

## Artículo Original

# Creencias de enfermedad, creencias de medicación y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial

## Disease belief, medication belief and adherence to treatment in patients with high blood pressure

Jazmín Suárez Argüello, Leticia Blanco Castillo, José Alfredo Perea Rangel, Enrique Villarreal Ríos, Emma Rosa Vargas Daza, Liliana Galicia Rodríguez, Lidia Martínez González

Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Querétaro. México.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 1 de Mayo de 2020

Aceptado después de revisión  
el 27 de Mayo de 2020

[www.revistafac.org.ar](http://www.revistafac.org.ar)

Los autores declaran no tener  
conflicto de intereses

### Palabras clave:

Hipertensión arterial.  
Adherencia.  
Percepción.  
Creencias.

### Keywords:

Hypertension.  
Adherence.  
Perception.  
Beliefs.

### RESUMEN

En hipertensión arterial la adherencia terapéutica a lo prescrito es un requisito indispensable para lograr el adecuado control. **Objetivo:** Comparar las creencias de enfermedad y creencias de medicación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial.

**Metodología.** Diseño transversal comparativo en población hipertensa sin diabetes mellitus, grupo de 137 pacientes adherentes y grupo de 129 pacientes no adherentes. Se evaluó creencias de la enfermedad y creencias sobre la medicación. El análisis estadístico incluyó chi<sup>2</sup>, razón de momios e intervalo de confianza para razón de momios.

**Resultados.** En el grupo de pacientes adherentes 71.5% tienen creencias adecuadas de la enfermedad y en el grupo de pacientes no adherentes 43.4% también tienen creencias adecuadas de la enfermedad (p=0.000). Cuando se agrupan las creencias de la enfermedad y las creencias sobre la medicación existe asociación con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

**Conclusión.** Existe asociación entre creencias de la enfermedad y medicación con adherencia al tratamiento antihipertensivo.

### Disease belief, medication belief and adherence to treatment in patients with high blood pressure

#### ABSTRACT

In arterial hypertension, therapeutic adherence to what is prescribed is an essential requirement to achieve adequate control. **Objective.** To compare disease beliefs and medication beliefs with adherence to treatment in patients with hypertension without diabetes mellitus.

**Methodology.** Comparative cross-sectional design in hypertensive population with no diabetes, a group of 137 adherent patients and a group of 129 non-adherent patients. Beliefs about the disease and beliefs about the medication were evaluated. Statistical analysis included chi<sup>2</sup>, odds ratio and confidence interval for odds ratio.

**Results.** In the group of adherent patients, 71.5% have an adequate belief about the disease and in the group of non-adherent patients, 43.4% also have an adequate belief about the disease (p=0.000). When the beliefs about the disease and beliefs about the medication are grouped, there is an association with adherence to treatment in hypertensive patients.

**Conclusion.** There is an association between beliefs about the disease and medication with adherence to antihypertensive treatment.

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un síndrome de etiología múltiple, caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial<sup>1</sup>, producto de las resistencias vasculares periféricas que favorece el daño vascular sistémico<sup>2,3,4</sup>, y se ha identificado como una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial<sup>5,6,7</sup>.

Es una condición crónica y degenerativa<sup>8</sup>, que se ha constituido un desafío de la salud pública; el control representa la piedra angular en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (IMSS-2014).

La decisión terapéutica en el manejo del paciente hipertenso contempla además de las cifras de presión arterial, los factores biológicos, psicológicos y sociales del enfermo

(Mancia G, et al. 2013), no obstante, la adherencia terapéutica a lo prescrito es un requisito indispensable para lograr el adecuado control<sup>9,10</sup>.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial en el que intervienen tres personajes, el que realiza el acto de prescribir, la propia enfermedad, y el individuo que en función de las creencias en torno a lo prescrito y la concepción de la enfermedad, tiene la libertad de adherirse o rechazar lo prescrito<sup>11,12,13,14,15</sup>. Las formas de medir la adherencia son variadas<sup>16</sup>, entre ellas el test de Morisky Green es de los más empleados<sup>17</sup>.

