

Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: propuesta de evaluación e intervención desde el
enfoque cognitivo conductual

Carolina Jurado, Diego Quijano, Claudia Ramírez

Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana

Chía, Junio 1 de 2009

Resumen

El presente artículo sintetiza los planteamiento teóricos de la hipertensión arterial, los factores de riesgo y los estilos de vida relacionados con la adherencia al tratamiento de esta enfermedad crónica que en los últimos años ha tenido grandes implicaciones en la salud pública debido al aumento de muertes como resultado de la tensión arterial elevada y principal factor de riesgo cardiovascular. Luego de la revisión teórica se determino que para una adecuada adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial es importante que el profesional de la psicología diseñe un plan individualizado según las características del paciente, donde se evalué el estilo de vida y los factores que riesgo que impiden la adecuada adherencia y trabaje con las técnicas psicológicas adecuadas con el objetivo de reducir los niveles de hipertensión.

Palabras Claves: Hipertensión, Factores de riesgo, Adherencia al tratamiento, Estilos de vida

Abstract

The present article synthesizes the theoretical exposition about hypertension, the risk factors and the life styles related to the adhesion to the treatment of this chronic disease, which in the last years has had great implications in the public health, due to the increase of deaths as a result of the high arterial tension and as main factor of cardiovascular risk. After the theoretical revision we determine that, for a suitable adhesion to the treatment of the hypertension it is important that the professional of psychology designs a individualized plan according to the characteristics of the patient, where the professional evaluate the life style and the risk factors which difficult the suitable adhesion, to help them to work with the appropriate psychological techniques with the aim of reducing the hypertension levels.

Key words: Hypertension, Risk factors, Adhesion to the treatment, Life styles.

Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: Una propuesta de evaluación e intervención desde el enfoque cognitivo conductual

Los seres humanos, dentro de las múltiples características que poseen, siempre se encuentran en una búsqueda interminable por vivir más y mejor. En ocasiones, este deseo incansable por la “calidad de vida”, hace que se haga caso omiso de las implicaciones que tiene cada una de las etapas del ciclo vital, más aún, se tiene la creencia que la condición física depende y se deteriora con los años, dejando de lado un proyecto de prevención que permita una mejor condición en etapas tardías del ciclo vital (Vives, 2007).

Hoy en día, es cada vez mayor el interés por conocer las implicaciones y la etiología de diversas enfermedades que aquejan a la población mundial. Entre tantas patologías, la hipertensión arterial (HTA) genera una gran curiosidad, no solo por el aumento de muertes debidas a cardiopatías, sino por el desarrollo que ha tenido la investigación sobre este tema. La bibliografía reporta un gran volumen de estudios realizados acerca de la HTA, reconociéndose ante todo su importancia, como uno de los problemas socio sanitarios de primer orden por su elevada incidencia y su pronóstico negativo (Molerio y García, 2004).

La Sociedad Europea de Hipertensión en el 2003 definió la Hipertensión Arterial Esencial como un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles elevados en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo, produce un lento y progresivo deterioro si no es controlada, es indolora y silenciosa (Vinaccia, Quiceno, Fernandez, Gaviria, Chavarria, Orozco, 2006). Según la definición de Santín (1999), en consonancia con la presentada anteriormente, la Hipertensión Arterial es la elevación persistente de la presión arterial por encima de los límites considerados como normales y se considera una enfermedad

que se presenta con mayor frecuencia en personas entre los 30 y los 50 años. Finalmente es importante hacer mención a la apreciación de Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa, Holguín, (2007), quienes afirman que la HTA es considerada un factor de riesgo importante y antecedente de enfermedades cardiovasculares.

Conocida la definición de varios autores en relación con las características de la HTA es importante hacer mención de sus implicaciones en términos de salud pública. En este sentido, para el 2006, como lo mencionan Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, Varela (2006), 7,1 millones de personas murieron como resultado de tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial. En Colombia, las enfermedades asociadas con factores de riesgo cardiovascular como la HTA ocupan el segundo, tercero y cuarto lugar dentro de las primeras causas de mortalidad. El padecimiento de éstas, causan incapacidad a nivel personal, ocupacional, laboral, deteriora la calidad de vida y aumenta los costos de las entidades prestadoras de salud (Arrivillaga et al., 2007).

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2005, citado por Holguín et al. (2006) las enfermedades crónicas (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente.

En consonancia con lo anterior, Coutin, Borges, Batista y Feal, citados por Molerio y García (2004), refieren que la hipertensión esencial constituye uno de los trastornos de mayor incidencia y es reconocida entre los principales factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares y cerebrovasculares, que se ubican entre las primeras causas a nivel mundial.

Adicionalmente, los autores mencionados anteriormente afirman que, se calcula que una disminución de un 4 % de una cifra media de presión arterial puede lograr una disminución de un 15 % de la mortalidad por accidentes cerebro vasculares, y de un 9 % por cardiopatía isquémica.

Las altas tasas de incidencia de las patologías cardiovasculares, han propiciado la investigación desde varias áreas, encontrándose un énfasis marcado, en la necesidad de generar programas integrales que permitan en abordaje de la enfermedad amplio y que de respuesta a las necesidades de la población. En este orden de ideas, Fernández, Martín y Domínguez (2003) aseguran que, teniendo como base el hecho de que los trastornos coronarios son de naturaleza compleja, y no existe un único factor que dé cuenta de su aparición y evolución, es necesario reconocer el carácter multifactorial de la enfermedad y en este sentido hablar de diversos factores de riesgo, lo que por ende invita a los investigadores, a generar programas amplios que abarquen y respondan al carácter multifactorial y multicausal de la enfermedad.

