la calidad de vida del paciente, de su entorno familiar y puede llevarlo a la muerte (GPC Hipertensión, 2014; NOM-030, 2017).

Se sabe que solo una porción de personas hipertensas conoce su condición y quienes la conocen no se encuentran en metas terapéuticas, lo cual indica que se requieren grandes esfuerzos para mejorar la detección, atención y manejo del paciente hipertenso; se requiere una orientación del paciente, a fin de que tenga interés en su tratamiento, realice los cambios necesarios en su estilo de vida, lleve a cabo un auto monitoreo de sus cifras tensionales y reconozca las señales de alarma de su patología (Bell, 2011; NOM-030, 2017).

El objetivo del tratamiento en la hipertensión arterial es reducir las complicaciones derivadas de esta patología, esto puede alcanzarse mediante cambios en los comportamientos de riesgo o intervenciones no farmacológicas por si solas o acompañadas de tratamiento farmacológico (Benítez, 2014). Los cambios en el estilo de vida son la piedra angular en la prevención y el tratamiento de la hipertensión y se deben tomar en cuenta aunque sea necesario el tratamiento farmacológico (Whelton et al., 2018).

Dentro de los fármacos utilizados para mantener las cifras de tensión arterial en un rango óptimo se encuentran los diuréticos, beta bloqueadores, calcio

antagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de angiotensina y bloqueadores alfa adrenérgicos; pueden ser utilizados en monoterapia o terapia combinada y en conjunto con los cambios al estilo de vida reducen las complicaciones y la muerte del paciente hipertenso (Benítez, 2014; GPC Hipertensión, 2014; Will, 2016; Miro et al., 2019).

Una buena comunicación entre el médico y el paciente es la clave en el tratamiento exitoso de la hipertensión, dado que el tratamiento es para toda la vida, es esencial que el médico establezca una buena relación con el paciente, le proporcione información y orientación, tanto verbal como escrita y responda claramente a las preguntas que pueda tener de su patología y las condiciones asociadas (López-Portillo, 2007). Esta orientación debe abarcar entonces, información sobre la presión arterial y la elevación de las cifras tensionales, sus riesgos y el pronóstico, los beneficios esperados del tratamiento y los cambios al estilo de vida, la posología, los posibles efectos secundarios de los medicamentos y la importancia que todo esto tiene para alcanzar un control satisfactorio a largo plazo de la hipertensión; el paciente debe ser capaz de conocer ampliamente su enfermedad y reconocer los datos de alarma que se pueden presentar (Will, 2016).

III.2 Adherencia

La relación médico-paciente es de suma importancia, la satisfacción del paciente desde el punto de vista afectivo se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico. Los modelos de estudio basados en el comportamiento sugieren que la terapia más efectiva, prescrita por el médico, logrará la meta terapéutica solamente si el paciente está motivado y adecuadamente informado (Vrijens et al., 2012). Se han descrito tres causas principales para la baja tasa de control de la presión arterial: la inercia médica, la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente y las deficiencias de los sistemas de salud en el enfoque de las enfermedades crónicas; siendo la mala adherencia terapéutica la más común de ellas (Yap, 2016; Miro et al., 2019).

La falta de adherencia se divide en dos grupos: por un lado los pacientes que interrumpen el tratamiento, este tipo de pacientes tienen un mayor problema ya que su comportamiento es intencionado; por otro lado están los pacientes que siguen su tratamiento pero de una forma incorrecta, probablemente por la falta de información sobre la importancia del mismo (Will, 2016; Miro et al., 2019).

La ESH/ESC menciona que más de un tercio de los pacientes abandonan el tratamiento inicial después de seis meses y después de un año la mitad de los pacientes abandonan el tratamiento antihipertensivo, además refiere que la mayoría de los pacientes hipertensos olvidan tomar la medicación en algún momento del tratamiento (Miro et al., 2019).

Todos los padecimientos crónicos, entre ellos incluida la hipertensión arterial, requieren de tratamientos de larga duración para la adecuada evolución y control de su patología, éstos exigen un comportamiento responsable y persistente; este es el motivo principal por el que el cumplimiento con las prescripciones médicas sea de gran relevancia (Martin, 2014; Nguyen, 2014).

En la literatura sobre este tema se han empleado diversos términos para referirse a la conducta de seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes. Los más utilizados han sido “cumplimiento del tratamiento” y “adherencia al tratamiento” o “adherencia terapéutica”, aunque se han propuesto muchos otros como: adhesión, cooperación, alianza, entre otros. El término “cumplimiento del tratamiento” ha sido criticado desde el punto de vista de la psicología de la salud, puesto que se refiere a un comportamiento obediente y pasivo o sumiso por parte del paciente; con el fin de superar estas limitaciones se introdujo en la literatura científica, el término “adherencia terapéutica” como una alternativa que expresa una relación más interactiva entre el profesional de la salud y el paciente, en la que ambos tienen gran importancia (Martin, 2014; Nguyen, 2014).

La adherencia terapéutica se puede definir como la observación estricta de las indicaciones médicas por parte del paciente para la prevención y el control

de la hipertensión arterial (GPC Hipertensión, 2014). DiMateo y DiNicola definen adherencia como la implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado, de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (Shope, 1983).