La importancia del concepto de enfermedad radica en la respuesta que se tiene en torno a ella, incluyendo en la respuesta, la adherencia a la prescripción farmacológica, construcción determinada de forma histórica social. Al respecto se puede mencionar el modelo de creencias en salud que a lo largo del tiempo ha generado controversia entre posturas, y derivado de esta discusión se ha creado el "Illness Perception Questionnaire" (IPQ) en sus diferentes versiones, en él se propone que la información disponible permite construir una visión general que determinará las estrategias adoptadas para enfrentar la enfermedad<sup>18,19</sup>.

De igual forma las creencias en torno al tratamiento de una enfermedad forman parte de los modelos mentales que los pacientes construyen en torno a la patología, en estos modelos existe una visión personal en torno a los beneficios y consecuencias negativas de ingerir los fármacos, y en consecuencia influyen en la adherencia a la prescripción. El instrumento "Beliefs about Medicines Questionnaire" (BMQ) valora la creencia y preocupación en torno a la medicación prescrita<sup>20,21</sup>.

En este contexto el **objetivo** del artículo fue comparar en pacientes con hipertensión arterial que presentan adherencia tratamiento farmacológico y en pacientes que no presentan adherencia al tratamiento farmacológico, la creencia de la enfermedad y la creencia sobre la medicación; asumiendo como **hipótesis** que los pacientes hipertensos con adherencia al tratamiento farmacológico tienen mejor creencia adecuada de la enfermedad que los pacientes hipertensos sin adherencia al tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal comparativo en pacientes hipertensos en una Unidad Médica de la ciudad de Querétaro, México, pertenecientes a una Institución de Seguridad Social, de marzo a noviembre de 2018, previa autorización del Comité de Ética con apego a los principios éticos propios de los proyectos de investigación, y con la debida conformidad del Comité Local de Investigación de la Institución.

Se incluyeron en este estudio pacientes adultos >20 años (adoptando como referencia la edad propuesta en la Encuesta Nacional de Salud para estudiar la hipertensión), con un año o más en tratamiento farmacológico antihipertensivo (asumiendo que este lapso de tiempo es

suficiente para establecer conductas y generar posturas en torno al tema), que supieran leer y escribir y que firmaran consentimiento informado. Fueron excluidos los pacientes hipertensos con diabetes mellitus, otra endocrinopatía, enfermedad renal crónica (estadio 3a o superior), enfermedad oncológica, enfermedad reumatológica y pacientes con discapacidad que les impidiera el llenado del instrumento. No hubo pacientes eliminados<sup>22</sup>.

Se integraron dos grupos, el grupo con adherencia al tratamiento farmacológico y el grupo sin adherencia al tratamiento farmacológico. La adherencia al tratamiento farmacológico se determinó con el test de Morisky Green (*Medical Care 1986*) validado en su versión en español por Val Jiménez y cols ( $\alpha$  Cronbach de 0.75). El test de Morisky Green incluye cuatro preguntas con opción de respuesta dicotómica (sí y no), se consideró adherencia cuando la respuesta a las cuatro preguntas es "no".

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para dos poblaciones, con nivel de confianza de 95% ( $Z\alpha=1.64$ ), poder de la prueba de 80% ( $Z\beta=0.84$ ), prevalencia de creencia adecuada de la enfermedad en el grupo de pacientes adherentes 65% ( $p1=0.65$ ), y prevalencia de creencia adecuada de la enfermedad en el grupo de pacientes no adherentes de 50% ( $p2=0.50$ ). El total del tamaño de muestra calculado correspondió a 130 por grupo, sin embargo se trabajó con 137 pacientes con adherencia al tratamiento y 129 pacientes sin adherencia al tratamiento.

