

APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

STEFANO VINACCIA* JAPCY MARGARITA QUICENO**, HAMILTON FERNÁNDEZ**,
ANA MILENA GAVIRIA**, FRANSENITH CHAVARRÍA**,
OSCAR OROZCO**

Abstract

The aim of this investigation was to analyze the social support and the adhesion to the antihypertensive treatment in 152 patients with diagnosis of arterial hypertension from E.S.E. Hospital Saint Juan of God of the town the Carmen de Viboral located in the district of Antioquia, Colombia. The questionnaire MOS that measure social support and one Semistructured Survey that measure adhesion to the antihypertensive treatment were used. The results demonstrated that the impact of the emotional support was most representative of all psycho-social extent of the MOS and that more than half of the sample had a good adhesion to the antihypertensive treatment at pharmacological level. In conclusion, it could say that different psycho-social factors can have a significant degree of influence in the adhesion to the antihypertensive treatment in the patients with arterial hypertension.

Key words: Social Support, Adhesion, Antihypertensive Treatment. Arterial Hypertension.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en 152 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio del Carmen de Viboral situado en

* Especialista en Medicina Psicosomática. Director del Grupo Salud Comportamental (Categoría B – Colciencias) de la Universidad de San Buenaventura, Medellín. **Dirección del autor:** Carrera 56C No. 51 – 90, Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com

** Psicólogo Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

el departamento de Antioquia, Colombia. Se aplicó el cuestionario MOS que mide apoyo social y una encuesta semiestructurada que mide adherencia al tratamiento antihipertensivo. Los resultados evidenciaron que el impacto del apoyo emocional fue el más representativo de todas las dimensiones psicosociales del MOS y que más de la mitad de la muestra tuvo una buena adherencia al tratamiento antihipertensivo a nivel farmacológico. En conclusión, podría decirse que distintos factores psicosociales pueden tener un grado significativo de influencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes con hipertensión arterial.

Palabras clave: Apoyo Social, Adherencia, Tratamiento Antihipertensivo, Hipertensión Arterial.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Europea de Hipertensión (2003) define la Hipertensión Arterial Esencial (HTAE) como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es decir, la HTAE es 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.

La aparición de la hipertensión depende de la interacción entre la predisposición genética y factores ambientales. Se sabe, sin embargo, que la hipertensión va acompañada de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático (Adrenérgico), del riñón y del sistema renina-angiotensina y de otros mecanismos humorales. La hipertensión conlleva, por tanto, diferentes cambios estructurales del sistema cardiovascular que amplifican los estímulos hipertensivos e inician las lesiones cardiovasculares. Produce lento y progresivo deterioro si no viene controlada, es indolora y silenciosa (González-Juanatey, Mazón, Soria, Barrios, Rodríguez y Bertomeu, 2003).

La enfermedad cardiaca hipertensiva se clasifica en **estado leve**, que se refiere al estado temprano de la enfermedad cardiaca hipertensiva, en la cual hay presión arterial reproducible de al menos 140 mmHg, sistólica y 90 mmHg, diastólica, o cifras mayores sin mostrar todavía evidencia de hipertrofia ventricular izquierda compensadora (ECO o ECG). El **estado moderado** se caracteriza por hipertrofia ventricular concéntrica, sin dilatación de las cavidades, lo cual refleja mecanismo adaptativo para reducir el estrés de la pared ventricular. A nivel celular hay aumento del número de sarcómeras que permite mantener el aumento del trabajo cardiaco; la disfunción diastólica es más notoria ahora. Y, por último, en el **estado severo** ha producido una miocardiopatía dilatada, consecuencia de la sobrecarga de presión sostenida y de la isquemia miocárdica crónica; esta última causada por el desequilibrio entre el sistema capilar coronario disminuido frente

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

al aumento de la masa ventricular izquierda, lo cual resulta en necrosis miosotaria y aumento del tejido conectivo, con progresiva dilatación ventricular (hipertrofia excéntrica). Es más frecuente la ectopia ventricular y la muerte súbita; el paciente puede tener severas limitaciones en su clase funcional (Kaplan, 1995).

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia cardiaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, la mortalidad total, la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita; además de otros factores como la edad, el sexo, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, elevación de la presión arterial sistólica, elevación de la presión arterial diastólica, tabaquismo, aumento del colesterol total y de las lipoproteínas de alta densidad, antecedentes de episodios cardiovasculares, antecedentes de accidentes cerebrovasculares, diabetes, nefropatía, microalbuminuria, obesidad y modo de vida sedentario (Baena, et al. 2005).

