

Policlínico "Mártires de Corinthya"
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica

MSc. Magda Acosta González,¹ Dra. Giselle Debs Pérez,² Dr. Reynaldo de la Noval García² y Dr. Alfredo Dueñas Herrera³

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo y también en Cuba.^{1,2} Prácticamente un tercio de la población adulta actual, sobre todo en países desarrollados presentan cifras tensionales por encima de los valores considerados como normales. En el país el Grupo Nacional para el estudio de la HTA ha definido 140/90 mmHg como cifra limítrofe para su diagnóstico, y ha clasificado esta entidad no sólo como una enfermedad sino como un factor de riesgo de otras enfermedades aún más graves como son la cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal, retinopatía, entre otras.³

Cuba, país con un cuadro de salud envidiable en el mundo actual^{4,5} sobre todo en enfermedades crónicas no transmisibles, no ha logrado mantener controlados a los hipertensos detectados, por ser muy pobre su adherencia al tratamiento por largos periodos de tiempo lo que pudiera deberse a que existen dificultades en cuanto al grado de conocimiento sobre su enfermedad, así como en la adopción de cambios en los estilos de vida.⁶

Para controlar el aumento de las cifras tensionales en los enfermos, resulta imprescindible lograr la adherencia terapéutica, que no es más que "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir el resultado terapéutico deseado".⁷

Dado que el término de adherencia hace referencia a una conducta establecida o un cambio de conducta que se ajusta a una recomendación de salud y/ o recomendación terapéutica proporcionada por el profesional de la salud, existen factores psicosociales que la afectan o regulan.

La percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse, y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en salud.⁸ Una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción.⁹ En el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren

susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios.¹⁰

La identificación de los factores que modulan la adherencia terapéutica supone el primer paso para, posteriormente, elaborar estrategias que faciliten o mejoren su mantenimiento. Dichas estrategias deben estar encaminadas en lo fundamental a la educación del paciente hipertenso, que es considerada como la piedra angular de los pilares del tratamiento, que durará toda la vida y responderá cada vez más a las etapas por las que atraviese el paciente.

La identificación de estas necesidades de aprendizaje se realiza a través del Diagnóstico Educativo, que permite determinar los factores relacionados con los comportamientos, actitudes y creencias asociadas con el problema de salud. Estos factores constituyen la clave del diagnóstico, la conducta o práctica de salud, que está muy relacionada con las necesidades reales y sentidas.¹¹

La enfermera que atiende a pacientes hipertensos debe, entre sus múltiples tareas, ayudarlos a profundizar en el conocimiento de su enfermedad y en la importancia de mantener la adherencia al tratamiento que indique el médico de asistencia. Para contribuir a resolver esta problemática, se realizó este estudio, cuyo objetivo fue identificar conocimientos, creencias y prácticas sobre adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que se atienden en el Policlínico "Mártires de Corinthya" en el municipio Plaza de la Revolución.

Métodos

La investigación fue realizada en el período de septiembre a diciembre de 2003. Se clasificó como un estudio descriptivo de corte transversal.

Se seleccionó una muestra del total de hipertensos ($n = 170$) a partir de la fórmula de muestreo simple aleatorio, de ellos fue posible encuestar a 165 (97,06 %).

Se utilizó un muestreo por conglomerado bietápico, donde las unidades de la primera etapa (selección de los 10 consultorios) se seleccionaron con probabilidad proporcional a sus tamaños y las de la segunda etapa (selección de 17 pacientes en cada consultorio) se realizaron por muestreo simple aleatorio.

Se contó con el consentimiento de los pacientes, la anuencia de la dirección municipal de salud y de la dirección del área.

Se confeccionó una lista con los nombres y direcciones de los pacientes seleccionados por consultorio, y se les aplicó un cuestionario, de forma auto administrada en el hogar cuyo modelo aparece en el anexo. Los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos.

Resultados

En la tabla 1 se observa que el stress fue el factor asociado al HTA que mayor porcentaje de respuestas positivas obtuvo (88,4 %), más de la mitad hizo referencia el consumo de sal (63,7 %), no obstante un tercio de los hipertensos no conocen que la sal es perjudicial. Se pudo observar desconocimiento de los restantes elementos que de estar presentes en el individuo, también condicionan el aumento de las cifras tensionales.

