

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS*

*INFLUENTIAL FACTORS ON MEDICATION ADHERENCE IN
HYPERTENSIVE PATIENTS ATTENDED IN
PUBLIC HEALTH CENTERS*

Percy Alberto Ocampo Rujel¹

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y los factores determinantes de la no adherencia.

Bajo un modelo de seguimiento farmacoterapéutico domiciliario se intervinieron 204 pacientes de las provincias de Trujillo y Chimbote (84 y 120, respectivamente) entre noviembre de 2010 y enero de 2011. Para determinar el grado de cumplimiento se utilizaron tres test normalizados: Test de Heiness Sackett, Test de Moriski Green Lavine y Test de Recuento de Tabletas. Los factores que influyen sobre la no adherencia se determinaron mediante un test de 20 preguntas agrupadas en 5 dimensiones consideradas como los más influyentes.

Los resultados muestran un alto nivel de coincidencia en la identificación de pacientes no adherentes en los tres instrumentos, tanto en Trujillo como Chimbote (60,83 y 79,76%, respectivamente). El entorno social (27,47% y 22,72%) y la percepción del trato del personal de salud (20,7% y 20,53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Individualmente, los factores más resaltantes fueron la automedicación (13,53% y 8,61%) y la inasistencia a citas programadas (12,88 y 7,59%).

Se concluye que los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes el entorno social y una percepción negativa del trato del personal de salud.

PALABRAS CLAVE: Adherencia terapéutica, hipertensión, seguimiento fármaco terapéutico.

* Recibido: 19 agosto 2014; aprobado: 20 noviembre 2014.

¹ Maestro en Farmacia, Profesor Investigador de la Escuela de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. pocampor@gmail.com.

ABSTRACT

This research aimed to determine the level of adherence on medication as well as the determinant factors of no adherence in hypertensive patients attended in public health centers. Two hundred four patients attended in public centers in Trujillo and Chimbote cities were interviewed between November 2010 and January 2011 under a pharmacotherapy follow up program. The level of adherence was diagnosed by three test: Heiness - Sackett, Moriski Green Lavine and Counting tablets test. All of them were normalized test. The determinants of non-adherence were identified by a 20 questions test based on those factors proposed by the World Health Organization as mayor components of unaccomplished. Results shows high level of coincidence among these three tests used to measure non adherence was detected in Trujillo as well as in Chimbote (60.83 and 79.76% respectively). Social environment (27.47% and 22.72%) and health personnel performance (20.7% and 20.53%) were the dimension that most influenced negatively. Individual factors that most negatively influenced were self-medication (13.53% and 8.61%) and the appointment non attendance (12.88 and 7.59%). It is concluded that hypertensive patients of Trujillo and Chimbote cities are nonadherents to medical treatment and most negative contributors are patient social environment and the patient perception of health personnel.

KEY WORDS: Hypertension, therapeutic adherence, therapeutic drug monitoring.

INTRODUCCIÓN

Desde 1988, Trostle¹ postulaba que el problema del cumplimiento o adherencia de las recomendaciones del médico relativas a la toma de medicación y los cuidados de la salud (seguimiento de dietas, cambios en la vida cotidiana) constituye una cuestión determinante en el éxito de la terapéutica. Afirmó que se trata de un problema “endémico” en el proceso de los tratamientos, en especial en enfermedades crónicas.

Haynes, en 1976, citado por Basterra², definió a la adherencia como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario a fin de obtener resultados terapéuticos específicos”.

La hipertensión arterial (HTA) representa el mayor riesgo de morbilidad cardiovascular, mortalidad por enfermedades coronarias e incrementa de manera notable el riesgo de desarrollar enfermedad cerebro vascular.⁴ De acuerdo con La Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de ello, las estadísticas de prevención, tratamiento y control de la hipertensión han declinado levemente en años recientes.⁵

En nuestro país, Agustí⁶ afirma que la prevalencia de HTA es del 23,7% de la población total (varones 13,4% y mujeres 10,3%), con prevalencias de 22,1% para la sierra, 22,7% para la selva y 27,3% para la costa, pero con marcadas diferencias entre algunas zonas.^{10,11} Se afirma que la mayoría de la población (55%) no sabe que es hipertensa y quienes reciben tratamiento solo el 45,1% estuvieron compensados.

