

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CRÓNICO: HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS

ADHERENCE TO TREATMENT IN CHRONIC PATIENTS: HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

María José Ventura Carmona^{a}, Alicia Ruiz-Muelle^b
y María del Mar López Rodríguez^b*

Fechas de recepción y aceptación: 20 de noviembre de 2018, 24 de enero de 2019

RESUMEN

Introducción: Para el año 2020 las enfermedades crónicas serán la causa principal de las discapacidades, y para el año 2030 se duplicará la incidencia en personas mayores de 65 años. Un 20-50 % de los pacientes no siguen el plan terapéutico de forma adecuada, siendo la dieta una de las principales faltas de adherencia. *Objetivo:* Evaluar el nivel de adherencia a los diferentes componentes del tratamiento en pacientes diagnósticos de hipertensión esencial y diabetes. *Metodología:* Estudio observacional descriptivo transversal, en una muestra de 46 personas, entre 18-95 años, pertenecientes al programa de crónicos de HTA y/o diabetes del Centro de Salud, seleccionadas mediante muestreo por conveniencia, entre las que no padecían una enfermedad sintomática o alteración psicológica. *Resultados:* El 71,7 % de los pacientes estaban diagnosticados de HTA, el 52,2 % de diabetes y el 23,9 % padecían ambas patologías. Ambos grupos informan de síntomas que relacionan con la enfermedad. Del total de la muestra el 56,6 % manifestaban sobrepeso. Dicen no tener ningún problema a la hora de seguir el tratamiento el 15,2 %; a más de la mitad de la muestra (64,9 %) le resulta difícil cumplirlo; el 35,02% de hipertensos y el 36,95 de los diabéticos creen que es difícil seguir todas las recomendaciones prescritas. Ellos creen tener una alimentación adecuada, sin embargo, el

^a Departamento de Enfermería. Hospital de Navarra.

* Correspondencia: Hospital de Navarra. Departamento de Enfermería. Calle de Irunlarrea, 3. 31008 Pamplona. Navarra. España.

E-mail: mjventuraca@gmail.com

^b Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería.



56,5 % tienen sobrepeso, seguido de obesidad, y solo el 13,0 % presentaban un peso normal. *Conclusión:* La muestra de pacientes que han participado en este estudio indican los mismos síntomas de enfermedad que los recogidos en estudios precedentes. Han informado niveles de adherencia superiores a los encontrados en estudios similares. Sin embargo, son escasos los sujetos que mantienen su peso en niveles normales, siendo además la dieta el componente del tratamiento donde los pacientes encuentran mayor dificultad. La mayoría tiene conciencia de que la enfermedad es para toda su vida. Se requieren investigaciones para mejorar la adherencia, con intervenciones específicas en cada uno de los componentes del tratamiento.

Palabras clave: adherencia, diabetes, enfermería, hipertensión, tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: 2020 chronic diseases are the leading cause of disability, and by 2030 the incidence will double in people over 65 years. 20-50 % of patients do not follow the treatment plan properly, the diet being a major lack of adherence. *Objective:* To assess the level of adherence to the different components of diagnostic treatment in patients with essential hypertension and diabetes. *Methodology:* Cross-sectional observational study in a sample of 46 people, between 18-95 years, belonging to the program of chronic hypertension and / or diabetes at the Health Center) and selected by convenience sampling, including those not suffering from symptomatic disease or psychological disorder. *Results:* 71.7 % of patients were diagnosed with hypertension, 52.2 % with diabetes and 23.9 % suffered from both conditions. Both groups report symptoms associated with the disease. Out of the total sample, 56.6 % expressed overweight. The 15.2 % claim to have no problem when it comes to further treatment; more than half of the sample (64.9 %) find it difficult to accomplish; 35.02 % of the hypertensive and 36.95 % of diabetic patients believe it is difficult to follow all prescribed recommendations. They content that they have adequate food; however, 56.5 % are overweight, followed by obesity, and only 13.0 % presented normal weight. *Conclusion:* The sample of patients who participated in this study indicate the same symptoms of illness as the collected in previous studies. They have reported levels which are higher than those found in similar adhesion studies. However, there are few individuals who maintain their weight at normal levels, diet being also the most difficult treatment component for patients. Most are aware that the disease is for life. Research is required to improve adhesion, with specific interventions for each of the components of treatment.

Keywords: adherence, diabetes, nursing, hypertension, treatment.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) una enfermedad crónica “es toda enfermedad con una duración mayor a 6 meses y que en general evoluciona lentamente”¹. Actualmente, los procesos crónicos, producen una



elevada tasa de mortalidad, aproximándose al 63 % del total de las muertes. En 2008, 36 millones de personas con una enfermedad crónica murieron, siendo la mitad mujeres y el 29 % personas menores de 60 años de edad. Casi el 80 % de estas muertes se dieron en los países bajos y medios¹. Se estima que el 65 % de los recursos sanitarios son consumidos por el paciente crónico, pues estos suponen el 5 % de la población. Para el año 2020 las enfermedades crónicas serán la causa principal de las discapacidades, y para el año 2030 se duplicará la incidencia en personas mayores de 65 años. Por tanto, se necesitará la creación de planes específicos para atender a estas personas, pues si no la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se pondría en riesgo².

El incumplimiento terapéutico es un problema importante en la práctica clínica. Se cree que un 20-50 % de los pacientes no siguen el plan terapéutico de forma adecuada, siendo estas tasas de incumplimiento diferentes según la patología³. Por lo tanto, la OMS considera el incumplimiento terapéutico una prioridad en la salud pública de la población por las consecuencias que pueda causar, así como por el aumento del coste sanitario que esta situación ocasiona³. La mejora de la adherencia en los pacientes crónicos supondría una reducción de las consultas en urgencias e ingresos hospitalarios, así como un ahorro de los recursos sanitarios disponibles⁵. Según la OMS la adherencia se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”⁶.

La falta de adherencia la encontramos de forma independiente al tipo de patología, el tipo de paciente o el aspecto sociodemográfico y su nivel socioeconómico. En esta línea se realizó un metaanálisis de estudios clínicos que mostraron que el 75,2 % de la población no tomaba la medicación de forma correcta respecto a su prescripción médica⁷. Otros estudios tuvieron como resultados que el 39,4 % de los pacientes abandonan el tratamiento prescrito por su médico de familia y el 22,4 % abandonan las prescripciones de los médicos especialistas. En cambio, estas cifras varían según la enfermedad, en el caso de la hipertensión arterial (HTA)⁸ el incumplimiento es de entre el 7,1 y el 55,2 %, en las dislipemias está entre el 16,8 y el 46,7 % y en el 40 % de los casos se produce en pacientes diabéticos⁹. En España se ha indicado que las cifras de pacientes con hipertensión que no cumplen correctamente



el tratamiento están entre el 40 y el 80 %¹⁰. Otros estudios tuvieron como resultados que la dieta es uno de los principales datos de falta de adherencia, siendo del 41 % frente al 20,6 % de la medicación¹¹.

