



Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial

Genoveva Granados (*Universidad de Almería, España*),
Jesús G. Roales-Nieto (*Universidad de Almería, España*),
Emilio Moreno (*Universidad de Huelva, España*) y
José Luis Ybarra (*Universidad Autónoma de Tamaulipas, México*)

(Recibido 17 de enero 2008 / Received January 17, 2008)

(Aceptado 16 de junio 2008/ Accepted June 16, 2008)

RESUMEN. El presente estudio analítico-transversal tiene como principal objetivo analizar en pacientes hipertensos la información que habían recibido sobre las causas que provocan la hipertensión, las creencias generadas al respecto sobre su propia enfermedad, y las pautas de actuación en caso de tensión elevada. Igualmente, el estudio analiza la relación entre creencias y la práctica de pautas de autocuidado. Participaron en el estudio 171 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, rango de edad entre 20 y 65 años. Los resultados indican una importante ausencia de relación entre los informes de creencias y los informes de acciones de autocuidado que los pacientes dicen haber llevado a cabo, y ponen de manifiesto la presencia de ciertas conductas de riesgo en el repertorio de la mayoría de los pacientes que pueden incidir en los resultados del tratamiento de la hipertensión. Se discute la importancia de estos novedosos resultados y la repercusión sobre las pautas de atención en atención primaria a este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE. Creencias. Hipertensión. Autocuidado. Estudio analítico-transversal.

ABSTRACT. The aim of this cross-sectional analytic study was to investigate the information that hypertensive patients had received on factors that causes hypertension, and the patient's beliefs about the causes of his/her disease. Also, the study explores patient's beliefs about corrective actions to be done in the case of episodes of high

blood pressure, and the relationship between the informed beliefs and the actions really made for patients in their self-management of the chronic disease. One hundred and seventy-one hypertense patients with pharmacological treatment participate in the study, (20-65 years old). The results indicate an important absence of relation between reports of beliefs and reports of actions of self management, and the presence of some particular risk behaviors in the patient's repertoire that may affect the results of the hypertension treatment. The relevance of these new results for the professional attention of hypertension patients in the primary care context is discussed.

KEYWORDS. Beliefs. Hypertension. Cross-sectional analytic study.

La hipertensión arterial (HA) es una de las enfermedades crónicas más frecuente y se estima su prevalencia entre el 15% y el 37% de la población adulta en el mundo (Coca, 2002; Mensah, 2002). Se considera como uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, que son las principales causas de mortalidad y discapacidad en adultos en los países desarrollados (Banegas *et al.*, 1999; Kannel, 2000). La relación entre tensión arterial (TA) y el riesgo de un evento de enfermedad cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanto más elevada sea la TA mayores las posibilidades de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ceguera, apoplejía y enfermedad renal. Se ha estimado que cada incremento de 20 mmHg en la presión arterial sistólica o 10 mmHg en la diastólica, en individuos entre 40 y 70 años de edad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, e igualmente que por cada 6 mmHg de descenso en la tensión arterial se reduciría en un 14% la posibilidad de eventos coronarios (Collins *et al.*, 1990).

Disponer de tratamientos sencillos y eficaces convierten a la HTA en un factor de riesgo modificable (Ross, Walker y MacLeod, 2004), si bien es un hecho suficientemente contrastado que el control logrado de la HTA dista mucho de ser óptimo (Chobanian, 2001; De la Figuera, Arnau y Brotons, 2002; He y MacGregor, 2003). Uno de los factores que se ha relacionado con el mal control de la enfermedad es la falta de adherencia a las recomendaciones terapéuticas (Svensson, Kjellgren, Ahlner y Saljo, 2000; Thrall, Lip y Lane, 2004; Waeber, Burnier y Brunner, 2000; Wogen, Kreilick, Livornese y Frech, 2001), por lo que este fenómeno se ha convertido en una importante temática de investigación e intervención psicológica en hipertensión (Granados y Gil Roales-Nieto, 2005; Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez Sosa, 2005) siendo la mejora de la adherencia al tratamiento uno de los principales objetivos de intervención. En hipertensión, se considera que un paciente muestra adherencia al tratamiento cuando su conducta se ajusta a las prescripciones dadas por el personal médico en cuanto a toma de medicamentos, planes de comida y otros cambios requeridos en los estilos de vida (Haynes, McDonald, Garg y Montague, 2002). Por el contrario, se entiende como falta de adherencia o incumplimiento que el paciente no comience el tratamiento, lo abandone o altere las prescripciones (por ejemplo, reduciendo la dosis de la medicación).