En consecuencia con lo mencionado anteriormente, el presente artículo estará encaminado a hacer una revisión del estado del arte referente a los factores de riesgo relacionado con la hipertensión arterial, desarrollando los objetivos que a continuación se plantean para el curso del artículo.

Objetivo General:

Identificar los factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial y establecer cómo con la aplicación del saber psicológico se pueden evaluar y abordar estos factores de riesgo para favorecer la adherencia al tratamiento que tiene los pacientes diagnosticados con la enfermedad.

Objetivos Específicos:

Identificar los factores de riesgo relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial

Determinar una forma de evaluación de estilos de vida de las personas diagnosticadas con HTA, que dé cuenta de la adherencia o no a los tratamientos, teniendo en cuenta los factores de riesgo estudiados en el objetivo anterior.

Señalar las diferentes técnicas de intervención planteadas por la psicología para favorecer la adherencia al tratamiento de la HTA

Habiendo hecho un diagnóstico de la importancia de la investigación sobre hipertensión arterial y sus implicaciones si no se atiende a la demanda que acarrea a nivel socio-sanitario, y teniendo en cuenta los objetivos que enmarcan el presente artículo, el curso del presente trabajo apuntará a dar respuesta a dichos objetivos, procurando abarcar ampliamente los factores de riesgo asociados a la enfermedad, en todas las esferas que la bibliografía refiere.

Es sabido, que la HTA es una de las enfermedades que se encuentran dentro de las patologías coronarias, reconocer esto, nos permite hacer una mirada más amplia de la enfermedad, y en este sentido, el abordaje de los factores de riesgo asociados a la HTA implica una revisión de aquellos agentes relacionados con la patología coronaria en general.

Según Fernández, Martín y Domínguez (2003), existen varios factores de riesgo que afectan al desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria, habitualmente se dividen en tres grandes bloques en función de sus componentes. Destacándose, los factores de riesgo inherente, los tradicionales y los emocionales. Del primer grupo hacen parte las condiciones genéticas o

físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida y, por lo tanto, no son susceptibles de prevención ni de tratamiento, entre estos se destacan la edad y el sexo.

El grupo de factores tradicionales comprende aquellos que tienen un mayor componente físico/biológico, aunque también emocional, tales como el colesterol, los triglicéridos y la hipertensión arterial, y otros factores con mayor componente comportamental que biológico, pero que están ya establecidos como factores de riesgo tradicionales, tales como el consumo de tabaco.

Finalmente, en esta clasificación, se encuentran los factores de riesgo emocionales, dentro de los cuales se encuentran el patrón de conducta Tipo A, las emociones de ira y hostilidad, la reactividad cardiovascular, la depresión, la ansiedad y la falta de apoyo social. Es importante aclarar que los factores emocionales de riesgo no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente, no pudiéndose delimitar finamente dónde comienza uno y dónde lo hace otro, y a su vez interactúan con los factores de riesgo tradicional

El reconocimiento de los factores de riesgo asociados a la cardiopatía en general es importante, en la medida que aporta una base significativa para entender las distinciones que se hacen específicamente en el caso de la HTA. Conociéndose el sustrato de donde provienen los factores de riesgo implicados en la enfermedad que aborda el presente trabajo, se podrá dar una mirada adecuada en términos de agentes relacionados con la enfermedad, así como de los programas de intervención que se proponen a nivel psicológico para las personas diagnosticadas con dicha patología, apartado que se abordará dentro de la presente investigación

En términos generales, en cuanto a la HTA, la bibliografía reconoce la existencia de grupos de factores de riesgo asociados directamente con ésta. El primer grupo, del que hacen mención Moleiro, Arce, Otero y Nieves (2004) está conformado por los factores de carácter genético, donde se agrupan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de la enfermedad. Corroborando lo mencionado anteriormente, en el 2001 el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial hace referencia a unos factores denominados no modificables los cuales por su naturaleza no pueden ser tratados, como por ejemplo la historia familiar de hipertensión, la raza, la cual aparece con una frecuencia de HTA severa en la raza negra, la edad, donde en el hombre el riesgo de desarrollar hipertensión aumenta significativamente después de los 45 años y en las mujeres después de los 55 años, y finalmente el género, donde los hombres representan el mayor riesgo de sufrir HTA, mientras que en la mujer el riesgo se iguala después de la menopausia (Figuroa y Ramos, 2006).

El segundo grupo de factores de riesgo asociados a la HTA reconocidos en la bibliografía hace referencia los factores psicosociales, donde se destacan aquellos comportamientos que hacen las personas más vulnerables a padecer el trastorno, entre los que se encuentran los hábitos inadecuados de alimentación, el tabaquismo, el alcoholismo y el estrés (Moleiro, Arce, Otero y Nieves, 2004).

El cuanto a la distinción de los factores de riesgo implicados en la aparición de la HTA, y soportando el segundo grupo mencionado anteriormente, Holguín et al. (2006) hacen referencia a unos factores que son conocidos, prevenibles y modificables, que requieren de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y, la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su estilo de vida saludable. Esta distinción, hace hincapié en la

importancia que tiene el término adherencia al tratamiento dentro del abordaje de la HTA, término que será fundamental durante el desarrollo de este trabajo.

En consonancia con lo mencionado anteriormente, Figueroa y Ramos (2006) dentro de su distinción de factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, hacen referencia a un grupo denominado por ellos como factores modificables los cuales están asociados al estilo de vida y estos pueden ser modificados y controlados mediante comportamientos saludables. Dentro de ellos se destacan la obesidad y el sobrepeso, sedentarismo e inactividad física, el tabaquismo, dado que fumar aumenta el trabajo del corazón, disminuye el flujo sanguíneo e incrementa la presión arterial, el alcoholismo, ya que cada onza de alcohol eleva la presión arterial, el estrés, donde diversos factores o estresores ambientales y una exposición crónica a estos, juegan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión.