Existe una serie de factores que intervienen en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales del paciente, de las características del médico, de la relación médico-paciente y características de la propia enfermedad y del tipo de tratamiento prescrito. Sin embargo, no hay un grupo de variables que pudieran ser útiles para definir al paciente incumplidor, ya que en diferentes estudios son distintas las variables estudiadas que se asocian al incumplimiento.⁷⁻¹⁰

En el Perú existen escasas referencias sobre el nivel de prevalencia de la no adherencia o incumplimiento y menos aún sobre los factores que influyen sobre ella de manera negativa. Este fue justamente el objetivo de la presente investigación: determinar la prevalencia del incumplimiento entre pacientes hipertensos que se atienden de manera regular en establecimientos públicos de las provincias de Trujillo y Chimote y los factores que predisponen negativamente al paciente para tal conducta.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación fue aplicada, descriptiva, correlacional y prospectiva, de nivel cuantitativo, orientada a determinar el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos a través de tres técnicas normalizadas para determinar la prevalencia de la adherencia y los factores que influyen de manera más negativa en las conductas favorables a la adherencia al tratamiento.

El universo de sujetos del estudio de estuvo conformado 204 pacientes hipertensos atendidos de manera regular en 17 establecimientos de salud de las ciudades de Trujillo y Chimote (10 y 7 establecimientos, respectivamente) que durante la oferta del servicio, entre noviembre de 2010 y enero del 2011, seguían una prescripción facultativa de medicamentos para la hipertensión de una antigüedad no mayor a tres meses, cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron voluntariamente participar de la experiencia a través de la firma de un documento de consentimiento informado.

El levantamiento de información fue parte de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) de 5 fases: captación de los pacientes, levantamiento de información, análisis y evaluación de la información, intervención y seguimiento farmacoterapéutico y evaluación final del efecto de la intervención.

La prevalencia del incumplimiento de las indicaciones médicas se midió mediante tres métodos normalizados: el test de Morinski¹¹, el test del cumplimiento autocomunicado o test de Haynes Sackett¹²⁻¹³ y el método de recuento de comprimidos¹⁴.

Para determinar los factores que afectan la adherencia se propuso un cuestionario de 20 preguntas basado en las dimensiones influyentes sobre la adherencia terapéutica definidos por la OMS¹⁵. Las preguntas de cada dimensión se elaboraron tomando como referencia investigaciones similares para determinar conocimientos, creencias y prácticas asociadas al cumplimiento de la medicación.^{2,16-19}

Las respuestas a los test fueron procesadas en una base de datos para generar tablas y gráficos y determinar los valores de adherencia y la influencia de las dimensiones consideradas. Se midió la confiabilidad del cuestionario de factores influyentes mediante el estadístico alfa de Chronbach. Los resultados de ambas provincias se compararon mediante estadísticos de contraste para determinar diferencias entre los resultados.

RESULTADOS

Tabla 01
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN ESTUDIO POR GÉNERO, EDAD Y PRESIÓN ARTERIAL PROMEDIO, TRUJILLO - CHIMBOTE 2012

Sede	Género	n	Edad (años)		Presión Arterial (mmHg)		%
			Edad promedio	Desv. Est.	Sistólica / diastólica	Desv. Est.	
Chimbote	MUJERES	48	66,32	9,11	138,4/85,1	16,4/12,6	57,14
	HOMBRES	36	63,96	9,27	138,2/85,3	11,4/12,1	42,86
	TOTAL PARCIAL	84	65,14	9,19	138,3/85,2	13,9/12,3	100,00
Trujillo	MUJERES	70	61,61	8,02	139,5/87,7	14,9/10,1	58,33
	HOMBRES	50	60,28	9,49	139,9/90,0	15,1/10,7	41,67
	TOTAL PARCIAL	120	60,94	8,76	139,7/88,9	15,0/10,4	100,00
TOTAL		204	63,04	8,97	138,9/86,7	14,4/11,5	100,00