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, uno relacional y uno del comportamiento, en el que tanto el médico y el paciente están involucrados, todo esto con el único fin de tener un beneficio en la salud (Martin, 2014). Una de las mejores estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento es involucrar al paciente y hacerlo partícipe de las decisiones acerca de su tratamiento (Vrijens et al., 2012).

La falta de adherencia terapéutica es un gran problema, con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial (Martin, 2014); es una de las principales causas de la pobre respuesta al tratamiento y es el único factor modificable que compromete los resultados de un tratamiento crónico (GPC Hipertensión, 2014).

La baja adhesión a los fármacos es la mayor causa de fallo en el control de la hipertensión arterial y éste tiene una importante influencia en la generación de complicaciones cardiovasculares; por lo tanto, el cumplimiento del tratamiento farmacológico es la base del logro en las metas de la terapia antihipertensiva (Arana, 2001; Castañeda-Sánchez, 2008).

Los métodos utilizados para medir la adherencia terapéutica se clasifican en directos e indirectos, dentro de los métodos indirectos se encuentran los cuestionarios de auto-informes de los pacientes, el más utilizado es el cuestionario de Morisky Green, validado en su versión española por Val Jiménez y cols, este cuestionario se ha utilizado en estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y retrovirales, así como pacientes con osteoporosis y diabetes. Es el instrumento que se utilizó en este estudio; consiste en cuatro preguntas y se clasifica en base a la respuesta de cada paciente de la siguiente manera:

Adherente: si contesta cuatro respuestas negativas; No adherente: si el paciente contesta tres o menos respuestas negativas (Morisky, 1986; Val-Jiménez, 1992; Nogués, 2007).

III.3 Percepción de la enfermedad

Cada día se tiene más conocimiento de que para tener mejor efectividad en el tratamiento de la hipertensión, el paciente debe asumir su responsabilidad en la búsqueda de una vida más satisfactoria; se requiere su participación decidida e informada para modificar hábitos y todo esto lo realizará si conoce a fondo su enfermedad (López-Portillo, 2007). Los problemas de la adherencia terapéutica han sido insuficientemente atendidos, existen pocas intervenciones de modo directo; sin embargo, se reconoce de manera empírica la gran deficiencia en este proceso en todas las enfermedades crónicas, entre ellas incluida la hipertensión arterial (Martin, 2014).

Existen diversos factores que contribuyen a la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, existe una revisión amplia de ellos en la literatura, 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 relación entre el paciente y el médico y la complejidad de los regímenes farmacológicos (López-Portillo, 2007; GPC Hipertensión, 2014; JNC8, 2014; Martin, 2014).

Se ha observado que la mayoría de los pacientes que inciden en el incumplimiento terapéutico conocen parcialmente el nombre de los diferentes fármacos que consumen y solo tienen una vaga información sobre su medicación (Bell, 2011).

Dentro de la psicología existe una teoría y modelo conceptual conocido como “Modelo de creencias en salud”, el cual integra teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué la población falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas

relacionadas con la conducta (Quiles, 2009). Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de: el grado de motivación e información que tenga sobre su salud, la autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, percibir la condición como amenazante, estar convencido que la intervención o el tratamiento es eficaz y la percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud (Ortiz, 2007). Se ha señalado que los pacientes no adherentes, creen que la enfermedad no afectara sus vidas, es decir tienen una percepción inadecuada de la enfermedad (Holmes, 2014).

La interpretación subjetiva y personalizada de cada paciente sobre “su enfermedad”, integra creencias y atribuciones, emociones y actitudes hacia la misma enfermedad, que facilitan o entorpecen el comportamiento adherente (Ortiz, 2007). Con el fin de evaluar y medir los repertorios conductuales y cognitivos que desarrolla el paciente con respecto al control de su padecimiento y la adherencia al tratamiento se crearon instrumentos como el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (Illness Perception Questionnaire IPQ), el cual tiene sus fundamentos en el modelo de autorregulación de Leventhal (Leventhal, 1984). En donde se concibe al ser humano como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud (Weinman, 1996) Esto se refiere a que a partir de la recepción de información, el individuo produce dos procesos paralelos, uno cognitivo y otro emocional, seguidos de una fase de afrontamiento y otra de evaluación de la enfermedad, en la cual existe una retroalimentación continua que le permite autorregular sus elementos (Quiles, 2009).

La percepción sobre la enfermedad es un tema que se ha venido estudiando aproximadamente desde hace dos décadas y se reconoce la necesidad de contar con instrumentos psicométricos válidos y confiables que permitan su medición. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en colaboración con la Universidad Autónoma de México (UNAM), realizó un estudio para validar el cuestionario breve sobre la percepción de la enfermedad (IPQ) en pacientes hipertensos en el año 2003, en una muestra de la población

mexicana, en el Estado de México, con una estructura tridimensional: percepción de los síntomas y representación de la enfermedad, control de la enfermedad y el conocimiento de la enfermedad, también ha sido utilizado en patologías como obesidad, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El Illness Perception Questionnaire (IPQ) tiene una varianza explicada satisfactoria (61.46%), y una consistencia interna total aceptable, mediante el alfa de Cronbach = 0.67 (Bazan, 2013).