Adicionalmente, se encuentra en el medio social un factor mixto que puede ser tanto protector como de riesgo y que en muchas ocasiones no se observa con facilidad, este factor es la pareja o acompañante de la persona con HTA (Allen, Blascovich y Mendes, 2002). En incontables casos, lo último que se piensa es que las emociones pueden afectar de manera contundente el proceso y evolución de la enfermedad. Un fuerte cuerpo de investigación encontró que las relaciones interpersonales intervienen tanto en nuestra salud física como mental y emocional (Gil-Rosales, 2004). Es así como un compañero/a sentimental influencia el comportamiento más que cualquier otro tipo de relación (Webber, 2008), así mismo en algunas ocasiones se evidencia como ella o el, influyen de manera directa en nuestra salud.

Cuando dos personas inician una relación tienden a emparejar los gustos, las prácticas sociales y de consumo, esto acarreará consecuencias que se evidenciarán en un futuro, es por esta

razón, que algunas parejas desarrollan aflicciones similares, y si una de las partes presenta una enfermedad particular la contraparte incrementa el riesgo de sufrir del mismo desorden, esto se convierte en realidad para la HTA cuando el riesgo de padecer esta enfermedad aumenta al doble de la probabilidad si uno de los conyugues es diagnosticado con la misma (Webber, 2008).

Es importante mencionar que así como las parejas adquieren hábitos similares, también aumentan la posibilidad de renunciar a estos hábitos poco saludables si una de las partes decide dejar de lado alguna de estas prácticas poco sanas, en relación a esto, Jody Sindelar profesora de salud pública de la Universidad de Yale, co-autora de un estudio realizado a 6012 personas durante un curso de 4 años, encontró que “en cada simple comportamiento que observamos hay una gran influencia del esposo/a”. Si por ejemplo, alguno de los conyugues renuncia al cigarrillo su contraparte tendrá entre seis y ocho veces mayor probabilidad de dejar de fumar, o si alguna de las partes dejara de lado el alcohol, su compañero/a tendrá cinco veces mayor probabilidad de dejar de ingerir alcohol (Allen et al., 2002).

Es por esto que este factor psicosocial interviene de manera directa en una posible evolución negativa y/o positiva de la enfermedad central (Wang, Bohn, Knight, Glynn, Mogun y Avorn, 2002), pues se logran asociar diversos factores que intervienen en los procesos afectivos y emocionales de las personas con HTA para mejorar sus hábitos y estilos de vida por medio de su núcleo familiar primario y generar una mejor adherencia al tratamiento (Marín y Rodríguez, 2001).

Habiendo hecho la revisión bibliográfica de los factores de riesgo asociados a la HTA, esta parte del artículo estará dirigida a determinar una forma de evaluación que permita identificar los estilos de vida de los pacientes diagnosticados con HTA, teniendo en cuenta que

uno de los aspectos que más resalta en la revisión bibliográfica, hace referencia a la implementación de hábitos de vida saludables que influyen directamente en la evolución de la enfermedad y así mismo son indicadores favorables de la adherencia al tratamiento, como se abordara en el desarrollo del tercer objetivo del presente artículo.

Según Calvo, Fernández, Guerrero, González, Ruibal y Hernández (2004), se entiende por estilos de vida “el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo pone en situación de riesgo para la enfermedad”.

En este sentido, estos autores agregan que el estilo de vida está determinado, no por comportamientos aislados, sino por el conjunto de pautas y hábitos comportamentales que se asume cotidianamente, y la interacción entre ellos es lo que hace que los estilos puedan ser definidos como saludables o no. Complementando la definición expuesta anteriormente, Ramírez (2002) denomina los estilos de vida según la forma en la que se vive de manera cotidiana en diversas esferas del campo vital, es una forma de diferenciación social y se entiende como saludable una serie de conductas que no influyen negativamente en la salud.

En cuanto a la hipertensión arterial específicamente, los cambios en el estilo de vida, adoptando hábitos saludables, deben ser instaurados como complemento de los tratamientos farmacológicos para la enfermedad, dentro de los cambios esperados se encuentran: reducción del peso, restricción del consumo de sal, limitación del consumo de alcohol, aumento de la actividad física, aumento del consumo de frutas y verduras, reducción del consumo de grasa total y grasa saturada y el abandono del tabaco (Guía Española de Hipertensión Arterial, 2005).

Para llevar un estilo de vida acorde con la modernidad y que permitan a la persona vivir con calidad, la gente debe integrar en su vida unos hábitos saludables que le permitan facilitar la pérdida de peso, disminuir la presión arterial y reducir el riesgo cardiovascular. El acondicionamiento físico o actividad física regular es un componente importante de los estilos de vida. Las personas que son activas físicamente tienden a desarrollar y mantener los niveles de capacidad o condición física. Este es denominado como un factor protector para las enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial. Es un hecho que la actividad física constituye uno de los principales pilares del tratamiento no farmacológico en la hipertensión, puesto que su práctica regular, disminuye la presión sanguínea, por la reducción significativa de los valores de presión arterial sistólica y diastólica (Centelles, Lancés, Roldan, 2005).