Por otro lado, las causas y los factores que se relacionan con la falta de adherencia son numerosos, entre los que se encuentran: los olvidos de toma de medicación, la desmotivación para seguir el tratamiento en enfermedades crónicas asintomáticas, los efectos secundarios de la medicación, la falta de información sobre su enfermedad, el tratamiento y las consecuencias del abandono¹². Ante lo expuesto, los expertos consideran que la adherencia al tratamiento es un fenómeno múltiple y complejo. Múltiple porque influye una gran variedad de conductas por parte del paciente, como la toma correcta de la medicación, acudir a las visitas programadas en las consultas médicas y de enfermería, evitar las conductas de riesgo, etc., y es complejo porque se puede dar en un momento determinado pero no en otro, en unas circunstancias pero en otras no y puede afectar a una parte del tratamiento pero no a otra¹⁴. Para conseguir esto es necesario un trabajo multidisciplinar, donde existan actividades conjuntas dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente¹⁵. En la actualidad se asume que la adherencia al tratamiento es multidimensional y está compuesta por la acción recíproca de los 5 factores que promulga la OMS¹⁴.

Estos factores, llamados también “dimensiones”, señalan que no son solo los pacientes los responsables exclusivos del cumplimiento de su tratamiento, pues existen otros factores que afectan al comportamiento del paciente y a su capacidad para poder adherirse correctamente al tratamiento prescrito. Las cinco dimensiones son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.

La motivación para conseguir una buena adhesión al tratamiento viene dada por el valor que el paciente le da al régimen terapéutico y por el grado de confianza que tiene para conseguirlo. Una buena motivación y una buena confianza en su autocuidado deben ser abordadas para aumentar la adherencia a los tratamientos¹⁶⁻¹⁸. A pesar de esto, existen diferentes situaciones que causan la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. En ocasiones se debe a actos involuntarios, como son los olvidos o la confusión de medicación



(falta de adherencia no intencionada), pero también se puede dar de forma voluntaria (falta de adherencia intencionada), como es el temor a las reacciones adversas, la sensación de mejora sin acabar el tratamiento o la creencia de que el tratamiento no es necesario, entre otras causas¹⁷.

En este contexto, la no adherencia, sea ocasionada por una falta intencionada o no, es considerada un problema complejo donde influyen diversos factores. Para poder abordarlos, es necesaria la identificación de los factores que influyen en el incumplimiento del régimen terapéutico. Con la identificación de estos factores se podrían elaborar estrategias individuales para evitarlo y prevenir las consecuencias que se derivan de ellas⁵. En la actualidad, a pesar de los estudios realizados para mejorar la adherencia, no se alcanza la evidencia necesaria para la recomendación específica de una intervención que sirva para todos los pacientes. Estas investigaciones tienen importantes limitaciones metodológicas, con baja capacidad estadística para diferenciar entre las ramas control e intervención, ya que no se dispone de muestras grandes y estos estudios se hacen en periodos de tiempo cortos³.

Recientemente, se realizó un estudio donde se comprobó la eficacia de un protocolo para la mejora de la adherencia en pacientes hipertensos de reciente diagnóstico. En él se observó que los patrones de alimentación mejoraron en aquellos pacientes que recibieron un protocolo de educación al paciente hipertenso y *feedback* de oportunidad. Los datos informan de que los tratamientos habituales o solo la intervención educativa no resultaron suficientes para conseguir modificaciones por parte de los pacientes en el patrón alimentario. Es decir, que la intervención educativa por sí sola no es suficiente para conseguir una mayor adherencia, sino que es necesaria la combinación de actividades como el *feedback*¹⁵.

OBJETIVOS

General: Evaluar el nivel de adherencia a los diferentes componentes del tratamiento en pacientes diagnósticos de hipertensión esencial y diabetes.

Específicos:

- Identificar el nivel de adherencia en pacientes diabéticos e hipertensos y los factores condicionantes.



- Analizar la relación entre las variables sociodemográficas y de enfermedad y los diferentes componentes del tratamiento en pacientes hipertensos y diabéticos.

METODOLOGÍA Y ASPECTOS ÉTICOS

1. *Diseño*

En este estudio se ha utilizado un diseño descriptivo transversal. La elección de este diseño ha sido determinada por el primer objetivo general del estudio, es decir, describir las principales causas de la falta de adherencia en pacientes crónicos pertenecientes al programa de HTA y/o diabetes.

2. *Muestra*

En este estudio ha participado una muestra de sujetos incluidos en el programa de atención a pacientes crónicos del Servicio Andaluz de Salud pertenecientes al Centro de Salud del Bajo Andarax, que atiende a una población de 4.183 habitantes³⁵. En este centro hay diagnosticadas 302 personas con diabetes mellitus y 449 con hipertensión arterial. Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa *size sample* con un nivel de confianza del 85 %, donde se determinó que tanto para el grupo de pacientes diabéticos como para los diagnosticados de hipertensión la muestra significativa era de 22 personas, en ambos casos. La muestra total del estudio fue de 46 personas, de las cuales 24 eran diabéticas y 33 hipertensas y 11 eran diabéticas e hipertensas. La muestra se seleccionó a través de un muestreo por conveniencia, de entre los sujetos con una edad comprendida entre 18 y 95 años, pertenecientes al programa de crónicos de HTA y/ o Diabetes, y con diagnóstico de hipertensión y/o diabetes y/o dislipemia. Así mismo se excluyeron aquellos que padecían una enfermedad grave, alteración psicológica o tenían una problemática social que impidiera seguir correctamente el tratamiento.