El test IPQ valora la percepción de la enfermedad; este instrumento cuenta con ocho ítems que se califican utilizando una escala del 0 al 10 y un noveno ítem que corresponde a la causalidad la cual analiza la etiología que atribuye el paciente a su enfermedad. Cinco de los ítems cognitivos evalúan representaciones de la enfermedad: consecuencias (ítem 1), línea de tiempo (ítem 2), el control personal (ítem 3), el control de tratamiento (ítem 4) y la identidad (ítem 5). Dos de los ítems evalúan las representaciones emocionales: preocupación (ítem 6) y emociones (ítem 8). Un ítem evalúa la comprensión de la enfermedad (ítem 7). La evaluación de la representación de causalidad es un ítem de respuesta abierta adaptado del IPQ, que pide a los pacientes una lista de los tres factores causales que consideren más importantes de su enfermedad (ítem 9). Calificación del instrumento: es posible calcular una puntuación global invirtiendo las puntuaciones de los ítems 3, 4 y 7 y sumándolas a los ítems 1, 2, 5, 6 y 8. Una calificación alta refleja una visión potencialmente más dañina de la enfermedad ya que el paciente reflejaría una representación más emocional que cognitiva de su enfermedad, en pocas palabras una inadecuada percepción de su enfermedad (Weinman, 1993; Bazan, 2013).

III.4 Creencias sobre la medicación

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes fundamentales para una adecuada adherencia terapéutica. Dentro de las características que tienen mayor influencia se encuentran: la complejidad, la dosis y los efectos secundarios de los fármacos utilizados y los esquemas indicados.

Entre más complejo sea el tratamiento mayor dificultad se tendrá en la respuesta de adherencia del paciente (Vrijens, 2012; GPC Hipertensión, 2014; Miro et al., 2019).

La investigación sobre la adherencia resalta, además de la influencia de las creencias del paciente acerca de su enfermedad, las creencias que tiene sobre su tratamiento (Weinman, 1996). La mayoría de las personas según la psicología en salud, elabora “mapas mentales”, que contienen información; en este caso, sobre los medicamentos utilizados en su padecimiento, que en la mayoría de los casos pudieran ser negativos, de la misma manera evalúan la necesidad de tomar la medicación o los aspectos negativos de tomarla. Todo esto se ve reflejado en la adherencia al tratamiento establecido y como consecuencia al control de su enfermedad (Beléndez, 2007; Holmes, 2014; Nguyen, 2014).

En estudios realizados a pacientes con distintas patologías de carácter crónico como la hipertensión arterial se sugiere que las creencias de los pacientes hacia los medicamentos se pueden agrupar fundamentalmente en dos categorías: la percepción personal de la necesidad de tomar el tratamiento y la preocupación por los aspectos negativos de tomarlo. Este tema se ha estudiado en los últimos años, con el objetivo de cuantificar las creencias del marco necesidad-preocupación y analizar su relación con la adherencia, se ha propuesto que la necesidad se relaciona positivamente con la adherencia, mientras que la preocupación lo hace de manera negativa (Berglund, 2013; Horne, 2013; Haro, 2015).

Con el objetivo de identificar como se organizan las opiniones personales sobre el tratamiento, se han desarrollado instrumentos de evaluación como el Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), que consta de dos secciones, BMQ-General y BMQ-Específico, del cual se ha estudiado y evaluado la estructura factorial y fiabilidad de su versión española. En este estudio se utilizó el test BMQ que valora las opiniones del paciente sobre el tratamiento específico de su medicación antihipertensiva. Este instrumento utiliza dos grupos de respuestas 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), se califica en una escala del 1 al 5, siendo el 1 la menor percepción de la necesidad de la medicación o creencia de daño y siendo el 5 la mayor percepción de la necesidad de la medicación o creencia de beneficio (Beléndez, 2007).

IV. Hipótesis

Ha: En los pacientes hipertensos, la adecuada percepción de la enfermedad se asocia en más del 39% con la adherencia al tratamiento y en más del 26% en los pacientes sin adherencia al tratamiento.

Ho: En los pacientes hipertensos, la adecuada percepción de la enfermedad se asocia en el 39% o menos con la adherencia al tratamiento y en el 26% o menos en los pacientes sin adherencia al tratamiento.

Ha: En los pacientes hipertensos la creencia de beneficio de la medicación se asocia en más del 25% con la adherencia al tratamiento y en más del 15% en los pacientes sin adherencia al tratamiento.

Ho: En los pacientes hipertensos la creencia de beneficio de la medicación se asocia en 25% o menos con la adherencia al tratamiento y en 15% o menos en los pacientes sin adherencia al tratamiento.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial.

V.2 Objetivos específicos

Asociar la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial con la percepción de la enfermedad.

Asociar la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial con las creencias sobre la medicación.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio transversal comparativo

VI.2 Población

Pacientes hipertensos de una Unidad de Medicina Familiar de la delegación Querétaro, de octubre 2017 a diciembre 2018.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula cuyo objetivo es comparar dos proporciones:

$$n = \frac{(K) ([p_1q_1] + [p_2q_2])}{(p_1 - p_2)^2}$$

En donde:

$K = (Z\alpha + Z\beta)^2$ Constante en donde se trabaja con un nivel de confianza al 95% y con un poder de estudio del 80%, que corresponde a 6.2.