Tabla 1. *Distribución de hipertensos según conocimientos sobre factores asociados a la HTA*

Factores	n = 165					
	Conocen		No conocen		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de sal	105	63,7	60	36,3	165	100
Consumo de grasa saturada	85	51,6	80	48,4	165	100
Herencia	103	62,4	62	37,6	165	100
Stress	146	88,4	19	11,6	165	100
Sedentarismo	19	11,6	146	88,4	165	100
Obesidad	56	34,0	109	66,0	165	100
Consumo de alcohol	6	3,7	159	96,3	165	100
Hábito de fumar	70	42,4	95	57,6	165	100

Fuente: datos primarios.

Aproximadamente más de la mitad de los pacientes refirieron percibir la HTA como una amenaza para su salud e igual porcentaje se sintió vulnerable a sus complicaciones, pero prácticamente la mitad de los hipertensos encuestados (48,4 %) no se sintió amenazado por esta enfermedad ni vulnerable a sus complicaciones, lo cual conspira contra la adherencia al tratamiento (tabla 2).

Tabla 2. *Distribución de hipertensos según vulnerabilidad y amenaza percibida a las complicaciones de la HTA*

Creencias	n = 165					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vulnerabilidad percibida	85	51,6	80	48,4	165	100
Amenaza percibida	85	51,6	80	48,4	165	100

Fuente: datos primarios.

Refirieron sentirse beneficiados totalmente con el tratamiento el 51,6 % de los hipertensos encuestados. De la otra mitad, el 45,4 % planteó recibir los beneficios parcialmente y al 3 % le resultó indiferente el tratamiento, por lo que a este último grupo de pacientes le será difícil la adherencia terapéutica. Sólo se adherirán al tratamiento indicado aquellos pacientes que perciban sus beneficios (tabla 3).

Tabla 3. *Distribución de hipertensos según percepción de beneficios del tratamiento*

Percepción de beneficios	n = 165	
	n	%
Totalmente	85	51,6
Parcialmente	75	45,4
Nada beneficiado	5	3,0
Total	165	100,0

Fuente: datos primarios.

En la tabla 4 se aprecia que la mitad de los pacientes encuestados plantearon que siempre asistían a la consulta de seguimiento de su HTA, de ellos el 52,6 % pertenecían al grupo de edad de 46-65 años, grupo que también tiene el mayor porcentaje de asistentes "en ocasiones" a las consultas (34,3 %).

Tabla 4. *Distribución de hipertensos según edad y asistencia a las consultas programadas de seguimiento de la HTA*

Asisten	Edad				Total	
	15-45		46-65			
	n	%	n	%	n	%
Siempre	11	39,2	72	52,6	83	50,3
En ocasiones	9	32,1	47	34,3	56	33,9
Nunca	3	10,8	2	1,4	5	3,0
Cuando creo tener la presión alta	5	17,9	16	11,7	21	12,8
Total	28	100,0	137	100,0	165	100,0

Fuente: datos primarios.

Cumplir siempre con el tratamiento indicado y comunicar siempre al médico las causas de sus incumplimientos se pudo observar en más de la mitad de los pacientes (51,6%) lo que reveló que mantienen una práctica adecuada. El resto, sin embargo, no se comportó así, ya que en este grupo el 45,4 % sólo realizó estas prácticas en ocasiones y el 3 % no las realizó nunca, lo cual puede estar

condicionado por no tener incorporadas las creencias en salud que actúan como moduladoras en la adherencia al tratamiento (tabla 5).

Tabla 5. *Distribución de hipertensos según frecuencia en el cumplimiento del tratamiento y comunicación de incumplimientos del mismo*

Prácticas	Frecuencia							
	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Realiza el tratamiento indicado	85	51,6	75	45,4	5	3,0	165	100,0
Comunica incumplimientos en el tratamiento	85	51,6	75	45,4	5	3,0	165	100,0

Fuente: datos primarios.