Tabla 02

COMPARACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO UTILIZANDO LOS TEST DE MORINSKI GREEN LAVINE (MAS), EL TEST DE HEINNESS SACKETT (HS) Y EL TEST DE RECUESTO DE TABLETAS (RT) EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LAS PROVINCIAS DE TRUJILLO Y CHIMBOTE

Test	Resultado	Chimbote		* p	Trujillo		* p	Total		* p
		f	%		f	%		f	%	
MAS	Adherente	68	81,0	0,000	79	65,8	0,001	147	72,1	0,018
	No adherente	16	19,0		41	34,2		57	27,9	
	Parcial	84	100,0		120	100,0		204	100,0	
HS	Adherente	61	72,6	0,000	66	55,0	0,315	127	62,3	0,011
	No adherente	23	27,4		54	45,0		77	37,7	
	Parcial	84	100,0		120	100,0		204	100,0	
RT	Adherente	72	85,7	0,000	76	63,3	0,005	148	72,5	0,000
	No adherente	12	14,3		44	36,7		56	27,5	
	Parcial	84	100,0		120	100,0		204	100,0	
Promedio de incumplimiento			79,8	0,000		61,4	0,107		69,0	

* Prueba binomial para determinar significancia entre cumplidores e incumplidores.

** Prueba de Mann-Whitney para determinar diferencias entre Trujillo y Chimbote.

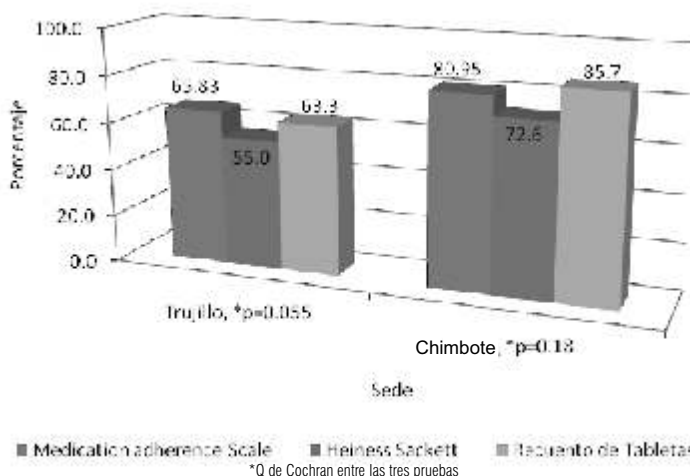


Gráfico 1. Comparación de los porcentajes de pacientes no adherentes al tratamiento en las Provincias de Chimbote y Trujillo diagnosticados con los tres test.

Tabla 03
COINCIDENCIA ENTRE LOS RESULTADOS DE LOS TRES TEST UTILIZADOS PARA MEDIR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS

Sede	Coincidencia	Característica	Recuento de Tabletas	Heiness Sackett	Morisiki Green Lavine	f	%	F	%
Chimbote	Coincidencia	INCUMPLIDOR	1	1	1	58	69,05	67	79,76
		CUMPLIDOR	0	0	0	9	10,71		
	No coincidencia	MAS FAVORABLE AL INCUMPLIDOR	0	1	1	3	3,57		
		MAS FAVORABLE AL CUMPLIDOR	1	0	1	7	8,33		
		MAS FAVORABLE AL INCUMPLIDOR	0	1	0	3	2,50		
		MAS FAVORABLE AL CUMPLIDOR	0	1	1	6	5,00		
Total parcial						84	100,00	84	100,00
Trujillo	Coincidencia	INCUMPLIDOR	1	1	1	50	41,67	73	60,83
		CUMPLIDOR	0	0	0	23	19,17		
	No coincidencia	MAS FAVORABLE AL INCUMPLIDOR	1	0	0	8	6,67		
		MAS FAVORABLE AL CUMPLIDOR	0	1	0	3	2,50		
		MAS FAVORABLE AL INCUMPLIDOR	0	1	1	6	5,00		
		MAS FAVORABLE AL CUMPLIDOR	1	1	0	7	5,83		
		MAS FAVORABLE AL INCUMPLIDOR	1	0	1	11	9,17		
		Total parcial							
Total						204		204	