3. *Materiales e instrumentos*

En la recogida de datos se utilizó una entrevista estructurada sobre la base de las preguntas pertenecientes al cuestionario de hábitos y creencias en el paciente crónico (CATC-01), constituido por 41 preguntas que han sido validadas. A través de sus 41 ítems, este cuestionario exploró:

- Variables sociodemográficas: identificación del paciente, nombre, edad, sexo, profesión, peso, altura, diagnóstico.
- Variables relacionadas con la enfermedad: antecedentes de su patología crónica, enfermedad/es, años y presencia de síntomas secundarios e influencia en su vida diaria.
- Variables relacionadas con el tratamiento, cuestiones acerca de la medicación, su adhesión y efectos secundarios.

4. *Procedimiento*

Antes de comenzar el estudio, se solicitó al centro de salud el consentimiento para su realización. Se les informó a los profesionales del centro de salud sobre los objetivos del estudio y se les solicitó poder participar como informadores clave en la captación de los pacientes. La investigadora principal acudía al centro de salud, donde los profesionales le iban derivando los pacientes y en su presencia cumplimentaban el cuestionario. La investigadora solo ayudó al paciente para aclarar significados o dudas de interpretación de los ítems, evitando en todo momento influir en sus respuestas. Los pacientes eran informados del objetivo de la investigación y se les ofrecía un consentimiento informado, donde se recogía el respeto, la confidencialidad y la privacidad de los datos obtenidos. Posteriormente se les pasaba el cuestionario de hábitos y creencias en pacientes crónicos, con una duración media de 10-15 minutos. En todo momento se tuvieron en cuenta los aspectos éticos que recoge la declaración de Helsinki propuesta en 2008, y que en la realización de este estudio son:



- La obtención de un consentimiento informado, donde se le explicó al participante la finalidad del estudio y los instrumentos que se utilizarían para la realización de dicho estudio y para la obtención de datos.
- Las personas que aceptaron participar en el estudio lo hicieron de forma voluntaria. Se les informó de que se podían retirar del estudio cuando lo desearan y sin dar explicaciones y la decisión sería respetada sin que afectase a su atención médica. Igualmente, que en caso de no aceptar participar en el estudio, no habría ninguna consecuencia negativa para la persona ni interferiría en su atención médica.
- En todo momento se ha mantenido la confidencialidad de los datos de carácter personal de los participantes y no se desvelará su identidad.
- Los datos fueron guardados en todo momento por el investigador principal, que es el único que ha tenido y tiene acceso a ellos.
- Una vez terminado el estudio los datos solo serán utilizados para la investigación.
- En ningún momento del estudio se pondrá en peligro la integridad física de las personas que participan en el estudio.

5. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 23. Para la estadística descriptiva en el caso de las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencias centrales y medidas de dispersión. Para las variables categóricas o cualitativas se calcularon las frecuencias y porcentajes. Por otro lado, para el análisis bivariante se comprobó la asociación entre las variables categorías utilizando la prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS

La muestra finalmente estuvo constituida por 46 participantes. De estos participantes, el 43,5 % del total fueron hombres ($n = 20$) y el 56,5 % ($n = 26$) fueron mujeres, como se muestra en la siguiente tabla.



TABLA 1
Variable sociodemográfica sexo

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Hombre	20	43,5
Mujer	26	56,5
Total	46	100,0

La edad media de los sujetos fue de 69,09 años con una desviación típica de 15,89 años y un rango de edad desde los 29 a los 94 años. En cuanto a los hombres, la edad media fue de 67,90 años, siendo la desviación típica de 13,63 y encontrándose en un intervalo de edad entre 42 y 94 años. Por otro lado, la edad media de las mujeres fue de 70,00. En cuanto al índice de masa corporal (IMC), el 13,0 % (n = 6) presentaba un IMC normal, el 56,5 % (n = 26) sobrepeso, el 26,1 % (n = 12) obesidad tipo 1, el 2,2 % (n = 1) obesidad tipo 2 y el 2,2 % (n = 1) obesidad tipo 3 (tabla 2).

TABLA 2
Índice de masa corporal

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Peso normal (18-24)	6	13,0
Sobrepeso (25-29,9)	26	56,5
Obesidad tipo 1 (30-34,9)	12	26,1
Obesidad tipo 2 (35-39,9)	1	2,2
Obesidad tipo 3 (>40)	1	2,2
Total	46	100

El peso medio fue de 76,87 kilogramos, con una desviación típica de 9,13 kilogramos y con un rango de 59 y 110 kilogramos. En cuanto a la altura, la media fue 1,64 cm, con una desviación típica de 10,25 cm, siendo la altura mínima 1,39 cm y la altura máxima 1,94 cm. Sobre el tipo de diagnóstico, la muestra total (N = 46) estaba constituida por pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. De esta muestra el 71,7 % padecía hipertensión (n = 33) y el 28,5 % (n = 13) no padecía esta enfermedad. Por otro lado, el 52,2 % (n = 24) padecía diabetes mellitus y el 47,8 % (n = 22) no la padecía. De esta muestra



solo el 23,9 % (n = 11) tenía tanto hipertensión arterial como diabetes mellitus. Se comprobó la asociación entre la variable sexo e hipertensión arterial para conocer si el sexo se relaciona con el diagnóstico de hipertensión arterial.

TABLA 3
Tabla cruzada sexo e hipertensión arterial

		<i>Hipertensión arterial</i>		<i>Total</i>	<i>p</i>
		<i>Sí</i>	<i>No</i>		
Sexo	Hombre % del total	12 26,1 %	8 17,4 %	20 43,5 %	0,063
	Mujer % del total	21 45,7 %	5 10,9 %	25 56,5 %	
Total	Recuento % del total	33 71,7 %	13 28,3 %	46 100,0 %	

Los resultados indican que las mujeres tienen mayor porcentaje de hipertensión arterial que los hombres, siendo 45,7 % (n = 21) en mujeres y 26,1 % en hombres (n = 12). En cambio, al realizar la prueba de Chi cuadrado no se encontraron diferencias significativas ya que $p < 0,12$ (tabla 3).

Se comprobó si el sexo podría estar relacionado con el diagnóstico de diabetes mellitus, y se obtuvo que el 28,3 % (n = 13) de los hombres tenían esta enfermedad y que el 23,9 % (n = 11) de las mujeres también. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se determinó que no había diferencias significativas al relacionar el sexo con padecer diabetes mellitus ($p = 0,12$) (tabla 4).

TABLA 4
Tabla cruzada sexo y diabetes mellitus

		<i>Diabetes mellitus</i>		<i>Total</i>	<i>p</i>
		<i>Sí</i>	<i>No</i>		
Sexo	Hombre % del total	13 28,3 %	7 15,2 %	20 43,5 %	0,12
	Mujer % del total	11 23,9 %	15 32,6 %	26 56,5 %	
Total	Recuento % del total	24 52,2 %	22 47,8 %	46 100,0 %	



Posteriormente a estos análisis se analizó la relación de las diferentes preguntas del cuestionario con padecer hipertensión y/o diabetes mellitus.