De los pacientes encuestados más de la mitad (51,6 %) refirieron haber recibido la información suficiente para realizar el tratamiento, el resto valoró esta actividad de medianamente suficiente e insuficiente (tabla 6).

Tabla 6. *Distribución de hipertensos según información recibida para el tratamiento*

Información	n = 165	
	n	%
Suficiente	85	51,6
Medianamente suficiente	75	45,4
Insuficiente	5	3,0
Total	165	100,0

Fuente: datos primarios.

De los pacientes encuestados casi la totalidad (97,0 %) refirieron recibir educación para el tratamiento de forma individual. Sólo un 3 % refirió recibirla de forma colectiva.

Discusión

La HTA una vez establecida puede acompañar a una persona durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducir a la muerte, el comportamiento del paciente puede desempeñar un papel importante y decisivo en su evolución. Podrán incluso alargar su vida, aquellos que puedan adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que la enfermedad exige para su mejor evolución.¹²

En lo referente a los elementos que se relacionan con la HTA, la mayoría de los pacientes colocaron al stress como causa de hipertensión, sin embargo, los aspectos relacionados con los estilos de vida que constituyen factores desencadenantes de esta enfermedad crónica, tienen los más altos porcentajes de desconocimiento. Esta situación demuestra insuficiencia en la información recibida.

Los resultados alcanzados en relación con la amenaza o vulnerabilidad ante las complicaciones de la HTA demostraron que este grupo no tiene establecido, en sus creencias en salud, la percepción individual de riesgo tan necesaria en el logro de la adherencia al tratamiento, ya que a mayor percepción de vulnerabilidad personal se asocia un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas preventivas.

La percepción de amenaza y vulnerabilidad producen una fuerza que lleva a la conducta, o sea, a emprender la acción; la efectividad de las recomendaciones de salud o terapéuticas a realizar que pudieran llevar al paciente a sentir los beneficios del tratamiento, depende mucho de sus creencias.¹³

Del grupo de hipertensos encuestados, la mitad no realizaron buenas prácticas en salud. Para cambiar esta situación sería necesario modificar primero sus creencias acerca de la enfermedad, tratando de incorporar en ellos la percepción de amenaza que representa para su salud su sola presencia y lograr así que se sientan vulnerables ante las complicaciones que ella puede ocasionar, y al mismo tiempo, percibir los beneficios que pueden recibir de realizar el tratamiento de forma sistemática y no ocasionalmente. Para ello debería proporcionárseles una adecuada educación, para tener a personas capaces y formadas, más que informadas, para el tratamiento que tienen que llevar por largos periodos o por toda la vida.

La HTA fue más frecuente en el grupo de 46-65 años, grupo que coincidentemente también tuvo el mayor porcentaje de pacientes que sólo asistieron "en ocasiones" a las consultas, comportamiento inadecuado por el riesgo que representa esta afección a medida que se incrementa la edad.

La información recibida para el tratamiento fue insuficiente así como pobreza en la educación colectiva. La falta de información pudiera ser una de las causas para que más de la mitad de los hipertensos no haya modificado sus creencias en relación con la HTA y no realizaran buenas prácticas de salud adhiriéndose al tratamiento. Es cierto que la educación durante la consulta es de mucha importancia pues favorece la comunicación médico-paciente, pero no resultó suficiente en esta investigación.

Existen múltiples experiencias que demuestran que las reuniones en pequeños grupos brindan nuevas posibilidades al trabajo de educación en salud, refuerza el mensaje individual recibido en consulta que se enriquece con la participación activa y responsable de las audiencias a las que van dirigidos. Uno de los aspectos que se puede potencializar mediante la educación colectiva es el apoyo social a través de la incorporación de familiares allegados, amistades, profesionales de la educación en grupo de hipertensos, actividad esta, bien explicita en el Manual de educación al paciente hipertenso.⁶

Se puede concluir que la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes en esta área se debe

mayormente a que no reciben educación suficiente y apropiada y no tienen incorporadas creencias en salud que le permitan modificar sus conductas o prácticas en relación con su salud.