1: No adherencia; 0: Adherencia

Tabla 04
DISTRIBUCIÓN DE LAS PRESIONES SISTÓLICAS Y DIASTÓLICAS PROMEDIO DE LOS PACIENTES IDENTIFICADOS COMO INCUMPLIDORES EN LOS TEST MAS, HS Y RT

Sede	Sexo	Presión sistólica (mm Hg.)	Presión diastólica (mm Hg.)
Chimbote (n=58)	F	142,41	89,06
	M	141,35	87,65
	Promedio	141,88	88,36
Trujillo (n=50)	F	142,69	89,52
	M	137,29	90,57
	Promedio	139,99	90,04
Promedio total		140,93	89,20

t para la media entre Trujillo y Chimbote, p=0,517

Tabla 05

INFLUENCIA RELATIVA DE LOS FACTORES INCLUIDOS EN EL TEST DE FACTORES INFLUYENTES, SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

N° Dimensiones y preguntas del test	Chimbote (n=58)			Trujillo (n=50)			U de Mann-Whitney
	Puntaje Prom	Peso (-)	% peso negativo	Puntaje Prom	Peso (-)	% peso negativo	
Influencia del entorno							
1 Los problemas del hogar le afectan para cumplir con la toma de sus medicamentos,	3,36	1,64	5,34	3,66	1,34	5,46	0,103
2 Sus familiares y amigos le ayudan y motivan tomar sus medicamentos,	3,10	1,90	6,19	3,26	1,74	7,09	0,393
3 ¿Alguna vez ha tomado otro medicamento que le hayan recomendado para la hipertensión sin la consulta previa con su médico?	2,36	2,64	8,61	1,68	3,32	13,53	0,000
4 Piensa que su enfermedad es fruto de algún daño, maldad o castigo de alguien o algo,	4,21	0,79	2,59	4,66	0,34	1,39	0,002
TOTAL DIMENSIÓN	13,03	6,97	22,72	13,26	6,74	27,47	0,125
Conocimiento de la enfermedad							
5 ¿Deja de tomar sus medicamentos porque siente que le caen mal?	4,07	0,93	3,04	3,68	1,32	5,38	0,175
6 ¿Piensa que la presión es una enfermedad pasajera?	3,64	1,36	4,44	4,46	0,54	2,20	0,000
7 ¿Cuándo se siente mejor deja de cumplir las indicaciones médicas?	3,05	1,95	6,36	3,5	1,5	6,11	0,014
8 ¿Conoce de las complicaciones que puede traer la presión alta?	3,22	1,78	5,79	3,94	1,06	4,32	0,001
TOTAL DIMENSIÓN	13,98	6,02	19,63	15,58	4,42	18,01	0,048
Actitud hacia los medicamentos							
9 ¿Guarda de manera especial sus medicamentos para la hipertensión?	3,74	1,26	4,11	3,44	1,56	6,36	0,234
10 ¿Cree que es cansado y aburrido tomar todos los días los mismos medicamentos a la misma hora?	2,84	2,16	7,03	3,26	1,74	7,09	0,063
11 ¿Cuando sale de visita o viaja a otra parte lleva su medicación?	3,00	2,00	6,52	3,94	1,06	4,32	0,000
12 ¿Tiene ganas de cumplir con su medicación tal como le han indicado?	4,12	0,88	2,87	4,28	0,72	2,93	0,018
TOTAL DIMENSIÓN	13,71	6,29	20,53	14,92	5,08	20,70	0,079
Percepción del trato del personal de salud							
13 ¿Asiste puntualmente a sus citas con el médico?	2,67	2,33	7,59	1,84	3,16	12,88	0,000
14 ¿Confía usted en lo que el médico o el personal de salud le dice y le recomienda tomar?	4,10	0,90	2,92	4,52	0,48	1,96	0,007
15 ¿Siente que el médico o el personal de salud se preocupan por su salud?	3,57	1,43	4,67	4,3	0,7	2,85	0,000
16 ¿Entiende las indicaciones del médico o el personal de salud sobre los medicamentos que toma para su hipertensión?	3,78	1,22	3,99	4,14	0,86	3,50	0,041
TOTAL DIMENSIÓN	14,12	5,88	19,18	14,80	5,20	21,19	0,012
Influencia de los factores socioeconómicos y demográficos							
17 ¿Le alcanza el dinero para comprar su medicación?	3,71	1,29	4,22	4,32	0,68	2,77	0,002
18 ¿Cree que su trabajo le permite cumplir con su medicación?	3,90	1,10	3,60	4,2	0,8	3,26	0,094
19 ¿Cree usted que es difícil conseguir los medicamentos por donde vive?	3,71	1,29	4,22	4,22	0,78	3,18	0,001
20 ¿Cree usted que es difícil ir al establecimiento de salud para solicitar medicamentos?	3,19	1,81	5,91	4,16	0,84	3,42	0,000
TOTAL DIMENSIÓN	14,50	5,50	17,94	16,90	3,10	12,63	0,000
PUNTAJE PROMEDIO TOTAL	69,34	30,66	100,00	75,46	24,54	100,00	0,000