p_1 = Frecuencia de resultados en el grupo uno: 0.39

q_1 = Proporción de sujetos sin el resultado en el grupo uno ($1 - p_1$): 0.61

p_2 = Frecuencia de resultados en el grupo dos: 0.26

q_2 = Proporción de sujetos sin el resultado en el grupo dos ($1 - p_2$): 0.74

$$n = \frac{(6.2) ([0.39][0.61] + [0.26][0.74])}{(0.39 - 0.26)^2}$$

$$n = \frac{(6.2) ([0.237] + [0.192])}{(0.13)^2}$$

$$n = \frac{(6.2) (0.429)}{0.016}$$

n= 166 por grupo

p₁ = Frecuencia de resultados en el grupo uno: 0.25

q₁ = Proporción de sujetos sin el resultado en el grupo uno (1-p₁): 0.75

p₂ = Frecuencia de resultados en el grupo dos: 0.15

q₂ = Proporción de sujetos sin el resultado en el grupo dos (1-p₂): 0.85

$$n = \frac{(6.2) ([0.25][0.75] + [0.15][0.85])}{(0.25 - 0.15)^2}$$

$$n = \frac{(6.2) ([0.187] + [0.127])}{(0.01)^2}$$

$$n = \frac{(6.2) (0.314)}{0.01}$$

n= 194 por grupo

Por lo tanto se necesitó un tamaño mínimo de muestra de 194 pacientes para realizar el estudio.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuota.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes derecho-habientes y usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No 9, con diagnóstico de hipertensión arterial, en tratamiento farmacológico antihipertensivo, mayores de 18 años, que supieran leer y escribir, que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron pacientes hipertensos con enfermedades oncológicas, enfermedades reumatológicas, pacientes con discapacidad que impidiera el llenado del instrumento. Se eliminaron cuestionarios incompletos.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se interrogaron variables sociodemográficas como edad, género, escolaridad; variables clínicas como años de evolución de la hipertensión arterial, diabetes tipo 2; adherencia, percepción de la enfermedad y creencias sobre la medicación. Esta información se obtuvo a través del interrogatorio directo.

VI.4 Instrumentos

La adherencia se midió a través del instrumento de Morisky-Green, el cual valora las actitudes del enfermo frente al tratamiento, fue validado en su versión en español por Val Jiménez y cols. Consta de 4 preguntas, con opciones de respuesta dicotómica SÍ y NO, si las 4 respuestas son NO se clasifica al paciente como Adherente, si 1 respuesta es SÍ se clasifica al paciente como No adherente. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.75.

Para la percepción de la enfermedad se utilizó el cuestionario IPQ, el cual cuenta con 8 ítems en escala de Likert del 0-10 y un noveno que corresponde a la causalidad, la cual analiza la etiología que atribuye el paciente a su enfermedad, 5 de los ítems cognitivos evalúan las representaciones de la enfermedad, 2 ítems evalúan las representaciones emocionales y 1 ítem evalúa la comprensión de la enfermedad. Es posible calcular una puntuación global invirtiendo las puntuaciones de los ítems 3, 4, 7 y sumándolas a los ítems 1, 2, 5, 6 y 8. Una

calificación alta refleja una visión potencialmente más dañina (inadecuada) de la enfermedad. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.67.

Las creencias de la medicación se midieron a través del test BMQ que valora las opiniones del paciente sobre el tratamiento específico antihipertensivo. Utiliza dos grupos de respuestas de 5 ítems cada uno, valorando las creencias acerca de la medicación y preocupación sobre la medicación prescrita basada en las creencias del peligro de la dependencia y toxicidad a largo plazo, además de otros problemas causados por la medicación. Se califica en escala del 1 al 5 siendo el 1 la menor percepción de la necesidad de la medicación o creencia de daño y siendo el 5 la mayor percepción de la necesidad de la medicación o creencia de beneficio. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.7.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización del comité de ética e investigación en salud SIRELSIS IMSS, se solicitó permiso a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No 9; se acudió en turno matutino y vespertino, mediante muestreo no probabilístico por cuota, empleando como marco muestral el listado de pacientes presentes en la sala de espera de la unidad, se seleccionó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, se les explicó la importancia del estudio, se les otorgó el consentimiento informado y posterior a su aceptación se aplicaron las encuestas antes descritas.

Los grupos se conformaron de la siguiente manera: Grupo 1: Pacientes con hipertensión adherentes al tratamiento antihipertensivo cuando obtuvieron 4 respuestas negativas. Grupo 2: Pacientes con hipertensión no adherentes al tratamiento antihipertensivo cuando obtuvieron 3 o menos respuestas negativas.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para las variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas

promedios y desviación estándar e intervalos de confianza. El análisis inferencial se realizó con la prueba de Chi cuadrada, tomando como significativo cuando p es menor a 0.05.

VI.5.2 Consideraciones éticas

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2013. Se apegó a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación que es determinar la asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Todos los pacientes obtuvieron información sobre su enfermedad y el tratamiento farmacológico, en los pacientes que se identificó un desapego al tratamiento, se les orientó sobre la importancia de llevar un adecuado control antihipertensivo, las complicaciones asociadas a la no adherencia y al carácter crónico de su padecimiento.

VII. Resultados

El total del tamaño de muestra correspondió a 392 pacientes, de los cuales 196 fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo y 196 no fueron adherentes al tratamiento antihipertensivo. (De los 196 pacientes en ambos grupos algunos presentaban como comorbilidad diabetes tipo 2.)