La técnica muestral fue no probabilística por cuota, empleando como marco muestral el listado de pacientes presentes en la sala de espera de la unidad médica el día en que se recabó la información.

Se estudiaron variables sociodemográficas, edad (medida en años), sexo (determinado por las características sexuales secundarias) y grado de escolaridad (grado escolar máximo alcanzado en el sistema educativo nacional). También se estudió el tiempo de evolución de la hipertensión (medido en años). Esta información se obtuvo a través del interrogatorio directo al paciente.

Para evaluar creencias de la enfermedad se empleó el "Brief Illness Perception Questionnaire" (BIPQ) validado para población mexicana ( $\alpha$  Cronbach 0.67), (Bazán G, 2013). El cuestionario está integrado por 8 ítems medidos en escala Likert del 0 a 10, cinco ítems evalúan la representación de la enfermedad, dos ítems evalúan la representación emocional, y un ítem evalúa la comprensión de la enfermedad. La calificación mínima posible es cero y la calificación máxima posible es 80; una calificación alta refleja una visión inadecuada de la enfermedad. El punto de corte empleado para considerar percepción adecuada de la enfermedad fueron 40 puntos o menos.

Las creencias sobre la medicación se determinó empleando el "Beliefs about Medicines Questionnaire" (BMQ) ( $\alpha$  Cronbach 0.70), (Beléndez-Vázquez M, 2007). El instrumento valora la creencia y preocupación en torno a la medicación prescrita, y tiene por referencia la creencia de peligro a la dependencia y toxicidad en el largo plazo. Se

mide en escala Likert de 1 a 5, identificando 1 como percepción baja de la necesidad de medicación (creencia de daño), y 5 como percepción alta de la necesidad de medicamento (creencia de beneficio). El instrumento lo integran 8 ítems con calificación mínima posible de 8, y máxima posible de 40, cinco ítems evalúan daño y tres ítems evalúan abuso. El punto de corte empleado para considerar creencias de beneficio fueron 30 puntos o más.

Las variables creencias de la enfermedad y creencias de la medicación se integraron en una variable de 3 categorías. Cuando el paciente presentó creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación se integró en la primera categoría; cuando presentó una de esas características y la otra no, se integró a la segunda categoría; y cuando el paciente presentó creencias inadecuadas de la enfermedad y creencias de daño de la medicación se integró a la tercera categoría.

- **Categoría 1.** Creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación.

- **Categoría 2.** Creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de daño de la medicación; o Creencias inadecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación.

- **Categoría 3.** Creencias inadecuadas de la enfermedad y creencias de daño de la medicación.

En un segundo momento la categoría 2 se eliminó (creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de daño de la medicación o creencias inadecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación), y la variable quedó integrada con dos categorías.

- **Categoría 1.** Creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación.

- **Categoría 3.** Creencias inadecuadas de la enfermedad y creencias de daño de la medicación.

A la categoría 1 (creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación) se añadió la categoría 10 años o más de evolución de la hipertensión arterial; y a la categoría 3 (creencias inadecuadas de la enfermedad y creencias de daño de la medicación.) se añadió la categoría menos de 10 años de evolución de la hipertensión arterial.

Para comparar la edad en el grupo con adherencia y sin adherencia se empleó la prueba de t para poblaciones independientes; el sexo y la escolaridad se compararon con la prueba  $\chi^2$  y razón de momios; la variable tiempo de evolución de la hipertensión no presentó distribución normal y fue comparada con la prueba de Mann Whitney.

La prueba de  $\chi^2$  se utilizó para comparar las creencias de la enfermedad y las creencias sobre la medicación en pacientes con adherencia y sin adherencia al tratamiento.