Por otra parte, la Prevalencia de Hipertensión Arterial (PHTA) en poblaciones occidentales es mayor en hombres que en mujeres de entre los 50 y 60 años de edad. En Colombia el riesgo de PHTA parece variar inversamente con indicadores socioeconómicos como la educación y el ingreso (Bautista, Bautista, Vera-Cala, Villamil, Silva, Peña, y Luna, 2002). Aunado a lo anterior, en Colombia se advierte una prevalencia de hipertensión arterial de 12,6% en la población mayor de 15 años, constituyéndose en el factor de riesgo más importante en relación con las enfermedades cardiovasculares (PAHO, 1998).

Se estima que casi uno de cada tres adultos norteamericanos presentaba cifras elevadas de presión arterial a finales de la pasada década, cifra que muestra un cambio radical en la tendencia descendente que se había observado en años precedentes. La prevalencia PHTA ha alcanzado el 29% de la población adulta, lo que implica un incremento del 4% desde el período 1988-1991 y revierte la tendencia decreciente observada desde los años sesenta. Se calcula que más de 58 millones de estadounidenses eran hipertensos en 1999-2000 (Hajjar & Kotchen, 2003).

La PHTA constituye un problema más importante en Europa que en Estados Unidos y Canadá, según los resultados de un estudio internacional publicado en el último número de "JAMA", donde los resultados muestran que en el grupo de población mayor de 35 años la HTA (cifras tensionales superiores a 140/90 mm Hg) afecta al 44% de los europeos y al 28% de los norteamericanos. La enfermedad es más prevalente en Alemania (55%), seguida de Finlandia (49%), España (47%), Inglaterra (42%), Suecia (38%), Italia (38%), Estados Unidos (28%) y Canadá (27%). Además, el estudio demuestra que PHTA se relaciona directamente con la mortalidad por ictus en estos países, donde las tasas son de 41,2 muertes por cada 100.000 habitantes en Europa frente a 27,6 por cada 100.000 habitantes

en Norteamérica. Asimismo, subraya que la enfermedad es tratada de forma más agresiva en Estados Unidos y Canadá, donde el 33% de los hipertensos están controlados, por sólo el 8% en Europa (Wolf-Maier, et al. 2003).

Hace más de 40 años, dos médicos estadounidenses, Friedman y Rosenman (1959) notaron que los factores tradicionales de riesgo coronario como “antecedentes familiares, tabaquismo, sedentarismo, presión sanguínea alta, colesterol, triglicéridos, glicemia, obesidad, no explicaban totalmente la aparición de esta enfermedad, ya que habían observado en estos pacientes un patrón de conducta que se caracterizaba por extrema ambición, impulso competitivo, impaciencia, hostilidad y extrema sensibilidad ante la urgencia de tiempo y las presiones (p. 69)”. Esta conducta que ellos denominaron de tipo A, se manifestaba en ciertos factores del habla (lenguaje rápido y explosivo) algunas manifestaciones psicomotoras (postura de alerta, expresión de tensión facial, caminar rápido y hacer las cosas apresuradamente) y ciertas conductas interpersonales (interrumpir a los demás y retarlos).

Por otro lado, en las revisiones más recientes sobre los factores psicosociales más relacionados con enfermedades cardíacas sigue apareciendo el patrón de conducta tipo A, junto a la depresión, la hostilidad, la ira, la ansiedad y el aislamiento social, véanse Grundy (1999); Hemingway y Marmot (1999); Fernández-Abascal y Martín (2001); Martín (2003); Gil-Roales, López y Blanco (2004); Nieto, Abad, Esteban y Tejerina (2004).

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos en su calidad de vida (Vinaccia, Tobón, Moreno San Pedro, Cadena y Anaya, 2005a; Vinaccia, et al. 2005b; Vinaccia, Contreras, Palacio, Marín y Tobón. 2005c).

El reconocimiento y la preocupación por el hecho de que a menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud se remontan a tiempos muy antiguos. Hipócrates afirmaba en algunos de sus escritos que algunos pacientes mentían al médico cuando eran interrogados acerca de si habían tomado las medicinas indicadas; en efecto, en el corpus hipocrático se habla ya de los errores y engaños de los enfermos y de cómo aquellos eran considerados como un obstáculo para la curación del paciente, teniendo en cuenta que para él -y luego para Galeno siete siglos después- el arte de la medicina consistía en ayudar a la naturaleza en su esfuerzo curativo. El papel del enfermo era juzgado como fundamental, así como la enfermedad, el oficio del médico y las circunstancias externas (Ballester, 2003, 2004, 2005; Meichenbaum & Turk, 1991).

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

A pesar de que el incumplimiento por parte de los pacientes de las prescripciones médicas es muy antiguo, el interés por investigarlo y por promoverlo se remonta escasamente a la década de los setenta, cuando los avances médicos y farmacológicos mostraron una revolucionaria eficacia. Los autores citados antes señalan además que el reconocimiento del problema de adhesión en los pacientes puede ser también en parte un problema del médico y del personal de salud, no sólo del enfermo.