La edad en el grupo con adherencia al tratamiento es 56.52 años \pm 13.67 y en el grupo sin adherencia es de 54.69 \pm 11.97 ($p=0.161$), en ambos grupos predomina el sexo femenino 62.8% en el grupo con adherencia y 63.8% en el grupo sin adherencia ($p=0.834$).

El tiempo de evolución de hipertensión en el grupo con adherencia es 14.97 años \pm 11.91 y en el grupo sin adherencia 10.72 años \pm 8.68 ($p=0.000$).

El ítem que hace una evaluación de la representación de causalidad correspondió a un factor de tipo estresante en el 67% de los pacientes en este se englobaron respuestas como estrés laboral, familiar y económico ($p=0.000$).

Se identificó asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la percepción de la enfermedad ($p=0.000$), en el grupo con adherencia 72.4% tienen una percepción adecuada de la enfermedad y el grupo sin adherencia 45.4% también tienen una percepción adecuada de la enfermedad. En la tabla VII.1 se presenta el comportamiento por grupo del total de la población estudiada.

No se identificó asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la creencia sobre la medicación ($p=0.732$). En la tabla VII.1 se presenta el comportamiento por grupo del total de la población estudiada.

Cuando se analizaron solo los pacientes hipertensos fueron 137 pacientes con adherencia al tratamiento y 129 pacientes sin adherencia al tratamiento.

La edad en el grupo con adherencia al tratamiento es 55.94 años \pm 13.97 y en el grupo sin adherencia es 54.44 años \pm 12.00 ($p=0.350$), en ambos grupos

predomina el sexo femenino 64.2% en el grupo con adherencia y 62.0% en el grupo sin adherencia ($p=0.708$), en el grupo con adherencia 48.2% tiene preparatoria o más y en el grupo sin adherencia 52.7% tiene esta misma característica ($p=0.459$).

El tiempo de evolución de hipertensión en el grupo con adherencia es 14.72 años ± 12.01 y en el grupo sin adherencia 9.36 años ± 7.81 ($p=0.001$).

Se identificó asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la percepción de la enfermedad ($p=0.000$), en el grupo con adherencia 71.5% tienen una percepción de la enfermedad adecuada y el grupo sin adherencia 43.4% también tienen una percepción de la enfermedad adecuada. En la tabla VII.2 se presenta el comportamiento por grupo, de los pacientes solo hipertensos.

No se identificó asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la creencia sobre la medicación ($p=0.322$). En la tabla VII.2 se presenta el comportamiento por grupo, de los pacientes solamente hipertensos.

Cuando las variables: percepción de la enfermedad y creencia sobre la medicación, se agruparon en una sola variable de 3 categorías, se encontró asociación con la adherencia al tratamiento ($p=0.000$). En el grupo de pacientes con adherencia 50.4% tienen adecuada percepción de la enfermedad y creencia de beneficio de la medicación, en el grupo sin adherencia 26.4% tiene adecuada percepción de la enfermedad y creencia de beneficio de la medicación. En la tabla VII.3 se presenta el resto de la información.

Cuando las variables: percepción de la enfermedad y creencia sobre la medicación se agruparon en una sola variable de 2 categorías (categoría 1: adecuada percepción de la enfermedad y creencia de beneficio de la medicación, categoría 2: inadecuada percepción de la enfermedad y creencia de daño de la medicación), se encontró que existe asociación con la adherencia al tratamiento.

En el grupo con adherencia 89.6% tiene adecuada percepción de la enfermedad y creencia de beneficio de la medicación y en el grupo que no tiene adherencia el porcentaje fue 63.0%, estadísticamente estos valores son significativos ($p=0.000$); lo cual significa que por cada 5.07 pacientes adherentes con adecuada percepción de la enfermedad y creencia de beneficio de la medicación existe 1 paciente no adherente que también tiene adecuada percepción de la enfermedad y creencia de beneficio de la medicación. En la tabla VII.4 se presenta esta información.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Tabla VII.1 Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación, con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos (total de la población) n= 196 y 196

Condición	Porcentaje		Chi2	P	RM	IC 95%	
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo					Inferior	Superior
	Adherencia	No adherencia					
Percepción de la enfermedad							
Adecuada	72.4	45.4	29.60	0.000	3.16	2.07	4.81
Inadecuada	27.6	54.6					
Creencia sobre la medicación							
Beneficio	74.0	72.4	0.11	0.732	1.08	0.69	1.69
Daño	26.0	27.6					

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial”

Tabla VII.2 Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación, con la adherencia al tratamiento en pacientes solamente hipertensos n= 137 y 129

Condición	Porcentaje		Chi2	P	RM	IC 95%	
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo					Inferior	Superior
	Adherencia	No adherencia					
Percepción de la enfermedad							
Adecuada	71.5	43.4	21.55	0.000	3.27	1.96	5.44
Inadecuada	28.5	56.6					
Creencia sobre la medicación							
Beneficio	73.0	67.4	0.98	0.322	1.30	0.77	2.10
Daño	23.0	32.6					

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial”

Tabla VII.3 Asociación entre adherencia al tratamiento antihipertensivo y la agrupación en tres categorías de percepción de la enfermedad y creencias sobre la medicación. n= 137 y 129