Los estudios disponibles señalan que la falta de adherencia es un fenómeno muy común en pacientes hipertensos (Banegas *et al.*, 2002; Blumenthal, Sherwood, Gullette,

Georgiades y Tweedy, 2002; Carrasco *et al.*, 2003; Coca, 2002; Egan, Laccckland y Cutler, 2003; Fodor *et al.*, 2005; Granados y Gil Roales-Nieto, 2005; O'Rorke y Richardson, 2001; Rodríguez, Molero y Acosta, 2004; Svensson *et al.*, 2000). Una de las razones principales del escaso avance en las intervenciones sobre la adherencia terapéutica en hipertensión es la escasa atención que se ha dedicado a determinantes psicológicos y sociales de la adherencia, como son las creencias sobre la enfermedad y su tratamiento (Beléndez, Hernández, Horne y Weinman, 2007; Dumbar-Jacob, Dwyer y Dunning, 1991; Gil Roales-Nieto, 2000, 2004; Granados y Gil Roales-Nieto, 2005, 2007; Granados, Gil Roales-Nieto, Moreno e Ybarra, 2007; Horne y Weinman, 1999; Horne, Weinman y Hankins, 1999; Moreno San Pedro, Gil Roales-Nieto y Blanco Coronado, 2006; Ross *et al.*, 2004).

Por otro lado, no se encuentran estudios que hayan explorado un repertorio de gran importancia dentro del autocuidado de la enfermedad, como son las conductas de corrección que los pacientes llevan a cabo cuando creen que su TA se encuentra elevada y su relación con las creencias acerca de la enfermedad. El presente estudio tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de la relación entre creencias y conductas de autocuidado. De acuerdo a los principales modelos tradicionales que exploran las creencias en salud y su papel en la conducta de salud y de riesgo (Modelo de Creencias sobre la Salud, Teoría de la Acción Razonada y Modelo de Autorregulación) cabría predecir una relación directa entre creencias de los pacientes hipertensos sobre la enfermedad, sobre las pautas de corrección cuando creen su TA está elevada y las conductas de corrección que realmente llevan a cabo (Ajzen y Fishbein, 1980; Becker, 1974; Fishbein y Ajzen, 1975; Janz y Becker, 1984; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, 1974). Sin embargo, desde el punto de vista del análisis funcional, que las creencias se relacionen directamente o no se relacionen con las pautas de corrección dependerá de la función que éstas cumplan en la historia del paciente, de manera que no es posible sostener *a priori* la predicción de dicha relación. Desde esta perspectiva el objetivo sería la exploración de las circunstancias que permiten la formación de creencias y las funciones que éstas cumplen respecto al tratamiento, considerando las pautas de conducta consolidadas decir-hacer de los pacientes y la interpretación de las creencias como relaciones conducta-conducta (Guerin, 1994; Luciano y Herruzo, 1992; Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

Este estudio, por tanto, evalúa las creencias de pacientes con HA sobre las causas de la elevación de la TA, las creencias sobre la manera apropiada de actuar en el caso que la TA se crea elevada, y explora las posibles relaciones de estas creencias sobre las pautas de autocuidado que realiza el paciente, a modo de conductas correctoras, cuando cree que su TA está elevada. Se trata de un estudio pionero de carácter exploratorio en esta temática, que permitirá conocer la importancia del fenómeno en el ámbito del tratamiento de la hipertensión esencial, valorar su repercusión y sugerir posibles líneas de intervención.

Método

Diseño y participantes

Se trata de un estudio analítico-transversal de carácter correlacional (Kelsey, Thompson y Evans, 1986; Pita Fernández, 1995), en el que participaron 171 pacientes con hipertensión arterial esencial diagnosticada y tratamiento establecido (66,6% mujeres y 33,4% hombres), con un promedio de edad de 53,2 años ($DT = 10,6$ años) e intervalo entre 20 y 65 años. La selección de la muestra se realizó entre aquellos pacientes diagnosticados de hipertensión que cumplieran los criterios de no ser mayores de 65 años de edad ni menores de 18 años, y no tener ningún otro trastorno grave.