La comparación de las creencias de la enfermedad y las creencias sobre la medicación en pacientes con adherencia y pacientes sin adherencia al tratamiento se realizó con la prueba de  $\chi^2$ , razón de momios e intervalos de confianza para la razón de momios, estas mismas pruebas se utilizaron cuando las variables creencias de la enfermedad y creencias sobre la medicación se agruparon con la variable tiempo de evolución de la hipertensión arterial.

Se eligieron los días de la semana para asistir a la Unidad Médica, al llegar se identificaron en la sala de espera los pacientes >20 años, se acudió a ellos y se interrogó en torno al antecedente personal de hipertensión; ante la respuesta afirmativa se les informó del proyecto de investigación y se les invitó a participar. Al aceptar el paciente, se le invitó a pasar al consultorio para firmar el consentimiento informado y realizar la entrevista. Este procedimiento se repitió hasta completar el tamaño de la muestra de pacientes con y sin adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas.

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  $\pm 12.00$  ( $t=0.93$ ,  $p=0.350$ ).

En ambos grupos predomina el sexo femenino, 64.2% en el grupo con adherencia y 62.0% en el grupo sin adherencia ( $\chi^2=0.14$ ,  $p=0.708$ ).

En el grupo con adherencia 48.2% tiene preparatoria o más y en el grupo sin adherencia 52.7% tiene esta misma característica ( $\chi^2=0.54$ ,  $p=0.459$ ).

### Tiempo de evolución de la hipertensión arterial.

El tiempo de evolución de hipertensión arterial en el grupo con adherencia es 14.72 años  $\pm 12.01$  y en el grupo sin adherencia 9.36 años  $\pm 7.81$  (Mann Whitney=3.45,  $p=0.001$ ).

### Comparación de las creencias de la enfermedad con la adherencia al tratamiento.

Se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y las creencias de la enfermedad ( $\chi^2=21.55$ ,  $p=0.000$ ). En el grupo con adherencia 71.5% tienen creencias adecuadas de la enfermedad y el grupo sin adherencia 43.4% también tienen creencias adecuadas de la enfermedad. En la *Tabla 1* se presenta el comportamiento por grupo.

### Comparación de las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento.

No se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y las creencias sobre la medica-

**TABLA 1.**

Comparación de las creencias de la enfermedad con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial.

Creencias de la enfermedad	Porcentaje		Chi <sup>2</sup>	p	Razón de Momios	IC 95%	
	Tratamiento antihipertensivo					Inferior	Superior
	Adherencia	No Adherencia					
Adecuada	71.5	43.4	21.55	0.000	3,27	1,96	5,44
Inadecuada	28.5	56.6					

n= 137 adherencia y 129 no adherencia.

**TABLA 2.**

Comparación de las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial.

Creencias sobre la medicación	Porcentaje		Chi <sup>2</sup>	p	Razón de Momios	IC 95%	
	Tratamiento antihipertensivo					Inferior	Superior
	Adherencia	No Adherencia					
Beneficio	73.0	67.4	0,98	0,322	1,30	0,77	2,10
Daño	23.0	32.6					

n= 137 adherencia y 129 no adherencia.

**TABLA 3.**

Agrupación en tres categorías las variables creencias de la enfermedad y creencias sobre la medicación y comparación con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial

Agrupación	Porcentaje		Chi <sup>2</sup>	p
	Tratamiento antihipertensivo			
	Adherencia	No Adherencia		
Creencias adecuadas de la enfermedad y Creencias de beneficio de la medicación	50.4	26.4	18.47	0.000
Creencias adecuadas de la enfermedad y Creencias de daño de la medicación O Creencias inadecuadas de la enfermedad y Creencias de beneficio de la medicación	43.8	58.1		
Creencias inadecuadas de la enfermedad y Creencias de daño de la medicación.	5.8	15.5		

n= 137 adherencia y 129 no adherencia.

ción ( $\chi^2=0.98$ ,  $p=0.322$ ). En la *Tabla 2* se presenta el comportamiento por grupo.