Para la pregunta A1. *¿Tiene usted algún problema para seguir el tratamiento?*, se obtuvo que el 84,8 % (n = 39) de los pacientes hipertensos y diabéticos dicen no tener ningún problema a la hora de seguir el tratamiento prescrito, en cambio el 15,2 % (n = 7) de los pacientes diabéticos dicen tener algún problema para seguirlo.

En la segunda pregunta del cuestionario, A2. *¿Cree que seguir todas las recomendaciones para el control de la enfermedad...?*, los datos señalan que al 34,8 % (n = 16) de los pacientes hipertensos no les suponía ningún sacrificio seguir todas las recomendaciones para el control de su enfermedad; en cambio, el 35,02 % (n = 17) creen que seguir las recomendaciones para controlar su enfermedad es difícil y exige sacrificios. En el caso de la diabetes mellitus, observamos que el 36,9 % (n = 17) creen que exige sacrificio y es difícil de cumplir, en cambio el 15,2 % (n = 7) dicen no tener ningún problema para seguir con las recomendaciones prescritas.

En cuanto a la pregunta A3. *¿Qué aspectos del tratamiento le resultan más difíciles de cumplir?*, los datos indican lo siguiente (tabla 5).

Plan de comidas

Para los pacientes con hipertensión arterial, podemos observar que el 28,3 % (n = 13) informan presentar dificultad para seguir el plan de comidas. El restante 43,5 % (n = 20) no presentan dificultad en su plan de comidas. A pesar de ello, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la dificultad del plan de comidas y la variable hipertensión arterial ($p = 0,06$). En el caso de los pacientes diabéticos, se obtuvo que el 32,6 % (n = 15) sí informan presentar dificultad en llevar su plan de comidas. El resto de los diabéticos (19,6 %) (n = 9) no presentan dificultad con las comidas. En este caso, sí se obtuvieron datos estadísticamente significativos ($p = 0,03$), de manera que este grupo informa tener dificultad en comer según las prescripciones.

Privarse de la sal

En el caso de los pacientes hipertensos, observamos que el 50,0 % (n = 23) dicen no tener problemas a la hora de privarse de la sal. Pero el resto de los pacientes, 21,7 % (n = 10), sí dicen que les supone un problema tener que



privarse de la sal. A pesar de ello, no se encontraron estadísticos significativos ($p = 0,62$). En el grupo de pacientes diabéticos, encontramos que el 37,0 % ($n = 17$) tampoco dicen tener dificultad para privarse de la sal, solo el 15,2 % ($n = 7$) manifiestan tenerla.

Privarse del azúcar

El 54,3 % de los pacientes hipertensos ($n = 25$) señalan que no tienen dificultades para privarse del azúcar, siendo el 17,4 % ($n = 8$) las personas que manifiestan tener dificultad para ello. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre privarse del azúcar y padecer hipertensión arterial ($p = 0,00$). En el caso de la diabetes mellitus, se observa que el 23,9 % ($n = 11$) dicen no tener problemas para privarse del azúcar, pero en cambio el 28,3 % ($n = 13$) presentan problemas a la hora de privarse de este alimento, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,12$).

Privarse de las grasas

El 58,7 % ($n = 27$) de los pacientes con hipertensión informan no tener dificultades para privarse de las grasas, solo el 13,0 % ($n = 6$) tienen dificultades para ello. En el caso de la diabetes mellitus solo el 15,2 % ($n = 7$) dicen tener algún problema para privarse de las grasas, en cambio para el resto, 37,0 % ($n = 17$), esto no supone ningún problema.

Ejercicio

Para el ejercicio, observamos que el 19,6 % ($n = 9$) de los pacientes hipertensos tienen dificultad para realizarlo, en cambio el 52,2 % ($n = 24$) no tienen dificultad para practicarlo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ejercicio y padecer hipertensión arterial ($p = 0,03$). En el caso de la diabetes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,93$), ya que el 19,6 % ($n = 9$) dicen tener dificultades pero en cambio el 32,6 % ($n = 15$) dicen no tenerlas.

Tomar fármacos

En el caso de los hipertensos, el 65,2 % ($n = 30$) dicen no tener ninguna dificultad a la hora de tomar sus fármacos, en cambio el 6,5 % ($n = 3$) presentan algún problema. En el caso de la diabetes mellitus encontramos que solo



el 8,7 % (n = 4) tienen dificultad a la hora de tomar sus fármacos, en cambio observamos que el 43,5 % (n = 20) de las personas diabéticas dicen no tener ningún problema a la hora de tomar su medicación.

TABLA 5
¿Qué aspectos del tratamiento le resultan más difíciles de cumplir?

	Hipertensión		Diabetes mellitus	
	SÍ	NO	SÍ	NO
Plan de comidas	13 28,3 %	20 43,5 %	15 32,6 %	9 19,6 %
Privarse de la sal	10 21,7 %	23 50,0 %	7 15,25 %	17 37,0 %
Privarse del azúcar	8 17,4 %	25 54,3 %	13 28,3 %	11 23,9 %
Privarse de las grasas	6 13,0 %	27 58,7 %	7 15,2 %	17 37,0 %
Ejercicio	9 19,6 %	24 52,2 %	9 19,6 %	15 32,6 %
Tomar los fármacos	3 6,5 %	30 65,2 %	4 8,7 %	20 43,3 %
Controlar las emociones	0	33 71,7 %	0	24 52,2 %
No poder fumar	3 6,5 %	30 65,2 %	2 4,3 %	22 47,8 %
No poder beber	2 4,3 %	31 67,4 %	4 8,7 %	20 43,5 %

Para la pregunta A4. *¿En qué momentos o situaciones encuentra mayor dificultad para cumplir el régimen del tratamiento?* El 19,6 % (n = 9) de los pacientes hipertensos encontraron mayor dificultad para cumplir el tratamiento durante las fiestas importantes, en cambio el 17,4 % (n = 8) hallaron dificultad los fines de semana, y solo el 8,7 % (n = 4) dijeron tener dificultad todos los días. A pesar de esto no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en pacientes con hipertensión arterial (p = 0,25). En el caso de la diabetes mellitus, el 15,2 % (n = 7) presentan dificultad todos los días, mientras que el 10,9 % (n = 5) la tienen los fines de semana.