Ahora bien, dado el reciente interés por este tema, su conceptualización ha implicado una delimitación y diferenciación con otros conceptos más antiguos. Durante mucho tiempo se han utilizado de forma indistinta los términos "adherencia", "adhesión", "cumplimiento" y "obediencia", pero realmente los descriptores y los problemas de traducción del inglés ameritan una diferenciación. Por ejemplo, el término "adherencia" es una traducción extremadamente literal del inglés *adherence*, que hace referencia a la unión física, mientras que "adhesión", según diccionario español, habla más del efecto de la acción de adherir o adherirse en un dictamen o partido. Los términos "cumplimiento" y "obediencia" se refieren al grado en que un paciente sigue escrupulosamente las instrucciones y las prescripciones del personal de salud, pero a su vez denotan su rol pasivo; y el término "incumplimiento", su opuesto, posee connotaciones valorativas negativas que hacen de aquel el responsable, y afecta asimismo el vínculo terapéutico en su designación (Eisenthal, Emery, Lazare y Udin, 1979).

El concepto de "adhesión terapéutica" es un concepto complejo que se define como "una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado" (Martín & Grau, 2004). En todo caso, no existe una dicotomía completa entre adhesión y no adhesión, y puede realmente tratarse de una medición que suele reportar distintos grados de un continuo; por ejemplo, un paciente puede mostrar gran adhesión a tomar los fármacos, pero no a asistir a las consultas médicas, o asistir a ellas, pero tomando los medicamentos a las horas y en las dosis incorrectas, o podría asistir a las citas y tomar el tratamiento, mas no atender aspectos tales como la dieta u otros cuidados de la salud. El olvido, la falta de tiempo, la complejidad del tratamiento o el número de cambios que el paciente debe hacer para seguir el tratamiento pueden ser algunas de las variables involucradas. Otro aspecto no menos sencillo es la relación entre adhesión y resultado terapéutico, pues en muchos casos la primera no garantiza el logro esperado de la segunda en cuanto que son muchos los factores que intervienen en la progresión de una enfermedad, y la adhesión es sólo uno de ellos (Ballester, 2003).

En general, los estudios se han dirigido hasta el momento a explorar la adhesión al tratamiento en distintas enfermedades y se han guiado a partir de cinco factores clásicos expuestos por Meichenbaum y Turk (1991) y que se esbozan a continuación: En primer lugar están los factores relacionados con los pacientes. Estos incluyen aspectos tales como las características del individuo, la presencia

o no de un trastorno psicológico o discapacidad mental, motora o sensorial, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas pobres o distorsionadas frente al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales, la apatía, el pesimismo o la aceptación realista, citada en otro apartado del texto, que generalmente se relaciona con una nula o escasa adhesión. En general, la aceptación de la enfermedad y todas sus implicaciones, la historia previa de adhesión, la insatisfacción con el profesional, la situación social, el apoyo familiar y social, la estabilidad de la vivienda, la pobreza, el desempleo y demás variables que atañen directamente a la persona enferma, son factores que afectan directamente la adhesión terapéutica.

En segundo lugar se encuentran los factores relacionados con la enfermedad; es decir, si se trata de una enfermedad crónica, con ausencia de síntomas manifiestos (como en el caso del paciente seropositivo asintomático), o de una enfermedad aguda con sintomatología evidente, lo que afecta el grado de adhesión, siendo más pobre en el primer caso que en el segundo. Por lo común, el grado de incapacidad y de malestar físico afecta directamente la adhesión.

En tercer lugar se hallan los factores relacionados con el tratamiento de la enfermedad. La complejidad del régimen de tratamiento, como la cantidad de medicaciones distintas, los horarios de administración, los efectos secundarios y el grado de cambio comportamental, así como la duración del mismo y el modo de administración, son factores que se relacionan con la adhesión; así, entre mayor sea la complejidad de estos aspectos menor adhesión habrá.

El cuarto aspecto son los factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud, entre los que se encuentran la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal, la reputación de la institución y del personal y las formas de acceso al lugar de atención.

Finalmente, se hallan los factores relacionados con la relación e interacción del personal de salud, entre los cuales se incluyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales, la dificultad de los profesionales para elicitar las preocupaciones, sentimientos o emociones negativas del paciente, y la insatisfacción de este último con la relación o supervisión inadecuada del personal de salud.