#### Creencias de la enfermedad y creencias sobre medicación (politómica) comparadas con la adherencia.

Cuando las variables creencias de la enfermedad y creencias sobre la medicación, se agruparon en una sola variable de 3 categorías, se encontró asociación con la adherencia al tratamiento ( $\chi^2=18.47$ ,  $p=0.000$ ). En el grupo de pacientes con adherencia, 50.4% tienen adecuadas creencias de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación, y en el grupo sin adherencia, 26.4% tiene adecuadas creencias de la enfermedad y creencias de benefi-

cio de la medicación. En la *Tabla 3* se presenta el resto de la información.

#### Creencias de la enfermedad y creencias sobre medicación (dicotómica) comparadas con la adherencia.

Cuando las variables creencias de la enfermedad y creencias sobre la medicación se agruparon en una sola variable de 2 categorías (categoría 1: creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación, y categoría 3: creencias inadecuadas de la enfermedad y creencias de daño de la medicación), se encontró que existe asociación con la adherencia al tratamiento. En el grupo con adherencia 89.6% tienen creencias adecuada de la en-

TABLA 4.

Creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación, comparadas con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial.

Condición	Porcentaje		Chi <sup>2</sup>	p	Razón de Momios	IC 95%	
	Tratamiento antihipertensivo					Inferior	Superior
	Adherencia	No Adherencia					
Creencias adecuadas de la enfermedad y Creencias de beneficio de la medicación	89.6	63.0	13,41	0.000	5,07	2,02	12,69
Creencias inadecuadas de la enfermedad y Creencias de daño de la medicación	10.4	37.0					

n= 77 adherencia y 54 no adherencia

TABLA 5.

Creencias adecuadas de la enfermedad, creencias de beneficio de la medicación y 10 años o más de hipertensión arterial, comparadas con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial.

Condición	Porcentaje		Chi <sup>2</sup>	p	Razón de Momios	IC 95%	
	Tratamiento antihipertensivo					Inferior	Superior
	Adherencia	No Adherencia					
Creencias adecuadas de la enfermedad y Creencias de beneficio de la medicación y 10 años o más con hipertensión arterial	88.6	42.3	17,18	0.000	10,63	3,16	35,78
Creencias inadecuadas de la enfermedad y Creencias de daño de la medicación y 9 años o menos con hipertensión arterial	11.4	57.7					

n= 44 adherencia y 26 no adherencia

fermedad y creencias de beneficio de la medicación, y en el grupo que no tiene adherencia el porcentaje fue 63.0%, estadísticamente estos valores son diferentes ( $p=0.000$ ). Lo señalado significa que por cada 5.07 pacientes que presentan adherencia al tratamiento antihipertensivo y creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación, existe 1 paciente que no tiene adherencia al tratamiento pero tiene creencias adecuadas de la enfermedad y creencias de beneficio de la medicación. En la Tabla 4 se presenta esta información.

#### Creencias adecuada de la enfermedad, creencias de beneficio de la medicación y diez años o más de evolución de hipertensión arterial, comparadas con la adherencia.

Cuando las variables creencias de la enfermedad, creencias sobre la medicación y tiempo de evolución de la hipertensión se agruparon en una sola variable de 2 categorías (adecuadas creencias de la enfermedad, creencias de beneficio de la medicación y diez o más años de evolución de la hipertensión arterial; e inadecuada creencias de la enfermedad, creencias de daño de la medicación y menos de diez años de evolución de la hipertensión arterial), se encontró asociación con la adherencia al tratamiento. En el grupo con adherencia 88.6% tienen adecuadas creencias de la enfermedad, creencias de beneficio de la medicación

y diez años o más de evolución de la hipertensión; y en el grupo que no tiene adherencia el porcentaje fue 42.30%, valores estadísticamente diferentes ( $p=0.000$ ). En la Tabla 5 se presenta el resto de la información.