En cuanto a la pregunta A4a. *¿Habitualmente come solo o acompañado?*, se observó que el 54,3 % (n = 25) de los pacientes hipertensos comen acompañados y solo el 17,4 % (n = 8) comen solos. En cuanto a los pacientes diabéticos, vemos que el 45,7 % (n = 21) comen acompañados y el 6,5 % (n = 3) comen solos.

A la pregunta A4b. *¿Las personas con las que convive toman el mismo tipo de comida que usted?*, el 75,0 % (n = 24) de las personas con hipertensión comían el mismo tipo de comida que las personas que conviven con ellos; solo el 25,0 % (n = 8) comen otro tipo de comida distinta. En el caso de la diabetes, el 46,9 % (n = 15) comen el mismo tipo de comida que sus familiares, y el 53,1 % (n = 17) comen comida diferente.

En la pregunta M1 y H3. *¿Toma la medicación a la hora indicada?*, se obtuvo que dentro de los pacientes con hipertensión arterial el 93,9 % (n = 31) dicen tomarla a la hora indicada y solo el 6,1 % (n = 2) no siguen las indicaciones a la hora de tomarse la medicación. Por tanto, existen diferencias estadísticamente significativas en la toma de la medicación a la hora indicada (p = 0,02). Dentro de los pacientes con diabetes mellitus el 75,0 % (n = 18) dicen tomar la medicación a la hora pautada, y solo el 25,0 % (n = 6) no siguen estas recomendaciones. También se establecen diferencias estadísticamente significativas para este caso (p = 0,01).

Para la pregunta H4. *¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos?*, entre las personas con hipertensión, el 51,5 % (n = 17) dicen no olvidarse nunca, el 36,4 % (n = 12) dicen que a veces y al 12,1 % (n = 4) se les olvida muchas veces. En el caso de las personas con diabetes, al 45,8 % (n = 11) no se les olvida nunca, al 37,5 % (n = 9) se les olvida a veces y al 16,7 % (n = 4) muchas veces.

En la pregunta H5. *En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado?*, se observa que al 84,4 % (n = 27) de personas con hipertensión no se les había olvidado ningún comprimido en la última semana (p = 0,00), mientras que el 58,3 % (n = 14) señalan no haber olvidado tomar ningún comprimido (p = 0,0).

A la hora de responder a la pregunta B1. *Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por su enfermedad*, el 36,4 % (n = 12) de los pacientes con hipertensión creían poder tener algún problema de corazón. En cambio, para las



personas con diabetes mellitus, el 33,3 % (n = 8) señala el páncreas como el órgano que puede ser dañado por su enfermedad (tabla 6).

TABLA CRUZADA 6

B1. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por su enfermedad en hipertensión arterial y diabetes mellitus

	Corazón	Ojos	Riñones	Páncreas	Hígado	Cabeza	Estómago	Pulmón	Pies	Arterias
Hipertensión	12 36,4 %	3 9,1 %	5 15,2 %	5 15,2 %	3 9,1 %	2 6,1 %	2 6,1 %	1 3,0 %	1 3,0 %	0 0,0 %
Diabetes	4 16,7 %	3 12,5 %	3 12,5 %	8 33,3 %	2 8,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 12,5 %	1 4,2 %

En cuanto a la pregunta A6. *¿Cuánto tiempo piensa usted que necesitara seguir tratándose su enfermedad?*, se obtuvo que el 84,8 % de las personas hipertensas (n = 28) consideran que tienen que seguir toda la vida tratándose su enfermedad, si bien el 15,1 % (n = 5) no consideran la hipertensión una enfermedad para toda la vida. En cambio, no se obtienen datos significativos (p = 0,13). En el caso de la diabetes, el 100 % (n = 24) piensan que tienen que tratar su enfermedad toda la vida.

En la pregunta B2. *¿Es su patología una enfermedad para toda la vida?*, el 84,8 % (n = 28) de las personas con hipertensión consideraron que su enfermedad es para toda la vida, en cambio, el 15,2 % (n = 5) no la consideran una enfermedad para toda la vida. En el caso de los diabéticos se observa que el 100,0 % (n = 24) responden que su enfermedad es para toda la vida (p = 0,01).

Con la pregunta H7. *Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación?*, se obtuvo que el 93,9 % (n = 31) de las personas que padecen hipertensión dicen no olvidar tomar la medicación cuando se encuentran bien; por otro lado, el 6,1 % (n = 2) olvidan tomar su medicación cuando se encuentran bien. Por lo tanto, se encuentran diferencias estadísticamente significativas (p = 0,02). En el caso de la diabetes mellitus, el 79,2 % (n = 19) dicen no olvidar su mediación cuando se encuentran bien; en cambio, el 20,8 % (n = 5) dicen olvidar tomar su medicación cuando se encuentran bien (p = 0,10) (tabla 7).



TABLA CRUZADA 7

Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación?, hipertensión y diabetes

	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>p</i>
Hipertensión arterial % del total	2 6,1 %	31 93,9 %	0,025
Diabetes mellitus % del total	5 20,8 %	19 79,2 %	0,101

En la pregunta A14. *¿Cambió su vida al enterarse de su enfermedad?*, vimos que el 63,6 % (n = 21) de los pacientes hipertensos dicen que no cambió su vida al enterarse que padecían dicha enfermedad, pero al 36,4 % (n = 12) sí les cambió la vida. En el caso de la diabetes mellitus, el 62,5 % de los encuestados dicen que no cambió su vida al enterarse de su enfermedad, y el 37,5 % (n = 9) sí experimentaron algún cambio en su vida al enterarse de su enfermedad.

La siguiente pregunta es A15. *En el caso de responder sí, ¿qué cambios introdujo?*:

Plan de comida

El 75,8 % (n = 25) de los hipertensos no tuvieron cambios en su plan de comida, solo el 24,2 % (n = 8) introdujeron este cambio. En el caso de la diabetes mellitus, el 70,8 % (n = 17) tampoco introdujeron cambios en su plan de comida, tan solo el 29,2 % (n = 7) elaboraron un cambio en su plan de comida.

Privarse de la sal

El 72,7 % (n = 24) de los hipertensos no se han privado de la sal, tan solo el 27,3 % (n = 9) dijeron hacerlo. Por otro lado, el 87,5 % (n = 21) de los diabéticos tampoco se privaron de la sal, siendo solo el 12,5 % (n = 3) los que hacen este cambio, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, $p = 0,02$.