Por otro lado, el apoyo social ha sido definido de diversas formas: en algunos estudios epidemiológicos se ha definido como el número de contactos e interacciones mantenidas por una persona, otros estudios lo han definido como la percepción de pertenencia a un grupo a redes sociales de comunicación y obligación mutua mientras que otros autores lo han visto como un protector frente al padecimiento de ciertas alteraciones de carácter psicológicas formulándolo en términos de mecanismos a través de los cuales las relaciones

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

interpersonales de un individuo pueden protegerlos de la patología inducida por el estrés (Gil-Roales, 2004).

En cuanto a la Presión Arterial (PA), varios estudios muestran que una peor red social se asocia con valores más altos de presión (Polo, et al. 2001). Entre las posibles explicaciones de este hallazgo se ha sugerido que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social (informativo, emocional o instrumental) y ello se asocia con una mayor PA (Strogatz, et al. (1997). A su vez, el menor apoyo social podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un peor cumplimiento de las recomendaciones médicas (Marín & Rodríguez, 2001 y Wang, et al. 2002). También, una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la elevación de la PA acompañante (Allen, Blascovich y Mendes, 2002).

En este sentido, Pastor, et al. (1994) evaluaron el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico y obtuvieron que la variable de apoyo social de la red familiar se constituía como predictiva de la ansiedad y depresión así como del dolor en las enfermedades crónicas estudiadas. Así mismo, encontraron que en cuanto a la capacidad predictiva de dicha variable era el factor satisfacción con el apoyo recibido el único que ofrecía un valor adecuadamente alto. Concluyendo que la satisfacción con el apoyo percibido procedente de la red familiar es el único predictor de ansiedad y depresión en los enfermos crónicos.

Redondo, Guallar, Banegas y Rodríguez (2005) realizaron un estudio transversal con 3.483 sujetos representativos de la población española no institucionalizada \geq 60 años. Concluyeron que en pacientes con HTA se asocia con algunas variables de integración social, como el estado civil y la situación de convivencia. Entre los hipertensos, el conocimiento del estado hipertensivo depende en parte de la frecuentación de familiares y amigos o vecinos.

De otro lado se ha encontrado en numerosos estudios que las variables culturales juegan un papel importante en la HTA, tanto en la adhesión al tratamiento como en la influencia de la red social en las manifestaciones somáticas y psicológicas de la enfermedad, véase Menéndez, et al. (2003); Banegas, et al. (2002); Daniels, Hoffman, Lombard, Steyn, Levitt y Katzenellenbogen (1999).

Más específicamente se ha evidenciado que la relación del tratamiento antihipertensivo con la red social parece variar con el género, véase Williams, et al. (1985) con una muestra de 359 hipertensos del estado de Carolina del Norte en los Estados Unidos y Shah y Cook (2001) con una muestra de 5.019 sujetos hipertensos del sur de Inglaterra. Y en cuanto a la adhesión al tratamiento se ha observado en varias investigaciones que la relación profesional sanitario-paciente, el carácter crónico y la escasa sintomatología de la hipertensión arterial, los tratamientos prolongados, complejos y con potenciales efectos secundarios,

las características sociodemográficas del paciente y los lazos familiares tienen alta influencia en el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos (Marín & Rodríguez, 2001 y Williams, et al. 1985).

Partiendo de las anteriores consideraciones, el objetivo de este estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal (Montero & León, 2002) fue analizar el apoyo social y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio del Carmen de Viboral, situado en el departamento de Antioquia, Colombia.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó una muestra no aleatoria de 152 sujetos con diagnóstico médico de hipertensión arterial en tratamiento antihipertensivo según los criterios de la Sociedad Europea de Hipertensión (2003) del E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio del Carmen de Viboral, situado en el departamento de Antioquia, Colombia. Sociodemográficamente, la muestra estuvo compuesta por 26 hombres (17,1%) y 126 mujeres (82,9%), con edades entre los 45 y 65 años y una edad media general de 57,5 años. La gran mayoría de la muestra se encuentra con un nivel de educación básica primaria (84,9%). A nivel de estado civil y ocupación más del 50% están casados y son amas de casa con un promedio de número de hijos de 6, se encuentra un porcentaje menor de viudos, solteros, divorciados y separados. En cuanto al estrato socioeconómico la muestra se ubica en un nivel de clase baja (estrato colombiano No. 2). Se visualiza de otro lado con relación a los años de diagnóstico de la enfermedad que prevalecen los dos primeros años (75,0%). Se excluyeron de la muestra aquellas personas que tuvieran otra enfermedad cardiovascular y/o tuvieran retardo mental. En la tabla 1. se pueden observar las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	f
Género	
Masculino	26 (17,1%)
Femenino	126 (82,9)
Escolaridad	
Primaria	129 (84,9%)
Secundaria	21 (13,8%)
Tecnológico	2 (1,3%)