## DISCUSIÓN

La realidad evidencia que el control del paciente hipertenso no es el adecuado<sup>23</sup>, condición que se traduce en un escenario catastrófico para los servicios de salud, porque significa un fracaso a pesar del avance tecnológico y la amplia gama farmacológica disponible; y para el paciente, por el deterioro de las condiciones clínicas en el corto, mediano y largo plazo. Ante este escenario, la conducta adherente del paciente a lo prescripto es una posibilidad, y en este tenor, las creencias que se tienen en torno a la enfermedad y la medicación. En ello radica la importancia del artículo que aquí se presenta, en él se aborda la relación de las creencias con la adherencia.

Se podría considerar que la selección de la muestra es una limitante del estudio, asumiendo que se trata de pacientes que acuden al servicio de salud a demandar el tratamiento antihipertensivo. Ante este escenario sería contradictorio plantear que alguien que demanda atención médica no se apegue a la prescripción, pero esto es una realidad no sólo en el caso de la hipertensión arterial

(Maldonado-Reyes FJ, 2016), aún en eventos agudos el tratamiento es suspendido unilateralmente por el paciente al desaparecer la sintomatología, ejemplo de ello son los procesos infecciosos agudo en los cuales no se terminan los esquemas propuestos<sup>24</sup>.

Hablar de percepciones y creencias en torno a la salud es complejo, es una perspectiva cualitativa que involucra los aspectos subjetivos de la introyección del paciente, sin embargo en la actualidad existen instrumentos que facilitan el abordaje (Beléndez-Vázquez M, 2007). En este escenario, los instrumentos empleados tienen por referencia el "Modelo de creencias en salud" que integra teorías cognitivas y conductuales a fin de explicar la opinión en torno a los medicamentos y por lo tanto las decisiones en la adherencia al tratamiento; y el "Modelo de autorregulación" que se enfoca en los procesos paralelos cognitivo y emocional del individuo para afrontar, evaluar y percibir la enfermedad, propuesta que invita a incorporar al proceso salud enfermedad lo complejo de la conducta humana y el papel que le corresponde, y sugerir con ello, que el abordaje médico no debe contemplar exclusivamente el aspecto orgánico del enfermo (Quiceno JM, 2010).

Es verdad que la creencia en torno a la enfermedad y medicación se modifica a lo largo del tiempo, es un proceso histórico socialmente determinado, desde ese punto de vista los resultados presentados en este artículo podría ser cuestionados en otro momento del tiempo, pero pueden aplicar para el aquí y el ahora, en aras de identificar áreas de oportunidad para promover la mejora en la adherencia.

En este trabajo se encontró alta probabilidad de asociación entre la creencia de la enfermedad y la adherencia, pero esta tendencia no fue clara cuando se analizó la creencia de la medicación. Estos resultados pueden sugerir que el paciente cuenta con información de la enfermedad que ha procesado y ha incorporado a su marco conceptual, pero o le falta información farmacológica o desconfía de la disponible, este planteamiento evidentemente es un hipótesis que debe ser comprobada antes de afirmar lo señalado, tema de otra investigación.

Las creencias del individuo en torno a los procesos de la vida no se dan de manera aislada, éstas mantienen una relación estrecha, independientemente que se tengan opiniones diferentes, planteamiento que en este artículo se hace evidente cuando la creencia en torno a la enfermedad y la creencia en torno a la medicación presentan distintos resultados al relacionarlas con la adherencia, es en este momento cuando el análisis conjunto de la creencia de la enfermedad y la medicación adquiere relevancia, análisis más específico de la relación que se tiene entre creencias y adherencia.