Privarse del azúcar

El 90,9 % (n = 30) de los hipertensos no se privan del azúcar, tan solo el 9,1 % (n = 3) lo hacen ($p = 0,00$). En el caso de los diabéticos, el 62,5 %



(n = 15) no se privaron de comer azúcar, solo el 37,5 % (n = 9) eliminaron el azúcar de su dieta, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, $p = 0,02$.

Privarse de las grasas

El 84,8 % (n = 28) de las personas con hipertensión no se privaron de comer grasas, tan solo lo hicieron el 15,2 % (n = 5). En cuanto a las personas con diabetes, el 87,5 % (n = 21) de estas personas no se privaron de las grasas, solo lo hicieron el 12,5 % (n = 3).

Ejercicio

Tanto en el caso de la hipertensión como de la diabetes mellitus observamos que más del 90 % de los pacientes no han incorporado a sus cambios de hábitos el ejercicio.

En cuanto a la pregunta B3. *¿Cree que puede controlar su enfermedad con dieta y medicación?*, se observó que del 87,9 % (n = 29) de los pacientes hipertensos el 12,1 % (n = 4) no piensan igual. Por su parte, el 95,8 % (n = 23) de las personas diabéticas piensan que se puede controlar con dieta y medicación; solo el 4,1 % (n = 1) piensan que esto no es posible.

Para la pregunta A28. *¿Es usted capaz de saber o de notar cuándo su TA/glucosa está alta?*, el 45,5 % (n = 15) de los pacientes con hipertensión arterial afirmaron saber reconocer cuándo tienen su tensión arterial alta, mientras que el 54,5 % (n = 18) no sabían reconocer los síntomas de tensión arterial alta. En cambio, no se encontraron datos estadísticamente significativos ($p = 0,36$). Por otro lado, en el caso de los pacientes diabéticos, solo el 37,5 % (n = 9) saben reconocer cuándo tienen su glucemia alta, y el resto de personas diabéticas, 62,5 % (n = 15), no saben reconocer cuándo tienen glucemias elevadas. A pesar de ello, no existen diferencias estadísticas significativas ($p = 0,58$).

En la pregunta E2. *¿Cómo sabe que su presión arterial/glucosa está alta? Describalo*, observamos que en el caso de la hipertensión arterial (tabla 8) el 17,4 % de los hipertensos (n = 8) sabían que su presión arterial está alta porque les duele la cabeza ($p = 0,51$). En cambio, en el caso de la diabetes mellitus, el 95,8 % (n = 23) no presentan dolor de cabeza ($p = 0,01$) (tabla 8). El 16,7 % (n = 4) de los diabéticos sentían que su glucemia es alta cuando presentan sudor, y el 6,5 % (n = 3) cuando presentan mareos (tabla 9).



TABLA 8
¿Cómo sabe que su presión arterial está alta?

	<i>Hipertensión</i>		<i>p</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	
Mareos	5 10,9 %	28 60,9 %	0,52
Cara roja	2 4,3 %	31 67,4 %	0,36
Sequedad de boca	1 2,2 %	32 69,6 %	0,52
Dolor de cabeza	8 17,4 %	25 54,3 %	0,51
Me siento mal	2 4,3 %	31 67,4 %	0,84
Sudor	2 4,3 %	31 67,4 %	0,31
Presión en pecho	1 2,2 %	32 69,6 %	0,52
Taquicardia	2 4,3 %	31 67,4 %	0,36
Nervios	1 2,2 %	32 69,6 %	0,52
Dificultad respiratoria	1 2,2 %	32 69,6 %	0,52
Palpitaciones	1 2,2 %	32 69,6 %	0,52
Picores	1 2,2 %	32 69,6 %	0,52

En las comparaciones con el resto de preguntas no se obtuvieron resultados significativos. Por otro lado, se relacionó el IMC con la dificultad en el plan de comida: el 26,1 % (n = 12) de personas con sobrepeso dicen no tener dificultad en su plan de comida; en cambio, el 30,4 % (n = 14) sí tienen dificultad en su plan de comida.

En cuanto a la privación del azúcar, el 43,5 % (n = 20) de las personas con sobrepeso dicen no tener problemas a la hora de privarse de la sal. En el caso de la privación del azúcar, el 37,0 % (n = 17) tampoco tienen dificultad para



privarse del azúcar; y en el caso de privación de las grasas, el 43,5 % (n = 20) de las personas con sobrepeso dicen no tener ninguna dificultad. Por otro lado, el 50,0 % (n = 11) de los pacientes con hipertensión arterial tienen sobrepeso, el 36,4 % padecen obesidad tipo 1 y solo el 9,1 % (n = 2) están dentro de un peso normal. Para los pacientes diabéticos, el 61,5 % (n = 8) tienen sobrepeso y el 15,4 % (n = 2) obesidad tipo 1. Al relacionar el IMC con saber identificar si su tensión arterial o glucosa esta alta, se obtuvo que el 39,1 % de los pacientes con sobrepeso (n = 18) no saben reconocer cuándo su presión arterial/glucosa está alta.

TABLA 9
¿Cómo sabe que su glucosa está alta?

	<i>Diabetes mellitus</i>		<i>p</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	
Mareos	3 6,5 %	21 45,7 %	0,36
Cara roja	1 2,2 %	23 50,0 %	0,95
Sequedad de boca	1 2,2 %	23 50,0 %	0,33
Dolor de cabeza	1 2,2 %	23 50,0 %	0,01
Me siento mal	2 4,3 %	22 47,8 %	0,60
Sudor	4 16,7 %	20 43,5 %	0,04
Presión en pecho	0 0 %	24 52,2 %	0,29
Taquicardia	0 0 %	24 52,2 %	0,13
Nervios	0 0 %	24 52,2 %	0,29
Dificultad respiratoria	0 0 %	24 52,2 %	0,29
Palpitaciones	0 0 %	24 52,2 %	0,29
Picores	1 2,2 %	23 50,0 %	0,33



TABLA 10
*¿Es usted capaz de saber o notar cuándo su TA/glucemia está alta? * IMC*

	<i>¿Es usted capaz de saber o notar cuándo su TA/glucemia está alta?</i>		<i>Total</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	
Peso normal (18-24)	3 6,5 %	3 6,5 %	6 13,0 %
Sobrepeso (25-29,9)	8 17,4 %	18 39,1 %	26 56,5 %
Obesidad tipo 1 (30-34,9)	7 15,25	5 10,9 %	12 26,1 %
Obesidad tipo 2 (30-34,9)	0 0,0 %	1 2,2 %	1 2,2 %
Obesidad tipo 3 (>40)	1 2,2 %	0 0,0 %	1 2,2 %
Total	19 41,3 %	27 58,7 %	46 100,0 %

Por último, el 15,2 % (n = 7) de las personas que padecen obesidad tipo 1 saben reconocer los síntomas de tensión arterial o glucemia altas (tabla 10).