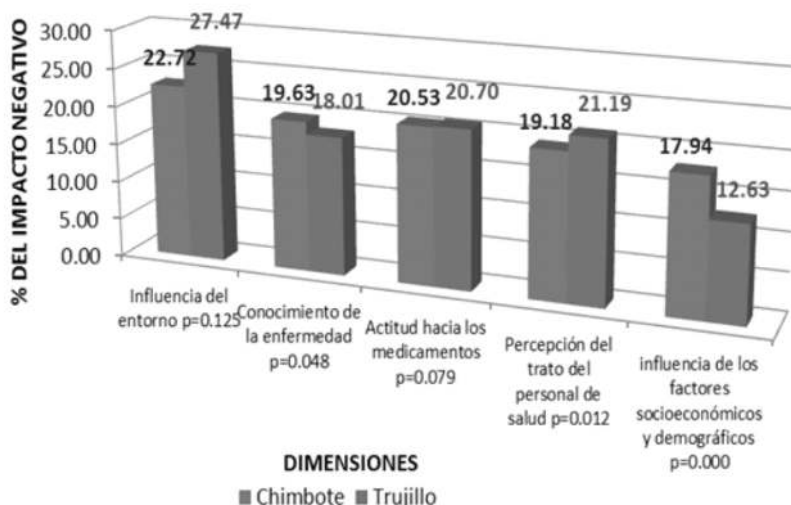


Gráfico 2. Proporción de la influencia negativa de las dimensiones que afectan la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos.

DISCUSIÓN

La población intervenida tiene características típicas de aquella que acude de manera frecuente a los establecimientos públicos de salud para el tratamiento y/o control de la hipertensión. El hecho de que las mujeres (57% Chimbote y 58% Trujillo) sean las más interesadas en participar es probablemente por sus percepciones acerca de la enfermedad y por disponer de más tiempo debido a la naturaleza propia de las actividades del hogar y disponer de más tiempo para acudir a los servicios de salud (Tabla 01).

Los promedios de presiones arteriales en ambas provincias (Tabla 01) corresponden a un paciente hipertenso según el consenso americano.²⁰ En todos los casos se certificó el diagnóstico mediante la evidencia de prescripción facultativa antihipertensiva.