Instrumento y procedimiento

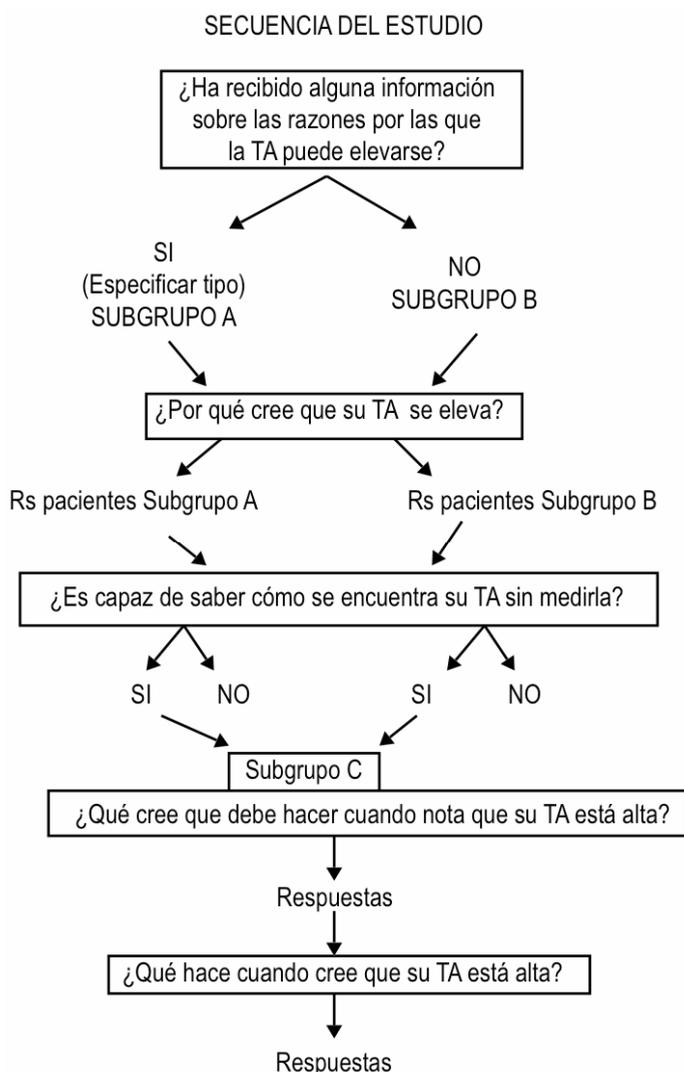
La recogida de datos se llevó a cabo en un formato de entrevista estructurada en base a las preguntas pertenecientes al Cuestionario de Creencias de Hipertensión Arterial (CCH-01) (Granados, Gil Roales-Nieto e Ybarra, 2006; Granados *et al.*, 2007), relativas a creencias sobre las causas de la hipertensión, la capacidad de predecir la TA y las conductas de corrección para reducir la TA. El cuestionario es una guía de 36 preguntas abiertas en formato de entrevista estructurada sobre múltiples aspectos de la hipertensión y su tratamiento (detalles sobre dimensionalidad, contenidos y características psicométricas se encuentran en Granados, 2004). Las preguntas que evaluaban cada variable y la secuencia en la que fueron formuladas se muestran en la Figura 1.

La interacción con los pacientes se hizo en el contexto de la consulta de enfermería del Centro de Salud, siendo informados sobre la toma de datos y obtenido su consentimiento. Los pacientes fueron reclutados al azar entre los pertenecientes al Centro de Salud en el que se desarrolló el estudio según los listados de cita diaria y de acuerdo a su decisión de participar en el estudio. El procedimiento se desarrolló de acuerdo a la secuencia que se muestra en la Figura 1. En primer lugar se recabó de los pacientes los datos relativos a la información de cualquier tipo que hubieran recibido sobre las razones por las que la TA se eleva, siendo divididos en dos subgrupos en función de que respondiesen haber recibido información (subgrupo A) o no haberla recibido (subgrupo B), con el objetivo de comprobar si aparecen diferencias en el resto de medidas entre ambos subgrupos. A continuación los pacientes respondían sobre las razones por las cuales ellos creían que su TA se eleva, y sobre su capacidad para saber cómo se encontraba su TA sin medirla.

Sólo los pacientes cuya respuesta a la última cuestión fue afirmativa respondieron a las dos siguientes cuestiones en las que informaron primero sobre qué acciones creían que deberían realizar en el caso de estimar que su TA estaba alta, y posteriormente sobre lo que realmente hicieron en ocasiones en que creyeron tener la TA elevada, a fin de obtener datos sobre el decir y el hacer centrado en las conductas de corrección emprendidas por los pacientes.

Todas las respuestas de los pacientes se clasificaron de acuerdo a categorías según la naturaleza de las respuestas, tomando como referencia para la clasificación los componentes del tratamiento de la hipertensión en el caso de las relativas a las acciones de corrección.

FIGURA 1. Secuencia del estudio.



Los datos se analizan en forma descriptiva cuando su naturaleza no permite el tratamiento estadístico. Para analizar las relaciones entre las respuestas de los pacientes a la cuestión «Por qué cree que su TA se eleva», a la cuestión «¿Qué cree que debe hacer cuando nota que su TA está alta?», y entre esta última y la información de lo que realmente hacen (esto es, la posible relación entre lo que los sujetos dicen que deben hacer y lo que dicen que realmente hicieron), se utilizó la prueba de los residuos tipificados corregidos de Haberman (1973). Esta prueba permite afirmar, con un nivel de confianza de 0,95 (alfa de 0,05) que aquellos residuos mayores que 1,96 delatan casillas

con más casos que los que debería haber si las dos variables fuesen independientes, mientras que los residuos menores de «1,96 señalan casillas con menos casos de los esperados bajo la condición de independencia (Pardo y Ruiz, 2001).