Categorías	Porcentaje		Chi2	p
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo			
	Adherencia	No adherencia		
Percepción Adecuada de la enfermedad Y Creencia de beneficio de la medicación	50.4	26.4		
Percepción adecuada de la enfermedad O Creencia de beneficio de la medicación	43.8	58.1	18.47	0.000
Percepción inadecuada de la enfermedad Y Creencia de daño de la medicación	5.8	15.5		

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial”

Tabla VII.4 Asociación entre adherencia al tratamiento antihipertensivo con la agrupación en dos categorías de percepción de la enfermedad y creencias sobre la medicación. n= 77 y 54

Categorías	Porcentaje		Chi2	p	RM	IC 95%	
	Adherencia al tratamiento antihipertensivo					Inferior	Superior
	Adherencia	No adherencia					
Percepción adecuada de la enfermedad							
Y	89.6	63.0					
Creencia de beneficio de la medicación			13.41	0.000	5.07	2.02	12.69
Percepción inadecuada de la enfermedad							
Y	10.4	37.0					
Creencia de daño de la medicación							

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio “Asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial”

VIII. Discusión

Es evidente que el control adecuado de la hipertensión arterial es un reto tanto para el personal médico como para el paciente; es ahí donde radica la importancia de lograr la meta terapéutica en el paciente hipertenso y esto no solo involucra el adecuado manejo médico de la patología o la adherencia del paciente al tratamiento establecido, sino también influyen los aspectos psicológicos y conductuales del paciente, propiciados por su entorno; es una realidad que los factores de riesgo cardiovascular entre ellos incluida la hipertensión cada día van en aumento en la población mundial, todo esto repercutiendo en gastos a la salud debido a las múltiples complicaciones asociadas; este trabajo pone de manifiesto la importancia que tienen la percepción de la enfermedad y las creencias que el paciente tiene sobre su medicación en la adherencia al tratamiento en una entidad crónica y con tantas repercusiones como es la hipertensión.

En la literatura hablar de percepciones y creencias en cuestión de salud sigue siendo complejo, ya que se torna un aspecto subjetivo de la introyección del paciente; sin embargo, existen instrumentos que son capaces de otorgar una puntuación que hacen una medición objetiva, por lo tanto analizarlos da la certeza de que se mide lo que se pretende medir. Los instrumentos utilizados en este trabajo se basan en el "Modelo de creencias en salud" que integra teorías cognitivas y conductuales a fin de explicar las opiniones hacia los medicamentos y por lo tanto las decisiones en la adherencia al tratamiento; el "Modelo de autorregulación" que se enfoca en los procesos paralelos cognitivo y emocional del individuo para afrontar, evaluar y percibir la enfermedad, todo esto con la finalidad de comprender lo complejo de la conducta humana frente a un proceso de enfermedad y con esto reforzar que el abordaje médico no solo se debe basar en el aspecto orgánico del enfermo.

Cuando se analiza al paciente hipertenso y que también es diabético, podríamos caer en un error metodológico, ya que la diabetes también es una condición crónica y que requiere manejo farmacológico que puede influir en las percepciones y creencias del individuo, si bien la mayoría de nuestra población,

sobre todo los adultos mayores son pluri-patológicos y presentan otras comorbilidades, el objetivo de este estudio está enfocado en el paciente hipertenso a fin de comprender los procesos cognitivos por los que pasa a fin de afrontar su estado de salud.

Al hacer el análisis de manera independiente de las variables percepción de la enfermedad y creencias sobre la medicación, se debe aceptar que se concibe al individuo fragmentado, lo cual es un error; en la realidad, el paciente tiene tanto percepción de la enfermedad como creencias sobre su medicación en el mismo momento y su comportamiento va en función de ambas, por ello haberlas agrupado en una sola variable ofrece una mejor perspectiva de la relación que se entabla con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Al analizar individualmente una variable, se pierde el control de ella y no se puede determinar el peso que tiene, el análisis en conjunto es lo pretende revelar y es en éste en donde se concluye que la agrupación de la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación se asocian con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Este comportamiento es similar a lo reportado en otras patologías crónico degenerativas; en la población aquí estudiada podría estar determinado por el tiempo de evolución del padecimiento, asumiendo que conforme avanza la atención médica a través de los años, se afianza el conocimiento adecuado de la patología, la información recibida se integra y de esta manera el paciente percibe de manera adecuada la enfermedad en todos sus aspectos.

Cuando se habla de la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo estamos ante un escenario que abarca una serie de decisiones y un comportamiento activo por parte del paciente, en donde influyen varios aspectos como los que ya han sido comentados; este trabajo destaca el significado que el paciente le ha otorgado a su enfermedad traducida en percepción y las creencias que tiene hacia el tratamiento farmacológico prescrito; esto debe ser tomado en consideración por parte del médico de primer nivel de atención, ya que aquí radica la importancia de poder llevar al paciente a la meta

terapéutica, conocer estos aspectos del pensamiento crea un área de oportunidad muy amplia y que antecede al ajuste o modificación del tratamiento farmacológico a fin de lograr el óptimo control de su patología.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

IX. Conclusiones

En los pacientes hipertensos con adherencia el 89.6% tiene adecuada percepción de la enfermedad y creencia de beneficio de la medicación y en el grupo de pacientes hipertensos que no tiene adherencia el porcentaje fue 63.0%, es por esto que se rechaza la hipótesis nula.