Los resultados de los test de Morinski (MAS), de Heiness Sackett (HS) y Recuento de tabletas (RT) usadas paralelamente para medir la adherencia muestran una mayor proporción de pacientes incumplidores en ambas provincias. En Chimbote el promedio de incumplimiento fue muy significativo (79,8%, $p=0,000$ promedio en los tres test) y en Trujillo 61,4%, donde, excepto en el test de Heiness Sackett ($p=0,315$), la diferencia entre cumplidores e incumplidores también fue significativa (Tabla 02).

Entre ambas provincias existe un nivel significativamente mayor de incumplimiento en la provincia del Santa con respecto a Trujillo, que se confirma en los tres test ($p=0,05$).

En cuanto a la consistencia para medir adherencia de los instrumentos usados, los resultados de los test en cada provincia no arrojan diferencias significativas ($p=0,055$ y $p=0,18$ en Trujillo y Chimbote, respectivamente), por lo que puede considerarse que son confirmatorios en el sentido de una prevalencia significativamente mayor de pacientes no adherentes (Gráfico 1).

Los niveles de no adherencia encontrados son comparativamente mayores que otros estudios.¹⁸ Las razones pueden ser la especificidad de los instrumentos usados y las condiciones en las cuales fueron aplicados, generalmente en el domicilio del paciente, situación que facilita respuestas más sinceras a las preguntas.¹⁴ El menor grado de incumplimiento en Trujillo se explica probablemente por las mejores condiciones sanitarias y el mejor nivel sociocultural de los pacientes, aunque la correlación entre estos factores percibidos no fueron estudiadas.

Se determinó, a nivel de cada paciente, la coincidencia de los resultados entre los tres test. En Chimbote, el 80% de los pacientes fueron coincidentes, resultado que confirmaría la eficacia de los métodos utilizados (Tabla 03). No obstante que en Trujillo el nivel de coincidencia es comparativamente menor (60,83%), se confirma una mayor proporción de pacientes no adherentes en ambas provincias (69,05% y 41,67% en Chimbote y Trujillo).

No existen influencias negativas marcadas para la adherencia entre alguna de las cinco dimensiones estudiadas en el test de factores influyentes (Tabla 05 y gráfico 2). Sin embargo, según el puntaje promedio total se indica un efecto negativo significativamente mayor en Chimbote ($p=0,001$). En el análisis por dimensión el entorno social y familiar en el que viven los pacientes parece ser el origen más frecuente de los problemas en ambas provincias y más marcado en Trujillo (27,47%) que en Chimbote (22,72%). Por el contrario, el factor menos incidente es la influencia de los factores socioeconómicos y demográficos (12,63% y 17,94%, respectivamente). En la dimensión relacionada al entorno social sobresale claramente la influencia negativa del factor que incita a la automedicación, siendo mayor en Trujillo (13,53%) que en Chimbote (8,61%). Respecto a esto, Vásquez²¹ señala que el nivel de automedicación en el Perú puede llegar hasta el 60% de la población y que existen diversos factores que la condicionan, tales como el limitado acceso a servicios de salud, limitaciones económicas, bajos niveles de educación y acceso libre a medicamentos sin receta médica.

La ausencia de los pacientes a las citas programadas no permite el reforzamiento de las indicaciones médicas y contribuyen a la falta de adherencia (12,88% en Trujillo y 7,59% en Chimbote). Esto puede ser el resultado de la percepción negativa del paciente con respecto al trato del trabajador de salud. Este hallazgo puede compararse con el reporte de Arana y Col.¹⁸, que en un estudio en Trujillo para determinar algunos factores relacionados con el incumplimiento en un hospital del Seguro encontraron que el nivel de incumplimiento fue del 58% y el nivel de inasistencia a las citas médicas fue del 28,4%. Asimismo, Gascón y col.²² sostienen que la insatisfacción con la atención recibida son un obstáculo para la adherencia porque los pacientes incumplidores se muestran insatisfechos con la atención clínica, la poca duración de la consulta, la pobreza de explicaciones y la escasa interacción del médico con el paciente.