Resultados

En primer lugar se presentan los resultados sobre la información que los pacientes dicen haber recibido sobre las razones por las que la presión arterial puede elevarse. En segundo lugar se presentan los resultados sobre las creencias que los pacientes informan sobre la causa de la elevación de la TA en su caso particular. A continuación se exponen los resultados de los informes sobre las pautas de corrección a seguir ante episodios de TA elevada y los informes sobre lo que realmente hacen cuando creen que su TA está elevada. Por último, se presentan los resultados del análisis de los contrastes entre creencias en base a la prueba de los residuos tipificados corregidos.

La Tabla 1 muestra como sólo 59 pacientes (34,5%) indican haber recibido información sobre las causas por las que la TA puede elevarse. De ellos, el porcentaje más elevado (57,62%) señala como razón informada los «nervios», una categoría que agrupa razones relacionadas con el estrés, los excesos emocionales y razones similares. Una «dieta inadecuada» es señalada como razón de la elevación de la TA por el 33,89% de este subgrupo, siendo la categoría «herencia» (32%) la tercera causa en importancia, mientras que otras causas (tabaco, alcohol, poco ejercicio, uso de anticonceptivos) son informadas como responsables de la elevación de la TA por sólo el 11,9% del subgrupo de pacientes que indicaron haber recibido información sobre esto. De los pacientes del subgrupo A señalaron haber recibido la información sobre las razones por las que se eleva la TA, el 47,4% de personas conocidas y/o en los medios de comunicación, el 20,3% de los profesionales de la salud, el 6,8% de sus padres y el 25,4% no recuerdan la fuente de información.

TABLA 1. Agrupación de los pacientes por categorías en función de haber sido informados sobre las razones asociadas a la elevación de la TA ($n = 171$) y tipos de razones informadas por las que la TA se eleva ($n = 59$).

<i>Subgrupos de pacientes</i>	<i>n (%)</i>	<i>Categorías de razones informadas</i>	<i>Informes n (%)</i>
Categoría A: pacientes que habían recibido información sobre las razones por las que se eleva la TA	59 (34,5%)	1. "Nervios" 2. "Dieta inadecuada" 3. "Herencia" 4. "Otros"	37 (62,7%) 21 (35,6%) 13 (32%) 7 (11,9%)
Categoría B: pacientes que no habían recibido información sobre razones por las que se eleva la TA	112 (65,5%)		

TABLA 2. Agrupación de los pacientes de las categorías A y B en función de su informe de creencias sobre las razones asociadas a la elevación de su TA ($n = 171$) y tipos de creencias informadas por las que su TA se eleva.

<i>Subgrupos</i>	<i>n (%)</i>	<i>Categorías de creencias informadas por los pacientes</i>	<i>Creencia expresada</i>
Subgrupo A ($n = 59$)	Sí $n = 52$ (88,1%)	1. "Nervios"	39 (75%)
		2. "Herencia"	11 (21,2%)
		3. "Dieta"	9 (17,3%)
		4. Otros*	5 (9,6%)
	No saben $n = 7$ (11,9%)		
Subgrupo B ($n = 112$)	Sí $n = 75$ (67%)	1. Nervios	57 (76%)
		2. Herencia	10 (13,3%)
		3. Dieta	12 (16%)
		4. Otros**	4 (5,3%)
	No saben $n = 37$ (33%)		

* Otros: café (2) tabaco (1), ejercicio (1), edad (1)

** Otros: problemas de salud (1), tabaco (2), alcohol (1).

Los resultados que informan las creencias elaboradas sobre las razones por las que la TA se eleva en su caso particular, se incluyen en la Tabla 2, en la que puede observarse como la gran mayoría (88,1%) de los pacientes del subgrupo A (que había recibido información sobre este particular de alguna fuente) ha generado creencias sobre las razones de elevación de su TA que remedan las mismas categorías de causas en las que fueron informados, variando sólo el porcentaje de pacientes que señala cada una de las categorías, pues aumenta el de pacientes que señalan alguna razón de la categoría «nervios» y se reducen las demás. Igualmente, el porcentaje de pacientes del subgrupo B (que no recibió información sobre causas de la TA elevada) que informa creencias sobre las causas de la elevación de su TA es también muy elevado, pues el 67% de los pacientes informa diversas categorías de respuestas sobre causas que son idénticas a las categorías de respuesta del subgrupo A, coincidiendo también notoriamente en los porcentajes de pacientes que dan respuestas de las distintas categorías, como puede observarse en la Tabla 2.