DISCUSIÓN

En primer lugar, según las características de la muestra, se obtuvo una participación equitativa entre hombres y mujeres, lo que permitió mantener la ausencia de sesgos en función del sexo. La muestra se puede considerar representativa del 85 % de los pacientes del centro. En cuanto al tipo de diagnóstico (hipertensión o diabetes), hay un mayor porcentaje de mujeres que padecen hipertensión arterial en comparación con los hombres, esto también coincide con el estudio de Framingham²⁵, cuando establece que a partir de la quinta década de vida el aumento de la PAS es mayor en el sexo femenino, lo que explicaría su mayor prevalencia en mujeres a partir de los 60 años. Por otro lado, el número de mujeres y hombres que padecían diabetes mellitus fue equitativo.



Es importante destacar la situación de adherencia al tratamiento de los participantes crónicos. En los resultados de nuestro estudio, que se sitúa en la línea de los estudios referenciados, entre el 20 y el 50 % de los pacientes no siguen su plan terapéutico de forma adecuada³, siendo la dieta el componente respecto al que manifiestan menor adherencia. Siguiendo el modelo de creencias en salud³³, se observa que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida acerca de su salud. Si los pacientes no sienten que su enfermedad es una amenaza para su salud, no suelen realizar los cambios prescritos en su estilo de vida. Y, como señala la teoría razonada³⁴, si además perciben que su entorno social los respalda o no los rechaza, estos reforzarán su comportamiento ante su enfermedad en la no adquisición de una buena adherencia al tratamiento prescrito.

En nuestro estudio, los resultados indican que el 15,2 % de los pacientes encuestados presentaban alguna dificultad para seguir el tratamiento. Esto coincide con el estudio que realizó la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), y que fue publicado en el 59.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), donde establecieron que el 11 % de los pacientes crónicos tenían problemas para seguir con el tratamiento de su enfermedad¹³. Sin embargo, los datos no coinciden con el estudio realizado por Márquez³⁶, en el que dice que a más de la mitad de los pacientes (64,9 %) les resulta difícil cumplir con el tratamiento farmacológico. En nuestros resultados obtenemos que el 35,02 % de los pacientes hipertensos y el 36,95 de los pacientes diabéticos creen que es difícil seguir todas las recomendaciones para el control de su enfermedad.

En cuanto a la alimentación, se observa que el 28,3 % de los pacientes hipertensos y el 32,6 % de los pacientes diabéticos encuestados tienen dificultad en su plan de comida, obteniendo datos similares en el estudio que realizó Márquez, donde obtuvo que el 23,3 % de los pacientes no seguían una dieta adecuada³⁶. Según estos datos, los participantes creen tener una alimentación adecuada, pero esto no coincide con los datos obtenidos sobre su IMC, ya que el 56,5 % de estas personas tienen sobrepeso, el 26,1 % tienen obesidad tipo 1 y solo el 13,0 % presentaban un peso normal. Por lo que nuestros datos son equivalentes a los encontrados en el estudio de Márquez *et al.*³⁷, donde el 40,6 % de los participantes presentaban obesidad. En referencia también al



sobrepeso, estos pacientes dicen no tener problemas a la hora de privarse de ciertos alimentos, como la sal, el azúcar o las grasas, pero ello se contradice al presentar esta población cifras de obesidad elevadas. Este hecho puede deberse a que el 75 % de los pacientes hipertensos comen el mismo tipo de comida que sus familiares. En el caso de la diabetes, estas cifras son menores, ya que el 53,1 % comen comida distinta a las personas que conviven con ellos.

Por otro lado, en los resultados sobre la conciencia del tiempo de enfermedad, el 84,8 % (n = 28) de los hipertensos y el 100 % con diabetes (n = 24) dicen que deberán tomar su tratamiento para toda la vida. Esta conciencia sobre el tiempo de su enfermedad aumenta las posibilidades de adherencia al tratamiento, ya que se considera que la persona se ha adaptado a su enfermedad y será consciente de la necesidad de seguir las recomendaciones pautadas³⁷. Sin embargo, estos datos no coinciden con los datos de otros estudios, donde se establece que solo la mitad de las personas encuestadas consideran que su enfermedad es para toda la vida, de modo que para la otra mitad de estas personas su enfermedad se puede curar, por lo que su tratamiento no es para siempre³⁶. Según los autores, estas creencias erróneas sobre su enfermedad pueden causar una baja adhesión al tratamiento¹⁰.

En nuestro estudio observamos que solo el 45,5 % (n = 15) dicen saber reconocer cuándo tienen los niveles de presión arterial altos, siendo más de la mitad de estos pacientes los que no saben reconocer estos síntomas. En el caso de los pacientes diabéticos, más de la mitad no saben diferenciar los síntomas de una elevación de glucosa; solo el 37,5 % (n = 9) dicen saber reconocerlos. En un estudio realizado por Granados³⁸, se obtuvo como resultado que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es una variable relacionada con la creencia en síntomas. Los autores confirmaron que a mayor tiempo de enfermedad mayor es la posibilidad de mostrar creencias sobre los síntomas de su enfermedad, hecho que también parece ratificarse con los datos obtenidos en el presente estudio, cuyos sujetos tienen una media de edad superior a los 60 años.

En cuanto a los síntomas que se relacionan con el aumento de la presión arterial y de la glucemia, se obtienen datos similares a los demás estudios realizados³⁶, siendo los más comunes el dolor de cabeza y los mareos en la hipertensión, y los sudores y mareos en pacientes diabéticos. La discusión expuesta debe contemplarse teniendo en cuenta que en nuestro estudio la re-



presentatividad es solo al 85 %, por lo que sería necesario aumentar el nivel de confianza, en futuros estudios, para obtener unos datos más fiables. Los resultados señalan la necesidad de realizar investigaciones que incluyeran estrategias e intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento de forma individualizada o conjunta, y determinar cuál de las intervenciones realizadas es la más efectiva.