Por otro lado, subsisten actitudes inapropiadas hacia los medicamentos y esto tiene un impacto negativo sobre la adherencia al tratamiento en ambas provincias (20,53% y 20,70% en Chimbote y Trujillo, respectivamente). Es probable que la escasa o nula actividad educativa de los proveedores de servicios de salud para fijar la idea de la importancia del uso apropiado de los medicamentos, sobre todo en enfermedades crónicas como la hipertensión, sea el origen del efecto negativo de esta dimensión.

CONCLUSIONES

Los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico, influenciados negativamente por el entorno social del paciente, la percepción del trato del personal de salud y la percepción inadecuada del valor de los medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 TROSTLE J. Medical compliance as an ideology. *Social Science & Medicine*. 1998; 27(12):1299-1308.
- 2 BASTERRA G. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 97-106, 97 tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> el 26/09/09.
- 3 ACOSTA G. PEREZ G. DE LA NOVAL G. DUEÑAS H. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer* 2005;21(3).
- 4 MANGUM SA, KRAENOW KR, NARDUCCI WA. Identifying At-Risk Patients Through Community Pharmacy-Based Hypertension and Stroke Prevention Screening Projects. *J Am Pharm Assoc* 43(1):50-55, 2003. © 2003 American Pharmaceutical Association.
- 5 SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. Consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial. *Journal of hypertension* 2001, Vol. 6, N° 2. Desde: http://www.sac.org.ar/Sociedades/cc_latam_hta.pdf. Tomado el 28/01/08.

- 6 AGUSTI CR. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta Med Per.* 23(2) 2006:69.
- 7 MÁRQUEZ E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcv/c/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/08.
- 8 MARTÍN A. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cubana Salud Pública* 2007;33(3).
- 9 GRANADOS G, ROALES N. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2007, 7, 3, 393-403.
- 10 LIBERTAD M.A, GRAU A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, enero-junio, año/vol. 14, número 001 Universidad Veracruzana Xalapa, México. pp. 89-99.
- 11 MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, Vol. 24, N° 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
- 12 GIL V, PINEDA M, MARTÍNEZ JL, BELDA J, SANTOS MA, MERINO J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
- 13 MÁRQUEZ C. E. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Algoritmo diagnóstico distrito sanitario Huelva. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Vol. 1. Núm. 1. Abril 2004. Tomado de: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/algoritmo1.pdf>, el 15/07/10.
- 14 GARCÍA PÉREZ AM, LEIVA FERNÁNDEZ F, MARTOS CRESPO F, GARCÍA RUIZ AJ, PRADOS TORRES D, SÁNCHEZ DC, ALARCÓN F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)* Vol. 1, N° 1, Junio 2000.
- 15 OMS, OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.
- 16 LIBERTAD MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/11/2009.
- 17 PADILLA C. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y los antihipertensivos, HNERM. Tesis para optar el grado de magíster en Salud Pública. UNMSM. Facultad de Medicina Humana. Junio 2007. Tomado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/padilla_cm/html/index-frames.html. el 15/11/2009
- 18 ARANA G, CILLIANI B, ABANTO D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo. *Revista Medica Herediana* vol.12 no.4 Lima Oct. 2001. Print ISSN 1018-130X.
- 19 MENDOZA S, MUÑOZ PM, MERINO JM, BARRIGA OA. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 65-71. Tomado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n1/art09.pdf>. El 13/11/09.
- 20 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2003 NIH Publication 03-5233 Tomado de: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf. el 30/01/08.
- 21 VÁSQUEZ S. Automedicación en el Perú. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos Equipo de Uso Racional. Junio 2008. Documento Institucional. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/automedicacion_junio_2008.pdf
- 22 GASCÓN J, SÁNCHEZ M, LLORD B, SKIDMORE D, SATURNO P. Why hypertensive patients do not comply with the treatment. Results from a qualitative study. *Family practice.* 2004;21(2):125-30.