A la pregunta si eran capaces de saber cuando su TA estaba elevada, 138 pacientes (80,7%) respondieron afirmativamente, todos ellos señalando la ocurrencia de ciertos síntomas como señales de que su TA estaba elevada, configurando el subgrupo C de pacientes a los que se les formularon las cuestiones correspondientes tanto a las creencias sobre las pautas de corrección de la TA elevada como a lo que realmente hacen cuando creen que su TA está elevada (los resultados se muestran en la Tabla 3, columna de «creencias sobre pautas de corrección» para la primera cuestión, y columna de «informes de actuación» para la segunda).

TABLA 3. Resultados del informe de pacientes del subgrupo C ($n = 138$) sobre creencias en pautas de corrección e informe de las actuaciones realizadas cuando creen que su TA está elevada.

<i>Categorías de informes</i>	<i>Creencias sobre pautas de corrección</i>	<i>Informes de actuaciones</i>
Tomar medicación	22,4%	5%
Tranquilizarse	16,6%	6,5%
Buscar ayuda profesional	8,6%	36,2%
Más control en la dieta	7,9%	34,7%
Modificar ejercicio	5,7%	73,9%
Hacer un control	2,1%	10,8%
No beber alcohol	0,7%	13,7%
Fumar menos	-	2,1%
No saben que hacer	49,2%	-
Soluciones no prescritas *	-	13,7%
Soluciones nocivas **	-	2,1%

* Por ejemplo, tomar tila y otras infusiones o brebajes.

** Por ejemplo, fumar, cambiar la conducta habitual por el reposo.

En la Tabla 3 puede observarse la indudable falta de correspondencia entre creencias y actuaciones que muestra la mayoría de los pacientes. Mientras, casi la mitad de los pacientes informa no saber qué hacer (49,2%), aunque todos los pacientes, excepto dos, informaron de actuaciones concretas cuando creyeron que su TA estaba alta. El análisis de los datos contenidos en la Tabla 3 muestra, además, que el porcentaje de pacientes que indica creer que debe «tomar medicación» para bajar la tensión (22,4%) no se corresponde en absoluto con el de pacientes que realmente lo hacen cuando creen que su TA está elevada (sólo 5%). Sucede algo similar con la categoría «tranquilizarse» (16,6% manifiestan la creencia y sólo el 6,5% informa haberlo hecho).

Justo la relación inversa se observa en cinco categorías de respuesta que muestran menor porcentaje de pacientes que manifiestan la creencia de que hacer eso es una pauta correcta de controlar la TA elevada, frente al porcentaje de pacientes que realmente lleva a cabo esa pauta de corrección. El contraste es dramático en la categoría «modificar ejercicio» pues sólo el 5,7% la manifiestan como creencia y el 73,9% informa haberlo hecho cuando creyó que su TA estaba elevada. Importantes contrastes se observan también en las categorías de respuesta «buscar ayuda profesional» y «más control en la dieta».

También resulta interesante señalar que el 13,7% de los pacientes informa de actuaciones que no forman parte del régimen de tratamiento y que la casi totalidad de los pacientes informa más de una actuación. Igualmente, el contraste de informes entre creencias y actuaciones indica que sólo en el 34,9% de los casos se encuentra correspondencia entre creencias y actuaciones.

Por último, la Tabla 4 contiene los resultados, en forma de tabla de contingencia, del análisis de las relaciones entre las creencias informadas sobre qué se debe hacer

cuando la TA está alta y las actuaciones informadas sobre lo que realmente se ha hecho cuando la TA se creía elevada, en los 138 pacientes que conformaron el subgrupo C, teniendo en cuenta las respuestas múltiples de los pacientes tanto en el caso de las creencias sobre comportamiento de corrección (qué creen debe hacerse) como las acciones (qué hicieron). A fin de poder realizar la prueba de residuos tipificados corregidos se incluyeron categorías múltiples de respuesta, resultando en seis categorías para la variable de creencias y diez para la de acciones. El análisis de datos indica que se encuentran varios residuos tipificados corregidos superiores a 1,96 y que resultan significativos al nivel de confianza de 0,95 (alfa de 0,05). Tal sucede con el residuo tipificado corregido de 3,1 entre «control de TA» y «control-dieta-consulta», lo que parece sugerir que la mayor parte de los sujetos que consideran que deben hacerse un control de TA efectivamente lo hacen. El residuo tipificado corregido de 3,7 entre «tranquilizarse, relajarse» y hacer eso cuando se cree que la TA está alta también indica relación entre decir y hacer a este nivel. Lo mismo sucede entre «tomar medicación» y hacerlo (2,3), entre «más control dieta» y acciones respecto a la «dieta» (2,6), y entre «dieta-ejercicio-medicación» y «dieta» (3,9), la puntuación más elevada, y que tal vez podría indicar que del «cóctel» de correcciones que estos pacientes creen que deben hacer para bajar su TA (plan dietético, realización de ejercicio y fármacos), el que realmente llevan a cabo es el relativo a la comida. Ninguna otra relación entre creencias e informe de actuaciones aparece como significativa.