Diversos estudios han demostrado que el aumento de la actividad física esta asociado con la disminución en el riesgo de mortalidad. Pero para asegurarse que esta relación sea existente, Ramírez (2002) cita la Carta de Ottawa producida por la OPS “Salud para todos en al año 2000”, según la cual, hay unas recomendaciones con respecto a la actividad física, entre ellas esta el aumento de las practicas del ejercicio por lo menos en 30% de la población, con una intensidad de leve a moderada, un mínimo de 30 minutos por sesión y que sea una actividad preferiblemente diaria. Según esto, la actividad física se debe manejar en las personas como parte de sus hábitos saludables, teniéndose en cuenta que debe ser una practica “formulada”, es decir, valorando las características de cada persona para poder hacer una definición adecuada de intensidad, el tipo de ejercicio, el tiempo de práctica y la frecuencia (semanal o diaria); todo esto, de manera que se cumplan los requisitos necesarios para producir los efectos benéficos para la salud (Ramírez, 2002).

Por otro lado, si hablamos en términos de la calidad de vida del hipertenso como expresión de un completo bienestar, relacionado con diferentes aspectos que acompañan la vida, ésta se eleva cuando combate la obesidad y el sedentarismo con un aumento de la actividad física (Centelles et al., 2005).

En cuanto a la dieta, se sabe que ésta por si sola es capaz de reducir de modo sustancial las cifras de hipertensión tanto en pacientes hipertensos como en personas no hipertensas, una dieta rica en verduras, frutas, lácteos aligerados y pobre en grasa total y saturada dan muestra de ello. En España, un estudio llamado PREDIMED (prevención con dieta mediterránea) en el cual participaron pacientes de alto riesgo cardiovascular, demostró que tras la asignación de una dieta enriquecida con aceite de oliva, frutos secos (avellanas, nueces, almendras) pobre en grasa y baja en sal, dio como resultado, no solo el descenso de los niveles de presión arterial, sino que además la adherencia a la dieta fue correcta (Serrano-Martínez, 2008)

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, para evaluar los estilos de vida que favorecen la adherencia al tratamiento, se propone la utilización del Cuestionario del perfil del estilo de vida PEPS-I expuesto por Hernández (2006). Este cuestionario consta de 48 reactivos que evalúan seis subescalas relacionadas con los estilos de vida, entre éstos, nutrición (reactivos 1,5,14,19,26,35), ejercicio (reactivos 4,13,22,30,38), Responsabilidad en salud (reactivos 2,7,15,20,28,32,33,42,43,46), manejo del estrés (reactivos 6,11,27,36,40,41,45), Soporte interpersonal (reactivos 10,18,24,25,31,39,47) y autoactualización (reactivos 3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48) .

El cuestionario propuesto a continuación, no tiene una puntuación estándar como tal, es muy difícil determinar con exactitud un puntaje que refleje una adecuada adherencia al

tratamiento. En términos generales, el cuestionario permite hacer una aproximación a la forma en la que las personas viven en relación a sus hábitos actuales, solicitando que contesten lo más sinceramente posible a las afirmaciones que se plantean sin dejar ningún espacio en blanco. En este sentido, es fundamental que el profesional de la psicología que esté encargado de este proceso de evaluación, conozca a profundidad la enfermedad, las consecuencias que pueden tener ciertas conductas en el curso de ésta y poner en juego todas sus habilidades de evaluación, para así poder tener un diagnóstico apropiado sobre las conductas favorecen la adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con HTA (Hernández, 2006).

Tabla 1. Cuestionario del perfil del estilo de vida PEPS-I

1= Nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Rutinariamente

1	Tomas algún medicamento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
3	Te quieres a ti mismo(a)	1	2	3	4
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	1	2	3	4
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (Sustancias que eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para relajarte	1	2	3	4

7	Conoces el nivel de colesterol de tu sangre	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento (a)	1	2	3	4
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos 3 veces a la semana	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus habilidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4

24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4
25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentaria alimentos que contienen fibra	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en actividades de relajación o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Revisas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4
31	Compartes tiempo con tus amigos cercanos	1	2	3	4
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en el que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día	1	2	3	4
36	Relajas tus músculos conscientemente antes de dormir	1	2	3	4
37	Encuentras agradable y satisfactorio el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, ir al gimnasio, etc.	1	2	3	4
39	Expresas fácilmente, interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar tu salud	1	2	3	4

42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4
43	Observas cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar tus nervios	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas abrazos y caricias por personas que te importan	1	2	3	4
48	Creer que tu vida tiene un propósito.	1	2	3	4

Según Martín y Grau (2004), la adherencia al tratamiento está determinada por el cumplimiento de los requerimientos médicos, tales como la alimentación, hábitos saludables, actividad física, entre otros. En relación a esto, las respuestas dadas en el cuestionario por cada uno de los pacientes son determinantes de que tanta adherencia se tiene en el tratamiento, siendo una forma menos compleja de evaluación ya que otras propuestas como el autoinforme, muchas veces considerado el más apropiado, tiene limitaciones como los problemas de memoria del paciente y la sobreestimación del cumplimiento del tratamiento, es decir tiende a reportar un cumplimiento mejor al real debido a la presión social (Martín, Riquelme, Lechuga, 2007).

En este sentido y teniendo en cuenta la herramienta de evaluación propuesta anteriormente, es importante hacer un abordaje más amplio del término adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta que ésta ha sido objeto de varias investigaciones dado el reciente interés por este tema.