Anexo

Encuesta diagnóstica para identificar conocimientos, creencias y prácticas de los hipertensos sobre adherencia terapéutica

Si están de acuerdo, por favor contesten las siguientes preguntas. Gracias : Firma_____

Datos generales

Nombre y Apellidos_____ Edad_____
Sexo 1- M ____ 2- F ____ Ocupación:_____ Escolaridad: _____ Consultorio No._____

1. ¿ Asiste a las consultas programadas por su médico para el seguimiento de la hipertensión arterial? a) Siempre ____ b) En ocasiones ____ c) Nunca ____
2. ¿Cumple el tratamiento indicado por su médico? a) Siempre ____ b) A veces ____ c) Nunca ____
3. ¿ Cuando no cumple el tratamiento, se lo comunica a su médico y/o enfermera?
a) Siempre ____ b) A veces ____ c) Nunca ____ .
4. ¿Cuál o cuáles de los siguientes factores asocia más con la hipertensión arterial?
a) Consumo de sal ____ b) Consumo de grasa saturada ____ c) Herencia ____ d) Stress ____
e) Sedentarismo ____ f) Obesidad ____ g) Consumo de alcohol ____ h) Hábito de fumar ____
5. ¿ Conoce las complicaciones que puede ocasionar la hipertensión arterial ? SI ____ NO ____.
6. ¿ Siente la hipertensión arterial como una amenaza para su salud ? SI ____ NO ____
7. ¿ Se siente vulnerable a las complicaciones de la hipertensión arterial ? SI ____ NO ____
8. ¿ Se siente beneficiado (a) con el tratamiento o recomendación indicado?
a) Beneficiado ____ b) Poco beneficiado ____ c) Nada beneficiado
9. ¿ Recibe de su médico y/o enfermera la información suficiente para comprender el tratamiento?
a) Suficiente ____ b) Insuficiente ____
10. De que forma recibe la educación por el médico y/o enfermera?. Marque con una (X)
a) Individual ____ b) Colectiva ____

Referencias bibliográficas

1. Kochaneck KD, Hudson BL. Advance report of final mortality statistics. Monthly vital statistics ort. Hyattsville. 1995;43 (6):11-24.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. La Habana: MINSAP; 2000.
3. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la HTA. Rev Cubana Med Gral Integ. 1999;15(1):46-87.
4. Consideraciones acerca del Sistema de Vigilancia de Salud. La Habana: MINSAP; 1994.

5. Epidemiología y Microbiología. Cuadro de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: MINSAP;1990.p. 2-14.
6. Dueñas Alfredo, de la Noval R. Educación al paciente hipertenso. Manual de entrenamiento para el personal de la salud. Proyecto 10 de Octubre. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1995:11-5.
7. Ferrer V A. "Adherencia" o "cumplimiento" de prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales implicados. Rev Psicol Salud. 1995;7(1):106.
8. Weinmann J. The illness perception questionnaire. A new measure for assesing the cognitive representation of illness. Phisicholgy Health. 1996;11:431.
9. Karinson B, Agardh CD. Burden of illness, metabolic control and complications in relation to depressive symptoms in IDDM patients. Diabetic Med. 1997;14:1066.
10. Garcia R. Programa de educación en diabetes en Cuba : Filosofía, métodos y líneas de trabajo. Rev Asoc Latinoamericana Diabetes. 1998;6(55):125.
11. Cruz Andrés DA. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral. Rev Salud Pública. 1996;3(1): 88.
12. Rodriguez Marin G. Promoción de Salud y prevención de la enfermedad: estilos de vida y salud. Psicología de la salud. Madrid: Síntesis; 1995.
13. Assal J. Tratamiento de las enfermedades de larga duración: de la fase aguda al estado de cronicidad. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Paris: Elsevier; Terapéutica 1996.25.p.18.

Recibido: 21 de marzo de 2005. Aprobado: 8 de mayo de 2005.

MSc. *Magda Acosta González*. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba. e-mail: magda.acosta@infomed.sld.cu Teléfono: 690 20 67

¹ **Máster en Promoción y Educación para la Salud. Licenciada en Enfermería. Aspirante a Investigador. Profesora instructor.**

² **Especialista de I Grado en Cardiología. Investigador Agregado. Profesor Instructor.**

³ **Especialista de II Grado en Cardiología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar.**