Discusión

Los resultados del presente estudio confirman la importancia que tienen las creencias en el curso del autocuidado en enfermos crónicos, y han puesto de manifiesto algunos fenómenos hasta ahora no descubiertos en la literatura especializada que obligarían a plantearse importantes cambios en la rutina de atención primaria con este tipo de pacientes.

En primer lugar, pocos pacientes manifiestan haber sido informados sobre las causas de la HA (el 34,5%), y de ellos sólo el 20,3% ha recibido esa información de profesionales de la salud. Esto en cifras reales supone que de la muestra de 171 pacientes sólo 12 han recibido la información sobre las causas de la HA de profesionales, mientras que el resto, o no ha recibido información, o si la ha recibido ha sido de fuentes no fiables y con tendencia a la generalización (familiares, medios de comunicación, personas conocidas, etc.), lo que supone un riesgo potencial de formación de falsas creencias acerca de las causas de la HA que puede generar, a su vez, falsas creencias sobre las pautas de funcionamiento de la enfermedad. Por ello, no resulta extraño que las razones informadas por las que los pacientes creen que la HA se produce, sean mayoritariamente «populares», y caigan dentro de la categoría genérica de «nervios» que agrupa a razones como la tensión de la vida, los problemas de la vida, el estrés, las emociones, los disgustos, etc., para una amplia mayoría de ellos (62,7%). Sin embargo, cuando se comparan estos dos subgrupos de pacientes (con y sin infor-

TABLA 4. Tabla de contingencia ¿Qué es lo que cree que debe hacer cuando nota que su TA es alta? x ¿Y qué es lo que realmente hace?

	¿Qué es lo que realmente hace?									
	Nada	Control TA	Dieta	Dieta-meditación	Dieta-ejercicio	Dieta-relajación	Tomar medicación	Medicación-control-dieta	Control-dieta-consulta	Tranquilidad, relajarse
<i>No sabe</i>										
Recuento	2	3	10	15	4	18	6	2	1	6
Frecuencia esperada	1	2,4	8,7	14,6	2,4	20,4	6,3	1,9	1,5	7,8
Residuos corregidos	1,5	0,5	0,6	0,2	1,4	-0,9	-0,2	0,1	-0,5	-0,9
<i>Control TA</i>										
Recuento	0	1	0	5	0	4	1	1	2	1
Frecuencia esperada	0,2	0,5	2,0	3,3	0,5	4,6	1,4	0,4	0,3	1,7
Residuos corregidos	-0,5	0,7	-1,6	1,2	-0,8	-0,3	-0,4	0,9	3,1	-0,6
<i>Tranquilidad, relajarse</i>										
Recuento	0	0	1	2	1	11	1	0	0	8
Frecuencia esperada	0,3	0,9	3,1	5,2	0,9	7,3	2,3	0,7	0,5	2,8
Residuos corregidos	-0,7	-1	-1,4	-1,8	0,2	1,8	-1,0	-0,9	-0,8	3,7
<i>Tomar medicación</i>										
Recuento	0	0	1	7	0	7	5	1	0	1
Frecuencia esperada	0,3	0,8	2,9	4,8	0,8	6,7	2,1	0,6	0,5	2,6
Residuos corregidos	-0,6	-1	-1,3	1,3	-1	0,2	2,3	0,5	-0,8	-1,1
<i>Más control dieta</i>										
Recuento	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Frecuencia esperada	0	0	0,1	0,2	0	0,3	0,1	0,0	0	0,1
Residuos corregidos	-0,1	-0,2	2,6	-0,5	-0,2	-0,7	-0,3	-0,2	-0,1	-0,4
<i>Dieta-ejercicio-meditación</i>										
Recuento	0	1	5	1	0	2	0	0	0	0
Frecuencia esperada	0,1	0,3	1,2	2	0,3	2,7	0,8	0,3	0,2	1
Residuos corregidos	-0,4	1,2	3,9	-0,8	-0,6	-0,6	-1,0	-0,5	-0,5	-1,1

mación proporcionada sobre las causas de la HA), no se encuentran apenas diferencias entre ellos en cuanto a las creencias que han generado para dar razón de su HA. En efecto, esta diferencia no parece afectar a las creencias generadas sobre la causa de la HA en su propio caso, puesto que pacientes con y sin información recibida señalan la misma categoría anteriormente mencionada como la causa de su HA (el 75% de los informados y el 76% de los no informados). Y dicho parecido se mantiene para el resto de categorías, de manera que los pacientes parecen generar similares creencias sobre la causa de su enfermedad independientemente del hecho concreto de que un profesional u otra fuente de información les proporcione ideas sobre las causas. Una explicación de esta paradoja puede estar en el hecho de que tan pocos pacientes hayan sido informados por profesionales de la salud (que pondrán el énfasis en los verdaderos factores de riesgo de la HA), con lo que estaríamos ante el hecho de que la gran mayoría de los pacientes ha elaborado sus creencias en base a modelos profanos de la enfermedad crónica en cuestión, que resultarán bastante similares habida cuenta de la similitud de los contextos culturales.