En una enfermedad crónica como la hipertensión arterial, el tiempo de evolución se asocia con mayor probabilidad de exposición a información, que al incorporar al esquema de valores, ajustado por la experiencia vivida, puede moldear las creencias del individuo y en consecuencia modificar la adherencia, esa tendencia se sugiere

en esta investigación, no obstante, se debe ser cauto en la interpretación, el diseño realizado no permite hablar de causalidad, es un diseño transversal analítico que busca asociación. Desde esta perspectiva se puede plantear que existe una alta probabilidad de encontrar asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la creencia adecuada de la enfermedad, la creencia de beneficio de la medicación y tener 10 años o más con hipertensión arterial. Si este resultado se ubica en el contexto del modelo de creencias en salud (Beléndez-Vázquez M, 2007), se podría apoyar la hipótesis, pero definitivamente será necesario realizar un diseño de causalidad para asegurarlo.

## CONCLUSIONES

Se puede señalar que existe alta probabilidad de asociación de la adherencia al tratamiento antihipertensivo con la creencia adecuada de la enfermedad y la creencia de beneficio de la medicación en pacientes con hipertensión arterial sistémica.

## BIBLIOGRAFIA

- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 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* **2018**; 71: e13-e115.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Comments on the 2013 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: A report of task force of the clinical practice guidelines committee of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol* **2013**; 66: 842-47.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016. ENSANUT **2016**. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/documentos\\_2016/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/documentos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2017: Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, **2017**. Disponible en [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017) Acceso 1 de Octubre de 2020
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, **2014**. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP\\_\\_HipertArterial1NA/HIPERTENSION\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf) Acceso 1 de Octubre de 2020
- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 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* **2014**; 311: 507-520.
- Salgado F, Sanz J, Pacheco R. Riesgo cardiovascular. *Medicine* **2017**; 12: 2477-84.
- Radovanovic C, Alfonso L, Dalva de Barros M, et al. Arterial hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Rev. Latino-Am Enfermagem* **2014**; 22: 547-53.
- Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* **2012**; 73: 691-705.
- Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatr GerontolInt* **2016**; 16: 1093-1101.

11. Shope JT. Achieving patient compliance: en DiMatteo MR, DiNicola Pergamon DD. Patient Education and Counseling. Press Inc. Elmsford, New York, 1982. pp: 51-51.
12. Martin L, Grau J, Espinosa A. Conceptual framework for evaluating and improving adherence to medical treatment in chronic diseases. *Rev Cubana Salud Pública* 2014; 40: 225-238.
13. Bazán G, Osorio M, Miranda A, et al. Validación del cuestionario breve sobre la percepción de la enfermedad (BIPQ) en hipertensos. *Rev Psicol Trujillo (Perú)* 2013; 15: 78-91.
14. **Nguyen TM**, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2014; 77: 427-45.
15. Náfrádi L, Galimberti E, Nakamoto K, et al. Intentional and unintentional medication non-adherence in hypertension: the role of health literacy, empowerment and medication beliefs. *Journal of Public Health Research* 2016; 5: 762.
16. Maldonado-Reyes FJ, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales J, et al. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. *Aten Fam* 2016; 32: 48-52.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986; 24: 67-74.
18. Quiceno JM, Vinaccia S. Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 2010; 25. Disponible en <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/41/9279> Acceso 1 de Octubre de 2020
19. Moreno San Pedro E, Roales-Nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica* 2003; 3: 91-109.
20. Beléndez-Vázquez M, Hernández-Mijares A, Horne R, et al. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *Int J Clin Health Psychol* 2007; 7: 767-79.
21. Holmes EA, Hughes DA, Morrison VL. Predicting adherence to medications using healthy psychology theories: a systematic review of 20 years of empirical research. *Value Health* 2014; 17: 863-76.
22. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doc-tos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doc-tos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf) Acceso 1 de Octubre de 2020.
23. Ortiz Marrón H, Vaamonde Martín R, Zorrilla Torrás J, et al. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDI-MERC. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 329-38.
24. Ballester Vidal MR, Alarcón LR, Mansilla Ortuño J, et al. Cumplimiento del tratamiento antibiótico en niños en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2014; 7:32-38.