La adherencia al tratamiento se entiende como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente frente a determinado tratamiento, buscando obtener una mejor condición del salud y de vida, las cuales van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud. (Holguín et al., 2006). En términos más específicos, la adherencia al tratamiento es definida por la Organización Mundial de la Salud (2004) como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”

La adherencia a los tratamientos y la prevención de la aparición y progresión de los factores de riesgo, son objetivos que requieren de un cambio sostenido en las conductas de las personas frente al cuidado de su salud (Téllez, 2004). Mientras que la falta de adherencia terapéutica puede generar pérdidas en lo personal, dado que el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que le traen sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas, así como también genera pérdidas en lo social dado que significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que no utilizados adecuadamente, además que se prolongan innecesariamente los tratamientos, y la ocurrencia de recaídas que podrían evitarse (Martín et al., 2007)

Según Meichenbaum y Turk citados por Vinaccia et al. (2006), los estudios acerca de la adherencia al tratamiento se ha dirigido a explorar cinco factores que influyen en esta, en primer lugar están los factores relacionados con los pacientes, dentro de los cuales están las características de personalidad de los individuos, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas frente a la enfermedad y su tratamiento, las creencias socioculturales, la relación con el personal de salud, el apoyo familiar y social. En segundo lugar se encuentran los factores relacionados con la enfermedad, si se trata de una enfermedad crónica con ausencia de síntomas o por si el contrario se trata de una enfermedad aguda con sintomatología presente. En tercer

lugar se encuentran los factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad, por ejemplo, el régimen del tratamiento, la cantidad de medicaciones, los horarios de administración de estos, los efectos secundarios, así como la duración del mismo, en cuarto lugar están los factores relacionados con la institución prestadora del servicio de salud donde se encuentran la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el intervalo de consultas, el trato del personal de salud, etc., y por último se encuentran los factores relacionados con la interacción con el personal de salud, donde influyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales, la insatisfacción del paciente frente al personal de salud (Vinaccia et al. 2006).

Sustentando lo expuesto previamente, Martín et al. (2007), plantean la existencia de un amplio grupo de factores influyentes en la conducta de cumplimiento o incumplimiento al tratamiento médico, involucrando componentes de naturaleza psicosocial, médica y de la relación médico-paciente.

En lo que concierne al primer factor relacionado con la adherencia al tratamiento mencionado anteriormente, un estudio realizado a 163 pacientes cuyo objetivo fue analizar la relación entre la presencia o ausencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial y la adherencia al tratamiento, demostró que el 79 % (128) del total de pacientes mantiene creencias acerca de síntomas asociados a la HTA, de ese porcentaje el 55% muestra fallos en la adherencia al tratamiento, lo que ratifica la influencia de las creencias en síntomas sobre la ruptura de la adherencia (Granados, Roales-Nieto, Moreno, e Ybarra, 2007).

Conviniendo con lo mencionado anteriormente, un grupo de investigadores decidió hacer un acercamiento a los factores asociados a la adherencia al tratamiento de la HTA, teniendo en cuenta las creencias que tenían los pacientes para adherirse o no a éste, encontrando que los

pacientes justifican su dificultad para seguir las prescripciones médicas por falta de voluntad la falta de tiempo, los viajes, la incongruencias entre la prescripción y sus creencias (por ejemplo, sobre los efectos secundarios de la medicación), lo cual podrían estar relacionadas con la falta de información sobre la enfermedad o conductas de evitación relacionadas con la enfermedad (Granados, y Roales-Nieto, 2007).

En este punto retoma importancia el análisis de los factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento hipertensivo así como lo mencionan Acosta, Bayarre, La Rosa, Orbay, Rodríguez y Vento (2007) afirmando que, dentro de este importante grupo de factores sobresalen las creencias que tienen los pacientes sobre la severidad de la enfermedad, la vulnerabilidad percibida, así como las creencias relacionadas a la capacidad de responder adecuadamente a las demandas de la enfermedad.

Conociendo que los tratamientos farmacológicos antihipertensivos son a término indefinido, algunos pacientes buscan otro tipo de alternativas para el control de su enfermedad, para Abellan (2003) algunas de las creencias mas comunes encontradas en pacientes con HTA son las dietas con alto contenido de ajo por sus propiedades antioxidantes y vasodilatadoras, pero en estudios controlados no ha demostrado reducir la tensión arterial. Así mismo, este autor manifiesta la creencia de algunos pacientes quienes manifiestan la suspensión del tratamiento antihipertensivo ya que presentan tensiones arteriales dentro del rango de la normalidad, sin embargo, es necesario hacerles saber que la tensión arterial se encuentra controlada porque se sigue el tratamiento, mas en el momento de abandonar el mismo se descontrolara nuevamente, además existen algunos fármacos como los betabloqueadores en los que tras dejar de tomarlos el aumento de las cifras tensiionales se produce al cabo de varios días.

En cuanto a estos tratamientos farmacológicos para el manejo de la HTA, Fernández, López, Comas, García y Cueto. (2003), mencionan la eficacia de la utilización del modelo A.S.E (Actitud, influencia social y autoeficacia) según el cual, un paciente adherente debería tener: a) una actitud positiva frente al cumplimiento del tratamiento farmacológico propuesto, b) Un contexto social que incite a la adherencia, y c) tener una percepción de eficacia que le permita reconocerse capaz de seguir las prescripciones médicas autónomamente.

Es indispensable reconocer que la hipertensión arterial, como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática, la cual implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. Como se mencionó anteriormente, la percepción de los síntomas es uno de los predictores del seguimiento del tratamiento y esto se hace especial en el caso de la hipertensión, ya que la información clínica disponible señala que es una enfermedad que no presenta síntomas consistentes o fácilmente reconocibles, pero numerosos estudios han demostrado de la mayoría de los pacientes hipertensos, a pesar de tener conocimiento acerca de la naturaleza asintomática de la enfermedad, manifiestan percibir síntomas que señalan su nivel de tensión arterial y que lo convierten en guía para la toma de medicación y cumplimiento del tratamiento (Granados et al., 2007).