La única diferencia entre ambos subgrupos de pacientes parece ser en el porcentaje de ellos que no informan no tener creencia alguna sobre las causas de la hipertensión en su caso particular, ya que es más alto entre los que no recibieron información (33%) que entre los que sí la recibieron (11,9%), aunque el significado exacto de esta diferencia queda por explorar con mayor detalle en posteriores estudios.

Los resultados también muestran como la gran mayoría de los pacientes acepta ser capaz de saber cuándo su TA está elevada sin realizar un control clínico de la misma. Confianza que se deposita mayoritariamente en la ocurrencia de ciertos síntomas que emplean como señales indicadoras de que su TA se encuentra alta. La evaluación en estos 138 pacientes del contraste entre las creencias sobre las pautas de corrección a seguir en el caso de que su TA estuviera elevada y las acciones que realmente informan haber llevado a cabo para conseguirlo presenta un panorama preocupante, que vendría a justificar por qué el control de la TA sigue siendo un serio problema para el sistema de salud.

Los datos indican una alarmante falta de correspondencia entre lo que creen que deben hacer y lo que realmente hacen y casi la mitad de los pacientes informa no saber qué pautas seguir, mientras que, en realidad, sí informan haber emprendido acciones concretas para bajar su TA cuando la creían alta. Psicológicamente considerados, los datos son contundentes, pero también lo son médicamente considerados, pues indican la necesidad de una exploración más a fondo de la rutina de atención primaria con este tipo de pacientes crónicos. Repárese, por ejemplo, en que sólo un 2,1% de los pacientes señala como pauta a seguir «realizar un control de la TA» bien con el medidor portátil del que casi todos disponen, bien acudiendo al centro de salud o a una farmacia para tomarse la tensión. Y que tan sólo el 10,8% (15 pacientes) informa haber llevado a cabo esta pauta en momentos en los que creía tener la TA elevada, lo que significa que la gran mayoría de pacientes, en primer lugar, confía en su propia estimación sin verificar si su TA está o no realmente alta y, en segundo, pone en marcha otras acciones destinadas a intentar bajar una TA que sólo el 10,8% verifica que realmente está alta. Además, es esta relación creencia-acción la única consistente en todos los resultados

encontrados, y tratándose, como se trata, de una importante conducta de riesgo tenida por conducta de salud (Gil Roales-Nieto, 2004) -al poder estar basada la acción en una creencia falsa- estamos ante un fenómeno hasta ahora no puesto de manifiesto en la literatura especializada y que representa una fuente de riesgos para la salud de los pacientes. El análisis de los datos obtenidos en este estudio confirma estos extremos, por cuanto las relaciones entre creencias y acciones son muy débiles, resaltando sólo algunos casos elementales, y mostrando una gran independencia del hacer sobre el decir reglado en forma de creencias que los pacientes informan en este estudio.

Aún teniendo en cuenta las debilidades metodológicas propias de un estudio de este tipo, y su carácter exploratorio y la necesidad de replicar estos hallazgos, la importancia y novedad de los mismos para la intervención psicológica y médica con estos pacientes crónicos es notoria y representa un importante avance en el conocimiento de las relaciones entre creencias y autocuidado en la enfermedad crónica.

Referencias

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Banegas, J.R., Rodríguez, F., Graciani, A., Villar, F., Guallar, P. y Cruz, J. (1999). Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Prevalencia, conocimiento y control. *Hipertensión*, 16, 315-322.
- Banegas, J.R., Rodríguez, F., Ruilope, L.M., Graciano, A., Luque, M. y Cruz, J.J. (2002). Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *Journal of Hypertension*, 20, 2157-2164.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Beléndez, M., Hernández, A., Horne, R. y Weinman, J. (2007). Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 767-779.
- Blumenthal, J., Sherwood, A., Gullette, E.C., Georgiades, A. y Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 569-589.
- Carrasco, P., Gil, B., Fernández, C., Ortiz, J., Fernández, J.S., Gallo, F. y Fernández, I. (2003). Día de análisis en Granada de la hipertensión arterial. Estudio DAGA. *Hipertensión*, 20, 5.
- Chobanian, A. V. (2001). Control of hypertension -An important national priority. *New England Journal of Medicine*, 345, 534-535.
- Coca, A. (2002). Evolución del control de la hipertensión arterial en España: Resultados del estudio Controlpres 2001. *Hipertensión*, 19, 9.
- Collins, R., Peto, R., MacMahon, S., Hebert, P., Fiebach, N.H., Eberlein, K.A., Godwin, J., Qizilbash, N., Taylor, J.O. y Hennekens, C.H. (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, 335, 827-838.
- De la Figuera M., Arnau, J. y Brotons, C. (2002). *Hipertensión arterial en atención primaria: evidencia y práctica clínica*. Barcelona: EUROMEDICE. Ediciones Médicas.
- Dumbar-Jacob, J., Dwyer, K. y Dunning, E. (1991). Compliance with antihypertensive regimen: A review of research in the 1980s. *Annals of Behavioral Medicine*, 13, 31-39.