Este trabajo pone de manifiesto que la adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia a la agrupación de una adecuada percepción de la enfermedad y una creencia de beneficio de la medicación.

Dirección General de Bibliotecas UJAQ

X. Propuestas

Hacer énfasis en todo médico, sobre todo en los médicos de primer nivel de atención en la importancia de la orientación del paciente al diagnóstico y durante el tratamiento de cualquier enfermedad crónica.

Brindar al paciente información clara, precisa y oportuna sobre su enfermedad, la evolución natural y la manera de limitar sus complicaciones.

Al dar tratamiento farmacológico, informar sobre los riesgos y beneficios, efectos secundarios y metas terapéuticas, a fin de que el paciente sea capaz de construir bases bien estructuradas para su actuación frente a su estado de salud.

Respetar y tomar en cuenta la percepción que tiene el paciente de su enfermedad y las creencias de tomar tratamiento farmacológico.

XI. Bibliografía

- Arana G, Cillani B, Abanto D. 2001. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud, Trujillo. Rev Med Hered; 12(4).
- Bazan G, Osorio M, Miranda A, Alcántara O, Uribe G. 2013. Validación del cuestionario breve sobre la percepción de la enfermedad BIPQ en hipertensos. Rev. Psicol. Trujillo; 15(1):78-91.
- Beléndez-Vázquez, M, Hernández-Mijares, A, Horne, R, Weinman, J. 2007. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. International Journal of Clinical and Health Psychology; 7(3):767-779.
- Bell H. 2011. Hipertensión arterial conducente a enfermedad cerebrovascular por incumplimiento del plan medicamentoso. Medisan; 15(2):204-208.
- Benítez M, Dalfó A. 2014. Actualización en el abordaje de la hipertensión arterial. AMF; 10(8):424-434.
- Berglund E, Lytsy P, Westerling R. 2013. Adherence to and beliefs in lipid-lowering medical treatments: a structural equation modeling approach including the necessity-concern framework. Patient Educ Couns; 91(1):105-112.
- Castañeda-Sánchez O, López del Castillo-Sánchez L, Araujo-López A. 2008. Apego farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en una unidad de medicina familiar de Ciudad Obregón, Sonora (México). Arch Med Fam; 10(1):3-6.
- Castaño J, Echeverri C, Giraldo J, Maldonado A, Melo J, Meza G, et al. 2012. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. Rev. Fac. Med; 60(3):179-197.

Haro C, Cantudo M, Almeida C, Morillo R. 2015. Influencia de las creencias hacia los medicamentos en la adherencia al tratamiento concomitante en pacientes VIH+. *Farm Hosp*; 39(1):23-28.

Holmes EA, Hughes DA, Morrison VL. 2014. Predicting adherence to medications using healthy psychology theories: a systematic review of 20 years of empirical research. *Value Health*; 17(8):863-876.

Horne R, Chapman S, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. 2013. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the necessity-concerns framework. *PLoS One*; 8(12).

Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.

James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. Report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC8). *JAMA*; 311(5): 507-520.

López-Portillo A, Bautista C, Rosales O, Galicia L, Rivera J. 2007. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 45(1):29-36.

López-Romero L, Romero-Guevara S, Parra D, Rojas-Sánchez L. 2016. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoció salud*; 21(1):117-137.

Martin L, Grau J, Espinosa A. 2014. Conceptual framework for evaluating and improving adherence to medical treatment in chronic diseases. *Rev Cubana Salud Pública*; 40(2):225-238.

- Mc Cormack T, Krause T, O'Flynn N. 2012. Management of hypertension in adults in primary care: NICE guideline. *Br J Gen Pract*; 62(596).
- Miro O, Rosselló X, Gil V, Martín-Sánchez F, Llorens P, Herrero P, et al. 2019. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Rev Esp Cardiol*; 72(2):104-810.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*; 24:67-74.
- Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, Schulz PJ. 2016. Intentional and unintentional medication non-adherence in hypertension: the role of health literacy, empowerment and medication beliefs. *Journal of Public Health Research*; 5(762).
- Nguyen TM, La Caze A, Cottrell N. 2014. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*; 77(3): 427-445.
- Nogués X, Sorli M, Villar J. 2007. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna*; 24(3):138-141.
- Ortiz M, Ortiz E. 2007. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*; 135:647-652.
- Quiceno, JM, Vinaccia, S. 2013. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*; 30(3):591-619.
- Quiles Y, Terol M, Marzo J. 2009. Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste en los trastornos alimentarios. *Clínica y Salud*; 20(2).

Radovanovic C, Alfonso L, Dalva de Barros M, Silva S. 2014. Arterial hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 22(4):547-553.

Salgado F, Sanz J, Pacheco R. 2017. Riesgo cardiovascular. *Medicine*; 12(42): 2477-2484.

Secretaria de Salud. 2016. Encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016 (ENSANUT 2016). Instituto Nacional de Salud Pública.

Secretaria de Salud. 2017. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2017: Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Shope JT. 1983. *Achieving patient compliance*: M. Robin DiMatteo and D. Dante DiNicola Pergamon Press Inc. Elmsford, New York, 1982. *Patient Education and Counseling*; 5(1): 51-51.

Val-Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández M, León M. 1992. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky Green. *Aten Primaria*; 10:767-770.

Velandia A, Rivera L. 2009. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Salud Pública*; 11(4):538-548.

Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. 2012. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*; 73(5):691-705.

Weinman J, Petrie K, Moss-morris R, Horne R. 1996. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*; 11(3):431-445.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE , Collins KJ, Dennison-Himmelfarb C, et al. 2018. 2017 Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. Hypertension; 71 (6).



Will JC, Zhang Z, Ritchey MD, Loustalot F. 2016. Medication adherence and incident preventable hospitalizations for hypertension. Am J Prev Med; 50(4):489-499.

Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. 2016. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. Geriatr Gerontol Int; 16(10):1093-1101.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos

			
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		FOLIO	
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LAS CREENCIAS SOBRE LA MEDICACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
NSS: _____		UMF No 9 IMSS QUERETARO	
EDAD AÑOS CUMPLIDOS	GENERO 1. MUJER 2. HOMBRE	Escolaridad 1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. PREPARATORIA 4. PROFESIONAL 5. OTROS	AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN AÑOS CUMPLIDOS
ADHERENCIA TERAPEUTICA 1. SI ADHERENTES 2. NO ADHERENTES		PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD 1. BUENA PERCEPCIÓN 2. MALA PERCEPCIÓN	CREENCIAS SOBRE MEDICACIÓN 1. CREENCIA DE DAÑO 2. CREENCIA DE BENEFICIO
ELABORÓ: JAZMÍN SUÁREZ ARGÜELLO RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR UMF 9 QUERÉTARO			

CUESTIONARIO BREVE DE PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD

En las siguientes preguntas, por favor, marque con un círculo el número que mejor representa su opinión

1. ¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No la afecta absolutamente nada

afecta gravemente mi vida

2. ¿Cuánto cree Ud. que durará su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy poco tiempo

para siempre

3. ¿Cuánto control siente Ud. que tiene sobre su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absolutamente ninguno

control total

4. ¿En qué medida cree Ud. que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absolutamente nada

ayuda muchísimo

5. ¿En qué medida siente Ud. síntomas debidos a su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absolutamente ningún síntoma

muchos síntomas graves

6. ¿En qué medida está Ud. preocupado por su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absolutamente nada preocupado

extremadamente preocupado

7. ¿En qué medida siente Ud. que entiende su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No la entiendo nada

la entiendo muy claramente

8. ¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (Es decir, ¿Lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Absolutamente nada de afectado emocionalmente

Extremadamente afectado emocionalmente

9. Por favor, haga una lista con los tres factores más importantes que usted cree que causaron su enfermedad, enumérelos en orden de importancia.

Las tres causas que yo considero más importantes son: (inicie por la de mayor importancia)

1. _____

2. _____

3. _____

CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE LA MEDICACION-ESPECIFICO

En las siguientes preguntas, por favor, marque con un círculo el número que mejor representa su opinión

Puntos de vista acerca de los medicamentos prescritos para tu hipertensión arterial	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Actualmente mi salud depende de mis medicamentos	1	2	3	4	5
2. Me preocupa tener que tomar mis medicamentos	1	2	3	4	5
3. Mi vida sería imposible sin medicamentos	1	2	3	4	5
4. A veces me preocupa por los efectos a largo plazo de mis medicamentos	1	2	3	4	5
5. Sin mis medicamentos , yo estaría muy enfermo/a	1	2	3	4	5
6. Mi medicamentos es/son un misterio para mí	1	2	3	4	5
7. En el futuro mi salud dependerá de mi medicamento	1	2	3	4	5
8. El medicamento altera mi vida	1	2	3	4	5
9. A veces me preocupa llegar a ser demasiado dependiente de mis medicamento	1	2	3	4	5
10. El medicamento impide que mi presión empeore	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

XII.3 Carta de consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LAS CREENCIAS SOBRE LA MEDICACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Patrocinador externo:	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, A de de 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<u>Determinar la asociación entre la percepción de la enfermedad y las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos</u>
Procedimientos:	Aplicación de instrumento de adherencia, percepción de la enfermedad y creencia sobre la medicación.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, solo el tiempo que se pierda al contestar las encuestas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificación del grado de percepción de la enfermedad, creencias sobre la medicación y adherencia a su terapia preestablecida, y en caso necesario orientar sobre ello. En casos extremos, canalizar nuevamente a su médico familiar para que vea la factibilidad de ser visto por psicología.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara al paciente el resultado de los cuestionarios y se les dará información acerca de la importancia de llevar un adecuado control hipertensivo
Participación o retiro:	El paciente es libre de retirarse en cualquier momento de la entrevista, sin que esto afecte su atención institucional
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información requerida para el estudio es totalmente CONFIDENCIAL, solo se usarán para fines de la investigación
En caso de colección de material biológico:	No aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Sabrà cómo se asocia el aceptar la enfermedad y la adherencia que tiene al tratamiento y como este influye en el control de su padecimiento.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Director de tesis: Dr. José Alfredo Perea Rangel. UMF 11, Matricula: 99232446. Teléfono: 4423226890. Correo electrónico: alfredopereaa@hotmail.com
Investigador Responsable:	
Colaborador:	Jazmín Suárez Argüello. Residente de Medicina Familiar. UMF 9. Matricula: 99237619 Teléfono: 4424239682. Correo electrónico: jazmins_5@live.com.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma	JAZMIN SUAREZ ARGUELLO Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre y firma	Testigo 2 Nombre y firma.