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

Estado Civil	
Soltero	21 (13,8%)
Casado	89 (58,6%)
Viudo	8 (5,3%)
Separado	30 (19,7%)
Unión libre	4 (2,6%)
Ocupación	
Empleado	55 (36,2%)
Desempleado	14 (9,2%)
Pensionado	3 (3,9%)
Ama de casa	77 (50,7%)
Nivel de SISBÉN	
0	1 (0,7%)
1	32 (21,1%)
2	110 (72,4%)
3	9 (5,9%)
Tiempo de diagnóstico	
0 a 6 meses	22 (14,5%)
6 a 12 meses	16 (10,5%)
12 a 24 meses	114 (75,0%)

Instrumentos

Se empleó el Cuestionario MOS de Apoyo Social en la versión española de López, et al. (2000) que consta de 20 ítems, en un formato tipo likert con 5 opciones de respuesta que van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), donde a mayor puntuación mayor apoyo percibido y viceversa. El cuestionario está dividido en 4 dimensiones: 1). Apoyo emocional con 8 ítems, un rango de 8 a 40 puntos y un punto de corte de 24 puntos, 2). Apoyo instrumental con 4 ítems, un rango de 4 a 20 puntos y un punto de corte de 12 puntos, 3). Interacción social positiva con 4 ítems, un rango de 4 a 20 puntos y un punto de corte de 9 puntos, 4). Apoyo afectivo con 3 ítems, un rango de 3 a 15 puntos y un punto de corte de 9. La consistencia interna de la escala total es de 0.97 y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96.

Se consideró una Encuesta Semiestructurada que mide adherencia al tratamiento antihipertensivo diseñada por Chavarría, Orozco y Gaviria (2005). Esta encuesta se compone de 8 ítems, que se responden a través de una escala dicotómica (SI, NO), divididos en dos escalas, cada una con 4 ítems. La primera mide adhesión al tratamiento farmacológico y está compuesta por los ítems 1, 2, 3 y 8 cuya respuesta es NO con un valor de un punto, y la segunda subescala evalúa hábitos de salud que corresponde a los ítems 4, 5, 6 y 7 cuya respuesta es SI con un valor de un punto. A mayor puntuación mayor adherencia al tratamiento a nivel general.

Procedimiento

Previo consentimiento informado y explicación de los objetivos del estudio se aplicaron las pruebas en las dependencias del E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio del Carmen de Viboral, situado en el departamento de Antioquia, Colombia, a 152 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Los formatos fueron autodiligenciados en una única sesión, bajo la ayuda y supervisión del entrevistador, con una duración aproximada de 30 minutos.

RESULTADOS

Se encontró a nivel descriptivo, de acuerdo al Cuestionario de Apoyo Social MOS, que las dimensiones de Apoyo Instrumental (15,5), Apoyo Afectivo (12,3), Apoyo Emocional (29,0) e Interacción Social (14,0) tuvieron medias que superaron los puntos de corte sugeridos para la escala, especialmente se destaca la dimensión Apoyo Emocional (29,0) e Interacción Social (14,0) con los puntajes más altos, encontrándose un alfa de Cronbach 0,79. Indicando que para los pacientes del estudio fue importante recibir ayuda en el cuidado de su salud en general, como encontrar a alguien que les ayudara cuando tenían que estar en la cama, les llevara al médico cuando lo necesitaron, les preparara la comida si no podían hacerlo y les ayudara en sus tareas domésticas si estaban enfermos. Igualmente, valoraron necesario la presencia física del afecto, (abrazos, palabras positivas, etc.) tanto para brindarlo como para recibirlo de quienes les demostraron amor, cariño y respeto. De otro lado, consideraron muy vital las interacciones positivas donde encontrarán situaciones para relajarse, divertirse y pasar un buen rato con los demás, así como hacer cosas para resolver los problemas de su vida diaria. Y por último, es de resaltar también la alta valoración que le dieron los pacientes a la presencia emocional de alguien en quien ellos pudieron confiar y hablar de sí mismos y de sus preocupaciones, con quien pudieron compartir sus temores y problemas más íntimos, les escuchara, los comprendiera y les diera consejos en momentos de dificultad. En el gráfico 1. se puede apreciar los resultados del cuestionario MOS de Apoyo Social de nuestro estudio.

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

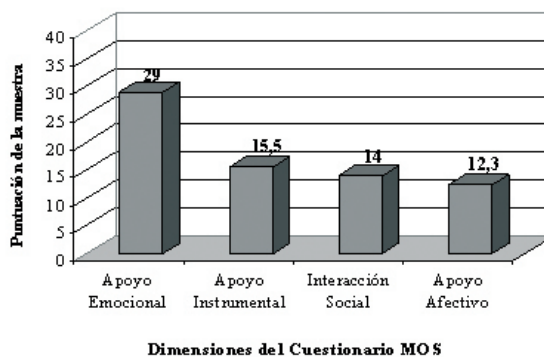


Figura 1. Resultados del cuestionario MOS de apoyo social de 152 pacientes del programa de hipertensión arterial de la ESE Hospital “San Juan de Dios” del municipio del Carmen de Viboral (Antioquia).