- Egan, B.M., Lacckland, D.T. y Cutler, N.E. (2003). Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: Implications for health policy, education, and research. *Archives of Internal Medicine*, 163, 681-687.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fodor, G.J., Kotreca, M., Bacskai, K., Dornerb, T., Lietavac, J., Sonkodid, S., Riederb, A. y Turtona, P. (2005). Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *Journal of Hypertension*, 23, 1261-1266.
- Gil Roales-Nieto, J. (2000). *Manual de Psicología de la Salud. Comportamiento y Salud/ Enfermedad (Vol. 2)*. Granada: Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Granados, G. (2004). *Formación de falsas creencias en pacientes hipertensos: variables implicadas en su génesis y desarrollo*. Tesis Doctoral. Universidad de Almería.
- Granados, G. y Gil Roales-Nieto, J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 165-206.
- Granados, G. y Gil Roales-Nieto, J. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 393-403.
- Granados, G., Gil Roales-Nieto, J., Moreno, E. e Ybarra, J.L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 697-707.
- Granados, G., Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra, J.L. (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*, 18, 822-827.
- Guerin, B. (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 17, 155-163.
- Haberman, S.J. (1973). The analysis of residuals in cross-classification tables. *Biometrics*, 29, 205-220.
- Haynes, R.B., McDonald, H., Garg, A.X. y Montague, P. (2002). *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*. Cochrane Database of Systematic Review, 2, CD000011.
- He, F.J. y MacGregor, G.A. (2003). Cost of poor blood pressure control in the UK: 62000 unnecessary deaths per year. *Journal of Human Hypertension*, 17, 455-457.
- Horne, R. y Weinman, J. (1999). Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatments in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 555-567.
- Horne, R. y Weinman, J. y Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.
- Janz, N. y Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kannel, W.B. (2000). Risk stratification in hypertension: New insights from the Framingham Study. *American Journal of Hypertension*, 13, 3s-10s
- Kelsey, J.L., Thompson, W.D. y Evans, A.S. (1986). *Methods in Observational Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.

- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The commonsense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Vol. 2 (pp. 7-30). Oxford: Pergamon Press.
- Luciano, M.C. y Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 117-124.
- Maiman, L.A. y Becker, M.H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.
- Mensah, G. (2002). The global burden of hypertension: Good news and bad news. *Cardiology Clinics*, 20, 181-185.
- Moreno E., Gil Roales-Nieto, J (2003). 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*, 3, 91-109.
- Moreno San Pedro, E., Gil Roales-Nieto, J. y Blanco Coronado, J.L. (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de enfermería. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 99-110.
- O'Rorke, J.E. y Richardson, W.S. (2001). Evidence based management of hypertension. What to do when blood pressure is difficult to control. *British Medical Journal*, 322, 1229-1232.
- Pardo, A. y Ruiz, M. Á. (2001). *SPSS 10.0: Guía para el análisis de datos*. Recuperado el 15 de marzo de 2006 de <http://www2.uca.es/serv/ai/formacion/spss/Inicio.pdf>
- Pita Fernández, S. (1995). *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid: DuPont Pharma.
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. y Sánchez Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462.
- Rodríguez, H., Molero, M. y Acosta, L. (2004). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud. Recuperado 12 febrero, 2006, de <http://www.monografias.com>.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Ross, S., Walker, A. y MacLeod, M.J. (2004). Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- Svensson, S., Kjellgren, K.L., Ahlner, J. y Saljo, R. (2000). Reason for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*, 78, 157-163.
- Thrall, G., Lip, G.Y.D. y Lane, D. (2004). Compliance with pharmacological therapy in hypertension: Can we do better, and how? *Journal of Human Hypertension*, 18, 595-597.
- Waeber, B., Burnier, M. y Brunner, H.R. (2000). How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 35, S23-S26.
- Wogen, J., Kreilick, C., Livornese, R.G. y Frech, F. (2001). A population-based study of compliance and persistency with cardiovascular agents used in hypertension management. *Journal of Hypertension*, 4, 2-12A.