Otro de los factores ya mencionados y de gran influencia en la adherencia al tratamiento es el apoyo social, ya que éste tiene un efecto protector o benefactor sobre la salud. Un estudio realizado en España a 236 pacientes diagnosticados con HTA, demostró que los pacientes con redes sociales escasas o nulas presentan un incremento de la presión arterial y fallos en el tratamiento, mientras que los individuos con redes sociales mas elevadas tienen un mejor control

de la hipertensión y por lo tanto una mejor adherencia al tratamiento (Menéndez, Montes, Gamarra, Núñez, Alonso y Bujan, 2004).

En consecuencia con la variedad de factores involucrados, se han probado variadas intervenciones con el objetivo de mejorar la adherencia a los tratamientos crónicos. Según Téllez (2004), existe evidencia de que la disminución de las dosis diarias de los medicamentos, contribuye a lograr una mejor adherencia a los tratamientos; en este sentido la Organización mundial de la Salud (2004) plantea que la complejidad de los regímenes de fármacos está asociada directamente con una deficiente adherencia al tratamiento, resaltando que la frecuencia de dosificación, el número de fármacos concurrentes y los cambios en los medicamentos antihipertensores son algunos de los factores que contribuyen a la complejidad de un régimen, y en este sentido, plantean que una posible opción que favorezca la adherencia a los fármacos antihipertensivos, podría radicar en prescribir menos dosis diarias de los antihipertensores, implementación de monoterapias y menos cambios en los medicamentos antihipertensores.

Adicionalmente, Fernández, et al. (2003) afirman que es importante tener en cuenta cuando se hace la prescripción de los medicamentos, que se consideren tanto los efectos secundarios de éstos como la tolerancia individual que tiene cada paciente, dado que se ha encontrado una correlación entre estos factores y la posibilidad de abandono del tratamiento.

Otras intervenciones destinadas a modificar las conductas también son exitosas, aún mas, cuando han combinado diferentes estrategias, por ejemplo la relación costo-beneficio con el trabajo de consejería sobre la importancia de la adherencia, la organización de la toma de medicamentos, recordatorios sobre controles, el reconocimiento de los esfuerzos del paciente en

seguir indicaciones y el compromiso de una red social estable para el cumplimiento del tratamiento (Tellez, 2004).

La intervención psicológica ha ido extendiéndose después de su tímido comienzo en el campo de la prevención primaria y secundaria, en los inicios de intervención en el área preventiva, los psicólogos se desempeñaron en labores y programas sociales que lograran evitar y modificar los factores de riesgo para reemplazarlos por estilos de vida que permitieran al paciente adquirir hábitos saludables dejando de lado los perjudiciales, tales como tabaquismo, el ejercicio físico, dieta, el afrontamiento de los problemas, etc. (De Velasco y Maureira, 1993). Además se ha hecho énfasis en el apoyo al paciente para hacer frente a la enfermedad, cumplir las prescripciones médicas y proyectar su vida teniendo en cuenta las nuevas circunstancias. Por otro lado, es importante tener como meta la inserción en la vida laboral y social con rendimiento y satisfacción (Del Barrio, 1988).

Las intervenciones psicológicas son diferentes de acuerdo con los métodos y técnicas que el terapeuta estime convenientes en cada caso, sin embargo las técnicas terapéuticas más usadas son: relajación, desensibilización, ejemplificación, sugestión, incremento y/o entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, retroalimentación y la psicoeducación acerca de la propia enfermedad y todas aquellas técnicas que puedan ayudar al control de la emoción y a la adquisición de hábitos saludables (Del Barrio y Mestre, 1988).

En este punto del texto, es importante agregar que los programas de psicoeducación deben estar encaminados a resaltar las ventajas del tratamiento, enseñar las habilidades que mejoran la adherencia, prever las dificultades y efectos secundarios, y enseñar a manejarlos, como lo confirman los investigadores que llevaron a cabo un estudio cualitativo, realizado

mediante entrevista semiestructurada y grabada, con 44 pacientes con HTA y con tratamiento farmacológico (Fernández, et al., 2003)

El trabajo del personal de salud sigue siendo prioritario en el manejo de la HTA, un estudio realizado en España a 482 personas hipertensas, quiso evaluar el efecto de una intervención en la mejora de la calidad de la atención de los factores de riesgo cardiovascular en personas con hipertensión. La metodología de mejora de calidad consistió en la auditoria de historias clínicas y feed-back lo cual arrojó como resultados una mejoría en la práctica clínica de los profesionales de la salud, especialmente en lo relacionado a la prescripción, la calidad de la atención al paciente hipertenso, el control de los factores de riesgo cardiovascular, consejo sobre hábitos, y en control de la tensión arterial (García, Santos, Gómez, Sánchez, Rodríguez, 2008).

En consonancia con lo anterior, el equipo médico y de salud, debe estar conformado por personal que transfiera confianza, información, autonomía y dominio sobre el mejor cuidado de la salud, permitiendo que los pacientes asuman un mayor grado de responsabilidad en el tratamiento y en este sentido, el diseño de un modelo de atención debe estar direccionado a estimular al paciente a ser protagonista de su cuidado, teniendo mayores probabilidades de lograr un mejor resultado (Téllez, 2004).