Respecto a la Encuesta Semiestructurada que mide adherencia al tratamiento antihipertensivo, se observa a nivel general, en cuanto a la subescala que evalúa adhesión al tratamiento farmacológico, que la gran mayoría de los pacientes con hipertensión arterial tuvieron una toma rutinaria de sus medicamentos. Y en cuanto a la subescala que mide hábitos de salud, se puede apreciar que los pacientes buscaron más información sobre la enfermedad asistiendo a capacitaciones en otros lugares distintos al hospital, y aunque no solían mantener un cumplimiento estricto de la dieta prescrita por el médico especialista, sí tenían el conocimiento de los alimentos que debían consumir; de otro lado, se percibe muy poca actividad de ejercicio físico y de integración en grupos de la tercera edad en estos pacientes. En la tabla 2 se aprecia claramente los diferentes porcentajes obtenidos en la Encuesta Semiestructurada.

Tabla2. Encuesta Adherencia al tratamiento antihipertensivo de 152 pacientes del programa de hipertensión arterial de la ESE Hospital “San Juan de Dios” del municipio del Carmen de Víbora (Antioquia).

ÍTEMES	Respuestas	
	SI	NO
1. ¿Se olvida tomar los medicamentos para la hipertensión?	57 (37,5%)	95 (62,5%)
2. ¿Es descuidado a la hora de tomar la medicación?	61 (40,1%)	91 (59,9%)
3. ¿Cuando se encuentra bien deja de tomar sus medicamentos?	23 (15,1%)	129 (84,9%)
4. ¿Realiza ejercicios o asiste a un grupo de tercera edad?	47 (30,9%)	104 (68,4%)
5. ¿Ha asistido o asiste a capacitaciones sobre hipertensión distintas a la que ofrece el hospital?	84 (55,3%)	67 (44,1%)
6. ¿Conoce qué alimentos no son aconsejables consumir debido a su enfermedad?	138 (90,8%)	14 (9,2%)
7. ¿Sigue el régimen alimenticio que le recomendó el médico?	28 (18,4%)	123 (80,9%)
8. ¿Si alguna vez se siente mal deja de tomar la medicación?	134 (88,2%)	18 (11,8%)

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 152 pacientes de ambos géneros diagnosticados con hipertensión arterial de la ESE Hospital "San Juan de Dios" del municipio del Carmen de Viboral (Antioquia- Colombia), la muestra estuvo compuesta por 26 hombres y 126 mujeres con una edad media de 57,5 años. Se administraron los Cuestionarios MOS de apoyo social y una Encuesta Semiestructurada para medir adherencia al tratamiento antihipertensivo.

A nivel general se observa que aunque las dimensiones que conforman el MOS (Apoyo Social, Apoyo Instrumental, Interacción Social, Apoyo Afectivo y Apoyo Emocional) tuvieron puntajes altos con respecto al punto de corte diseñado para cada dimensión, es de resaltar que, sólo el Apoyo Emocional y la Interacción Social tuvieron el más alto impacto en la percepción de apoyo en los pacientes con hipertensión arterial.

De acuerdo a la adherencia al tratamiento antihipertensivo se encontró que la gran mayoría de los pacientes tenían una buena adhesión al tratamiento farmacológico y en cuanto a los hábitos de salud se percibe que hubo a nivel general hábitos inadecuados facilitadores del mantenimiento del cuadro hipertensivo, como la falta de disciplina en los hábitos alimenticios y poca actividad del ejercicio físico, aunque es de resaltar la búsqueda de apoyo informativo, posiblemente porque los pacientes del estudio estaban en los dos primeros años de diagnóstico de la enfermedad. Según Fernández- Abascal (1993), el estilo de vida y los hábitos conductuales relacionados con la salud como la dieta inadecuada, falta de ejercicio físico, etc., influyen decisivamente en el mantenimiento de esta enfermedad.

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos, la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la hipertensión arterial, son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares y de las personas con quienes tienen vínculos afectivos más cercanos (Rodríguez & Guerrero, 1997), ya que implican modificaciones del estilo de vida que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia y personas allegadas.