CONCLUSIÓN

La muestra de pacientes que han participado en este estudio indica los mismos síntomas de enfermedad que los recogidos en estudios precedentes, siendo el dolor de cabeza en el caso de personas con hipertensión, y los mareos y sudores en el caso de los diabéticos. Los pacientes han informado niveles de adherencia superiores a los encontrados en estudios similares, siendo más elevada en los pacientes hipertensos que en los diabéticos. Sin embargo, son escasos los sujetos que mantienen su peso en niveles normales, con la dieta como el componente del tratamiento donde los pacientes encuentran mayor dificultad. La mayoría de los pacientes de esta muestra tienen conciencia de que la enfermedad es para toda su vida. Todos los pacientes con diabetes saben que su enfermedad es para siempre, en cambio, en el caso de la hipertensión, hay pacientes que consideran que no lo es. Se necesitan investigaciones, con intervención específica en cada uno de los componentes del tratamiento, que incluyan la función que cumplen las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento en la adherencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre enfermedades crónicas*, 2008.
2. Miguelez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad, *EnfermClin*, 2014; 24(1):5-11.



3. Adherencia al tratamiento farmacológico en patológicas crónicas, *Infac*, vol. 19, n.º1, 2011.
4. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora, *Saludmadrid*, vol.13, n.º 8, 2006.
5. Conthe P, Márquez-Contreras E, Aliaga-Pérez A, Barragán-García B, Fernández de Cano-Martin M y cols. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro, *RevClinEsp*, 2014; 214(6):336-344.
6. *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
7. DiMatteo R. Variations in patient's adherence to medical recommendation: A quantitative review. *Med Care*. 2004; 42:200-9.
8. Marquez-Contreras E, Martell-Claros N, Gil-Guillen V, de la Figuera-Von Wichmann M, Casado-Martinez JJ, Martín de Pablos JL et al. Compliance Group of the Spanish Society of Hipertesion (SEE). Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: The EAPACUM-HTA study. *J Hypertens*. 2006; 24:169-75.
9. Wild H. The economic rationale for adherence in the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Am J Manag Care*. 2012; 18, 2 Suppl:S43-8.
10. Granados G, Gil J, Moreno E, Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Int J ClinHlthPsys*. 2007; 7:697-707.
11. Amado-Guirado E. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información, conciliación, revisión y adherencia. Congreso de la Sociedad Española, de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). 2012. Disponible en: <<http://www.sefap.org>>.
12. Sanchis Doménech C, Vara González LA. Cumplimiento terapéutico y seguimiento del paciente hipertenso, Atención Primaria. *MedClin (Barc)*. 2012; 139:126-30.
13. El 11 % de los pacientes crónicos tienen dificultad para seguir el tratamiento. *ABC.es*. 30/09/2014, sociedad.
14. Pisano-Gonzalez M, Gonzalez-Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *EnfermClin*, 2014; 24(1):59-66.



15. Márquez -Hernández, VM, Granados Gámez, G, Gil Roales-Nieto, J. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*, 2015; 47(2):83-89.
16. Organización Mundial de la Salud, *adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción*, Organización Mundial de Salud, 2004
17. Fotheringham MSM. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *J Paediatr.ChildHealth*. 1995; 31:72-78.
18. Pérula-de-Torres L, Pulido-Ortega L, Pérula-de-Torres C, González-Lama J, Olaya-Caro I, Ruiz-Moral R. Grupo corporativo Estudio ATEM-AP, eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. *MedClin (Barc)*. 2014; 143(8):341-348.
19. Rodríguez-Chamorro M, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez-Chamorro A, Faus M. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8); 413-7.
20. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the Association between dose regimens and medication compliance. *ClinTher*. 2001; 23:1296-310.
21. Iskedjian M, Einarson TR, Mac Keigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to anti-hypertensive pharmacotherapy: evidence from meta-analysis. *ClinTher*. 2002; 24:302-16.
22. McGeaw C. Multi-compartment medication devices and patient compliance. *Br J CommunityNurs*. 2004; 9:285-90.
23. Wu JYF, Leung WYS, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PCY et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomized controlled trial. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.38905.447118.2F (published 17 August 2006).
24. Organización Mundial de la Salud. *Información general sobre la Hipertensión en el mundo*, WHO, 2013, Ginebra.
25. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la sociedad europea de hipertensión (ESH) y la sociedad europea de Cardiología (ESC), Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. *Hipertens riesgo vasc*. 2013; 30(Supl 3):4-91.



26. *Grupo de Hipertensión arterial. Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria.* Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. 2006.
27. *Organización Mundial de Salud, Diabetes.* Organización Mundial de Salud. 2015, Ginebra.
28. Castella-García J. Diabetes práctica, actualización y habilidades en atención primaria. *redGDPS*, vol. 05, n.º 4, 2014.
29. *Guía de práctica clínica en el SNS.* Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
30. *Guía de colaboración entre profesionales sanitarios y personas con diabetes.* Federación de Diabéticos Españoles.
31. Casal-Domínguez M, Pinal-Fernández L. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. *iMedPubJournals*, vol. 10, n.º 2:2. doi: 10.3823/1212, 2014.
32. Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003391-109. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>>. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2016.
33. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>.
34. Rueda-Sampedro I, Fernandez-Laviada A, Herrero-Crespo A. Applying the Theory of Reasoned Action to entrepreneurship within a University Settin. *Investigaciones Regionales*, 2013, 26:41-158.
35. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [homepage en Internet]. Consejería de Economía y conocimiento, c2016 Disponible en: <<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sima/html/sm04024.htm>>. Actualizada: 4 marzo de 2016; fecha de consulta: 14 abril 2016.
36. Márquez-Hernández V. *Protocolo de prevención de formación de creencias erróneas en pacientes con hipertensión arterial* [tesis doctoral]. Universidad de Almería. 2013.



37. Márquez Contreras E, Martín de Pablos JL, Espinosa García J, Casado Martínez JJ, Sánchez López E, Escribano J. Eficacia de un programa de automedida domiciliaria de la presión arterial como estrategia para disminuir la inercia terapéutica. *AtenPrimaria*. 2012; 44(2):89-96.
38. Granados-Gómez G, Roales-Nieto JG, Gil-Luciano A, Moreno-San Pedro E, Márquez-Hernández VV. A longitudinal study of symptoms beliefs in hypertension. *Int J Clin Health Psych*. 2015; 15:200-207.