Lo aportado por Téllez anteriormente, abre un espacio fundamental en el análisis de los factores asociados a la adherencia al tratamiento hipertensivo y es, lo relacionado con la importancia de la comunicación efectiva entre el médico y el paciente para lograr mejores resultados en los objetivos de tratamiento que se proponen. En este sentido Martín, et al., (2007), plantean que, en la relación médico-paciente, se encuentra determinada la satisfacción que tiene el paciente en cuanto a la interacción con los profesionales de la salud, así como la percepción de

una adecuada comunicación por parte de éstos; permitiéndole al paciente comprender la información que se le da en cuanto a la prescripción de sus medicamentos y las recomendaciones adicionales brindadas por el personal de salud, lo cual de base implica, el primer paso para que el paciente acepte el tratamiento y lo recuerde.

En este sentido, la responsabilidad de la adherencia al tratamiento hipertensivo debe estar analizada en términos de la labor que desempeñan el paciente, equipo médico y entidad prestadora del servicio de salud así como lo explica la Organización Mundial de la Salud (2004) cuando plantea que “las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son por ende imperativas para la buena adherencia, así como, la actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria que se ha demostrado son determinantes de la adherencia de los pacientes”

Complementando lo dicho anteriormente, Fernández, et al. (2003) mencionan un aspecto que sin lugar a duda relata la importancia de una adecuada interacción entre el médico y el paciente, el cual se refiere a que en la medida en que el médico comparta la información con pacientes informados y entrenados en el manejo y administración de los fármacos, permitiéndoles controlar su tensión arterial y la adherencia al tratamiento, se podrá influir favorablemente en la percepción de dependencia que tiene el paciente frente a su médico, dotándolo tanto de autoeficacia así como, empoderándolo con su tratamiento.

CONCLUSIONES

Realizada la revisión teórica del los factores de riesgo asociados a la HTA, así como los estilos de vida que dan cuenta de la adherencia o no a los tratamientos antihipertensivos y las

técnicas que reporta la bibliografía como eficaces para el favorecimiento de la adherencia al tratamiento, es posible determinar que, para favorecer una adecuada adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, es importante que el profesional de la psicología diseñe un plan individualizado según las características del paciente, donde se evalúe el estilo de vida y los factores que riesgo que impiden la adecuada adherencia y trabaje con las técnicas psicológicas adecuadas con el objetivo de reducir los niveles de hipertensión.

Como se vio anteriormente, el cambio en los estilos de vida mediante la implementación de hábitos de vida saludables, donde se incluya la alimentación, el ejercicio, espacios de relajación, entre otros aspectos, es fundamental para prevenir complicaciones debidas al incremento de la presión arterial en la sangre y son indicadores favorables de la adherencia al tratamiento.

En este sentido, si como profesionales de la salud, el psicólogo se encarga de realizar una adecuada evaluación de los estilos de vida de pacientes diagnosticados con HTA, e identifica aquellas áreas en las cuales el paciente no está implementando modificaciones en sus hábitos, podrá plantear programas de intervención adecuados que favorezcan la adherencia al tratamiento de este tipo de pacientes.

Adicionalmente, durante el desarrollo del artículo, la revisión teórica muestra una clara evidencia de la importancia que tienen los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento de la HTA, además su efectividad al momento de generar hábitos y conductas sanas que permitan un mejor pronóstico del paciente y una mejor adherencia al tratamiento, es así, como diversas técnicas entre estas la psicoeducación de los paciente juega un rol determinante cuando se intenta transmitir la información a las personas que padecen de esta enfermedad que en la

mayoría de los casos no comprenden la magnitud y la gravedad de esta patología abriendo paso a complicaciones y riesgos innecesarios, de esta forma las diversas técnicas otorgan herramientas que permiten la adquisición de nuevos hábitos promoviendo en el paciente una vida más saludable y de mayor calidad, dejando de lado los hábitos o factores de riesgo que iniciaron con el problema o agravaron la situación.

Finalmente, la revisión del arte permitió dar cuenta de la relevancia que tienen las redes de apoyo como la pareja y la familia quienes son un factor protector primordial en lo que a adherencia al tratamiento y cambio de hábitos y estilos de vida se refiere, ya que estas redes de apoyo propician en el paciente cambios conductuales relevantes en las actividades habituales y rutinas diarias, en este orden de ideas, el tener pareja podría representar un factor protector pues, aunque en muchas ocasiones las parejas comparten hábitos contraproducentes frente al tratamiento como: fumar, o algunos hábitos alimenticios perjudiciales, la bibliografía refiere que las personas pueden a su vez cambiar estos hábitos poco saludables, de esta manera la influencia que ejercen es positiva abriendo la posibilidad de cambios conductuales y de estilos de vida y generando en el paciente una mayor probabilidad de abandonar los hábitos insanos si su pareja deja de lado los mismos, brindándose soporte y apoyo mutuo.

Referencias

- Acosta, M., Bayarre, H., La Rosa, Y., Orbay, M., Rodríguez, J., Vento, F. (2007). Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 33, 3. Recuperado el 10 de Abril de 2009 de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm
- Abellan, J. (2003). *Dicen que soy hipertenso... pero me encuentro muy bien*. Madrid: Ediciones ARAN
- Allen, K., Blascovich, J., Mendes, W (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64, 727-39. Recuperado el 1 de abril de 2009 de <http://pepsic.bvs-psi.org.br>
- Arrivillaga, M., Varela, M., Cáceres, D., Correa, D., Holguín, L. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 9, 33-49. Recuperado el 11 de marzo de 2009 de http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/R9_Pag_33-49.pdf
- Calvo, A., Fernández, L., Guerrero, L., González, V., Ruibal, A., Hernández, M. (2004). Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 20,3. Recuperado el 15 de Mayo de 2009 de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi04304.htm
- Centelles, L., Lancés, L., Roldan, J. (2005). La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso. Propuesta de un sistema de ejercicios. *Lecturas EF y Deportes Revista*

Digital. 10. 84. Recuperado el 19 de mayo de 2009 de <http://www.efdeportes.com/efd84/hiperten.htm>

Del Barrio, V. (1988) Aspectos psicológicos su evaluación y tratamiento en enfermos cardiovasculares. *Revista latinoamericana de Cardiología*, 9, 310 – 323

Del Barrio, V. y Mestre. (1988) *Patrón de conducta tipo A en sujetos con infarto de miocardio, modificación de conducta, y psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.