Diversas investigaciones muestran la relevancia que le da el paciente hipertensivo a los aspectos psicosociales con respecto a la adhesión al tratamiento. Según Marín y Rodríguez (2001), la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. Igualmente, en este estudio se encontró que el mayor grado de adhesión al tratamiento se dio en lo correspondiente a la ingesta de medicamentos, mientras que el menor grado se dio en lo referente a las indicaciones de ejercicio como en nuestro estudio. De otro lado, Redondo et al. (2005) plantearon que en los

sujetos hipertensos el conocimiento de la enfermedad depende en parte de la frecuencia en las relaciones con familiares, amigos o vecinos que hayan padecido enfermedades similares.

Es importante recordar que la muestra de personas con hipertensión arterial de la presente investigación pertenecían sobre todo a estratos bajos de la subcultura andina de la montaña del Oriente antioqueño (municipio del Carmen de Viboral), donde la mayoría de ellos son mujeres de edad madura, en donde culturalmente se les da un alto estatus matriarcal dentro de redes familiares compuestas por grupos humanos numerosos, donde se da y se recibe un amplio apoyo social en el transcurso de sus vidas (Gutiérrez de Pineda, 1999).

Abello, Madariaga y Hoyos (1997) encontraron además en diferentes investigaciones con poblaciones colombianas de estratos socioeconómicos bajos que el apoyo emocional recibido por compadres-comadres y vecinos es importante en momentos de crisis, ya que este apoyo es considerado una demostración de cariño y afecto. Similares hallazgos han sido descritos por Díaz-Guerrero (1986) en México, en donde acuñó el término "grey sostén", para explicar redes de apoyo y redes de ayuda emocional vistas como importantes dispositivos para el logro de la salud y el bienestar psicológico.

Una lectura de estos hallazgos y el nuestro nos podría llevar a pensar en el rol de los recursos personales y sociales de los individuos cuando se enfrentan al estrés causado por una enfermedad crónica. Las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de sí mismas (Barra, 2003). Debido a esto, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de su estado anímico. El estado emocional puede ser entonces perfectamente el mediador de la relación entre el apoyo social y la salud (Barra, 2003). Es así como el impacto de las enfermedades crónicas parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de las personas con enfermedades crónicas, incidiendo de manera diferencial en su calidad de vida. El apoyo social podría entonces ser considerado como un importante recurso de afrontamiento del estrés (Sandín, 2003). Una especie de "fondo" del que la gente puede disponer cuando tiene que hacer frente a los estresores (Sandín, 2003). El apoyo social es un concepto complejo que incluye por lo menos tres niveles de análisis (comunitario, redes sociales, e íntimos), que cumplen una serie de funciones emocionales, materiales, informativas, Barron y Chacon (1992). El apoyo emocional se refiere a las demostraciones de amor, cariño, pertenencia a un grupo; implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad (Barez, Blasco y Fernández- Castro, 2003).

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando el autoesquema (autoconcepto, autoeficacia, autoestima y autoimagen) desde el momento del diagnóstico. Ciertamente, algunas enfermedades son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican algunos cambios en los estilos de vida, como es el caso de la hipertensión arterial. La adaptación a la enfermedad dependerá de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los patrones de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas y enfermedades crónicas asociadas. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con hipertensión arterial tener una buena calidad de vida.

Referencias

- Abello, R; Madariaga, C; Hoyos, O. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29, 115-137.
- Allen, K; Blascovich, J. y Mendes, W.B. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64, 727-39.
- Daniels, A; Hoffman, M; Lombard, C; Steyn, K; Levitt, N.S. y Katzenellenbogen, J. (1999). Blood pressure and social support from Mamre, South Africa, during social and political transition. *Journal Human Hypertension*, 13, 689-93.
- European Society of Hypertension (2003). Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 21, 1011-1053.
- Baena, J.M; del Val García, J.L; Tomás, J; Martínez, J.L; Martín, R; González, et al. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 367-373.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523.
- Ballester, R. (2004). Adhesión terapéutica. Revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 151-175.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 53-69.
- Banegas, J.R; Rodríguez, F; Ruilope, L.M; Graciani A; Luque, M; De la Cruz, J.J; et al. (2002). Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *Journal Hypertension*, 20, 2157-64.
- Barez, M; Blasco, T; Fernandez-Castro, J. (2003). La Inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*. 21, 55-60.
- Barron, A. & Chacon, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59.
- Bautista, L.E; Vera-Cala, L.M; Villamil, L; Silva, S.M; Peña, I.M. y Luna, L.V. (2002). Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. *Salud Pública México*, 44, 399-405.
- Díaz-Guerrero, R. (1986). El ecosistema cultural y la calidad de la vida. Mexico: Trillas
- Eisenthal, S; Emery, R; Lazare, A. y Udin, H. (1979). "Adherence" and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 36, 393-398.
- Fernández- Abascal, E.G. (1993). *Hipertensión: intervención psicológica*. Madrid: Eudema.
- González-Juanatey, J.R; Mazón, P; Soria, F; Barrios, V; Rodríguez, L. y Bertomeu, V. (2003). Actualización de las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 56, 487-497.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1999). *Estructura, función y cambio de la familia colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Hajjar, I. y Kotchen, T. (2003). Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*, 290, 199-206.
- Kaplan, N. (1995). *Tratamiento de la Hipertensión*. Texas: Willey.
- Fernández-Abascal, E. & Martín, D. (2001). Estrés y prevención coronaria. En J, Buceta; A, Bueno y B, Mas (Eds). *Intervención psicológica y salud*. Madrid: Dykinson.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1959). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo.

Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

- Gil-Roales, J. (2004). Apoyo Social y Salud. En J. Gil-Roales (Ed). *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Roales, J; López, F. y Blanco, J.L. (2004). Comportamiento como riesgo para trastornos cardiovasculares. En J. Gil-Roales (Ed). *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Grundy, S. (1999). Prevención primaria de la enfermedad coronaria. *Circulación*, 100, 988-98.
- Hemingway, H. y Marmot, M. (1999). Psychosocial factors etiology and prognosis coronary heart disease. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- López, F.M; Cuenca, M; Viciano, D; Rodríguez, M.I; Martín, E.M; Acosta, M. et al. (2000). Evaluación psicosocial de los ancianos en una zona básica de salud. *Semergen*, 26, 387-92.
- Nieto, J; Abad, M; Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para las ciencias de la salud*. Madrid: McGraw Hill.
- Marín, F. & Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública México*, 43, 336-9.
- Martín, M. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 5-7.
- Martín, M. J. (2003) Intervención psicológica en el servicio de cardiología. En E. Remor, P. Arranz, S. Ulla (eds) *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1991). Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. *Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Menéndez, C; Montes, A; Gamarra, T; Núñez, C; Alonso, A. y Buján, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*, 31, 506-513.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 2, 503-508.
- PAHO (1998). Colombia: Situación general y tendencias. En PAHO (Editor). *La salud en las Américas, Volumen II* (pp 184-197) Washington: PAHO.
- Pastor, M; López-Roig, S; Rodríguez-Marín, J; Salas, E; Sánchez, S. y Terol, M. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. *Revista de Psicología Social*, 9, 179-191.
- Polo, B.B; Kamarck, D.E. y Shiffman, S.M. (2001). Partner interactions are associated with reduced blood pressure in the natural environment: ambulatory monitoring evidence from a healthy, multiethnic adult sample. *Psychosomatic Medicine*, 63, 423-33.
- Redondo, A; Guallar, P; Banegas, J.R y Rodríguez, F. (2005). Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *Revista Española de Cardiología*, 58, 1294-1301.
- Rodríguez, M; Guerrero, J. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. *Salud Pública México*, 39, 44-47.
- Sandín, F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología de Psicología Clínica y de la salud*, 3, 141-157.
- Shah, S. y Cook, D.G. (2001). Inequalities in the treatment and control of hypertension: age, social isolation and lifestyle are more important than economic circumstances. *Journal Hypertension*, 19, 1333-40.
- Strogatz, D.S; Croft, J.B; James, S.A; Keenan, N.L; Browning, S.R; Garrett, J.M; et al. (1997). Social support, stress, and blood pressure in black adults. *Epidemiology*, 8, 482-7.
- Vinaccia, S; Tobón, S; Moreno San Pedro, E; Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45-60.
- Vinaccia, S; Quiceno, J.M; Contreras, F; Zapata, M; Fernández, H. y Bedoya, M; Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.

STEFANO VINACCIA, JAPCY MARGARITA QUICENO, HAMILTON FERNÁNDEZ, ANA MILENA GAVIRIA,
FRANSENITH CHAVARRÍA, OSCAR OROZCO

- Vinaccia, S; Contreras, F; Palacio, C; Marín, A. y Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
- Wang, P.S; Bohn, R.L; Knight, E; Glynn, R.J; Mogun, H. y Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal Genetic Internal Medicine*, 17, 504-11.
- Williams, C.A; Beresford, S.A; James, S.A; LaCroix, A.Z; Strogatz, D.S; Wagner, E.H; et al. (1985). The Edgemcombe County High Blood Pressure Control Program: III. Social support, social stressors, and treatment dropout. *American Journal Public Health*, 75, 483-6.
- Wolf-Maier, K; Cooper, R.S; Banegas, J.R; Giampaoli, S; Hense, H.W; Joffres, M; et al. (2003). Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA*, 289, 2363-2369.

Recibido, Agosto 10/2006

Revisión recibida, Agosto 24/2006

Aceptado, Septiembre 08/2006