De Velasco, J., Maureira, J. (1993). *Rehabilitación del paciente cardiaco*. Barcelona: Ediciones Doyma.

Fernández S, López, M., Comas, A., García, E., Cueto, A. (2003) Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*. 15, 1, 82-87. Recuperado el 22 de Abril de 2009 de <http://www.psicothema.com/pdf/1027.pdf>

Fernández, E., Martín, M., Domínguez, F (2003) Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 15, 4, 615-630. Recuperado el 9 de Marzo de 2009 de <http://www.psicothema.com/pdf/1115.pdf>

Figueroa, C., Ramos, B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 22, 169-174. Recuperado el 11 de marzo de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve>

García, L., Santos, I., Gómez, M., Sánchez, P., Rodríguez, E (2008). Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso (Ciclo-Risk Study). *Revista Española de*

- Salud Publica*, 82, 57-68. Recuperado el 12 de marzo de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve>
- Gil-Rosales, J. (2004). Apoyo Social y Salud. Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones. *Pirámide*. Recuperado el 1 de abril de 2009 de <http://www.index-f.com>
- Granados, G., 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, 3, 393-403. Recuperado el 12 de Mayo de 2009 de http://www.ijpsy.com/ver_archivo.php?volumen=7&numero=3&articulo=177&lang=ES
- Granados, G., Roales-Nieto, J., Moreno, E., Ybarra, J. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and health Psychology*, 7, 697-707. Recuperado el 11 de marzo de 2009 de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-246.pdf
- Guía Española de Hipertensión Arterial, (2005). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Hipertensión*.22 Supl 2:44-6. Recuperado el 10 de Mayo de 2009 de http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_7.pdf
- Hernández, M. (2006) Estilo de Vida y Estrés en Estudiantes Universitarios de la UDLA-P. Tesis Profesional Publicada, Departamento de Psicología, Universidad de las Américas Puebla, México, Recuperada el 11 de Mayo de 2009 de http://caterina.udlap.mx/udla/tales/documentos/lps/hernandez_d_md/portada.html

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, Cáceres, D., Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychology*, 5, 535-547. Recuperado el 12 de marzo de 2009 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2191289&orden=97604&info=link>

Martín, L., Grau, J. (2004). La Investigación de la Adherencia Terapéutica como un Problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y salud*. 14, 001, 89-99. Recuperado el 10 de Mayo de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29114110>

Martín, M., Riquelme, A., Lechuga, M. (2007) Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y salud*. 17, 63-68. Recuperado el 12 de mayo de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29117107.pdf>

Marín, F., Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública México*, 43, 336-9. Recuperado el 1 de abril de 2009 de <http://www.scielosp.org>

Menéndez, C., Montes, A., Gamarra, T., Núñez, C., Alonso, A., Bujan, S. (2004). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*, 31, 506- 513. Recuperado el 13 de marzo de 2009 de <http://external.doyma.es/pdf/27/27v31n08a13047733pdf001.pdf>

Moleiro, O., Arce, M., Otero, I., Nieves., Z (2004) El estrés como factor de riesgo en la hipertensión esencial. Universidad central de Villa Clara. *Revista Cubana de Higiene y*

- Epidemiología*. 43,1. Revisión bibliográfica recuperada el 20 de Marzo de 2009 de, http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hig07105.pdf
- Molerio, O., García, G (2004). Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología*. 13, 2. 101-109 Recuperado el 15 de Marzo de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26413208>
- Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. *Pruebas para la acción*. Recuperado el 14 de abril de 2009 de www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm
- Ramírez, M (2002). Acondicionamiento físico y estilos saludables. *Colombia Médica*. 33, 3-5. Recuperado el 19 de mayo de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28333101>
- Santín, J. (1999). Hipertensión Arterial: Factores de Riesgo (Síndrome Plurimetabólico, tabaco, alcohol y menopausia) Tesis Doctoral publicada. Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado el 13 de marzo de 2009 <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>
- Serrano-Martínez, M. (2008) Hipertensión Arterial. La perspectiva del medico de familia. *Sistema Sanitario de Navarra*. 31, 2. Recuperado el 19 de mayo de 2009 de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v31n2/editorial.pdf>

- Téllez, A. (2004). Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Revista Médica de Chile*, 132, 1453-1455. Recuperado el 13 de marzo de 2009 de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n12/art01.pdf>
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernandez, H., Gaviria, A., Chavarria, F., Orozco., O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnostico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, 8, 89-106. Recuperado el 13 de marzo de 2009 de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ipsi/n8/n8a07.pdf>
- Vives, A (2007) Estilos de vida saludables: Puntos de vista para una opción actual y necesaria. Documento electrónico recuperado el 12 de Marzo de 2009 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-307-1-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-act.html>
- Wang, P.S., Bohn, R.L., Knight, E., Glynn, R.J., Mogun, H., Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal Genetic Internal Medicine*, 17, 504-11. Recuperado el 1 de abril de 2009 de <http://www.index-f.com>
- Webber, R. (2008). In Sickness and In Health. *Psychology Today*, 41(6), 88-94. Recuperado el 1 de abril de 2009 de <http://www.scielosp.org/scielo.php>.