

# Adherencia al tratamiento y creencias sobre los medicamentos en personas con hipertensión arterial

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n2.93311>

1 Eugenia del Pilar Herrera Guerra    3 Beatriz Elena Tejada-Vergara  
2 Neila Esther Berrocal-Narváez

## Resumen

**Objetivo:** evaluar la adherencia al tratamiento y su relación con las creencias sobre los medicamentos en personas con hipertensión arterial (HTA).

**Materiales y método:** estudio transversal en el que participaron 374 personas con hipertensión arterial, quienes respondieron el Cuestionario de adherencia al tratamiento para pacientes con hipertensión y el Cuestionario de creencias sobre los medicamentos (BMQ, general y específico) validados en Colombia. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva y análisis de regresión multivariable.

**Resultados:** 63,1 % de los participantes fueron mujeres y la edad promedio fue de 70 años (DE: 13,2). La proporción de no adherencia al tratamiento global fue de 53,5 %. En la sección BMQ-General, la puntuación media más alta fue para la subescala daño ( $10,98 \pm 2,25$ ), mientras que en la sección BMQ-Específico para HTA fue la subescala necesidad ( $18,6 \pm 3,3$ ). Se encontró que la adherencia al tratamiento estaba relacionada con las creencias de abuso de la medicación ( $\beta = 0,14$ ; IC 95 % 1,004-1,337), la edad ( $\beta = -0,03$ ; IC 95 % 0,947-0,987), el sexo ( $\beta = -0,53$ ; IC 95 % 0,360-0,955) y estar recibiendo ARA II como medicación prescrita ( $\beta = 0,03$ ; IC 95 % 0,289-0,943).

**Conclusiones:** existe relación entre la adherencia al tratamiento y las creencias sobre el abuso de los medicamentos antihipertensivos, la edad y el sexo. Para mejorar la adherencia al tratamiento de personas con HTA es fundamental identificar las creencias sobre los medicamentos, incluidas las actitudes hacia estos. Por ello, los factores asociados con la adherencia identificados en esta investigación deben considerarse en la realización de futuros estudios sobre el tema.

**Descriptores:** Hipertensión Esencial; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Cultura; Enfermedades Cardiovasculares (fuente: DECS, BIREME).

- 1 Universidad de Córdoba (Montería, Córdoba, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8413-4935>  
Correo electrónico: edherrera@correo.unicordoba.edu.co  
Contribución: idea y diseño del estudio, análisis estadístico de los datos, redacción, revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.
- 2 Universidad de Córdoba (Montería, Córdoba, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6974-2350>  
Correo electrónico: nberrocal@correo.unicordoba.edu.co  
Contribución: idea y diseño del estudio, análisis estadístico de los datos, redacción, revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.
- 3 Universidad de Córdoba (Montería, Córdoba, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2315-2181>  
Correo electrónico: btejada@correo.unicordoba.edu.co  
Contribución: idea y diseño del estudio, recolección de datos, redacción, revisión crítica artículo y aprobación de la versión final.

Cómo citar: Herrera-Guerra EP; Berrocal-Narváez NE; Tejada-Vergara BE. Adherencia al tratamiento y creencias sobre los medicamentos en personas con hipertensión arterial. Av. Enferm. 41(2):93311. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n2.93311>

Received: 00/00/2022  
Accepted: 00/00/2022  
Published: 00/00/2023



## Adherence to treatment and beliefs about medications among people with arterial hypertension

**Objective:** To evaluate adherence to arterial hypertension treatment and its relationship with beliefs about medications in individuals with this health condition.

**Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted among 374 individuals with arterial hypertension, who completed the Questionnaire of Adherence to Treatment for Hypertension Patients and the Questionnaire of Beliefs About Medications (BMQ, general and specific) validated for Colombia. Data analysis involved descriptive statistics and multivariate regression analysis.

**Results:** Out of total participants, 63.1% were women, and the average age was 70 years (SD: 13.2). The proportion of non-adherence to global treatment was 53.5%. In the BMQ-General section, the highest average score observed for the damage subscale ( $10.98 \pm 2.25$ ), while in the BMQ-Specific section for arterial hypertension, it was the need subscale ( $18.6 \pm 3.3$ ). Multivariate analysis revealed that treatment adherence was associated with beliefs about medication abuse ( $\beta = 0.14$ ; 95% CI 1.004-1.337), age ( $\beta = -0.03$ ; 95% CI 0.947-0.987), sex ( $\beta = -0.53$ ; 95% CI 0.360-0.955), and receiving ARA II as prescribed medication ( $\beta = 0.03$ ; 95% CI 0.289-0.943).

**Conclusion:** There is a relationship between adherence to treatment and the beliefs about the abuse of antihypertensive medications, age, and sex. To enhance treatment adherence in individuals with arterial hypertension, it is crucial to identify beliefs about medications, including attitudes towards them. These factors related to adherence should be considered in future studies.

**Descriptors:** Essential Hypertension; Compliance and Adherence to Treatment; Culture; Cardiovascular Diseases (source: DECS, BIREME).

## Adesão ao tratamento e crenças sobre medicamentos em pessoas com hipertensão arterial

**Objetivo:** avaliar a adesão ao tratamento e sua relação com as crenças sobre medicamentos em pessoas com hipertensão arterial.

**Materiais e método:** estudo transversal, do qual participaram 374 pessoas com hipertensão arterial, que responderam ao Questionário de adesão ao tratamento para hipertensos e ao Questionário de crenças sobre medicamentos (BMQ – geral e específico), validados na Colômbia. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e análise de regressão multivariada.

**Resultados:** 63,1% dos participantes eram mulheres; a idade média foi de 70 anos (DP: 13,2). A proporção de não adesão ao tratamento global foi de 53,5%. Na seção geral do BMQ, a pontuação média mais alta foi para a subescala dano ( $10,98 \pm 2,25$ ) e, na seção específica do BMQ para hipertensão arterial, foi a subescala necessidade ( $18,6 \pm 3,3$ ). Na análise multivariada, verificou-se que a adesão ao tratamento estava relacionada às crenças de abuso de medicamentos ( $\beta = 0,14$ ; IC 95% 1,004-1,337),

idade ( $\beta = -0,03$ ; IC 95% 0,947-0,987), sexo ( $\beta = -0,53$ ; IC 95% 0,360-0,955) e estar recebendo ARA II como medicamento prescrito ( $\beta = 0,03$ ; IC 95% 0,289-0,943).

**Conclusões:** existe relação entre adesão ao tratamento e crenças sobre o abuso de medicamentos anti-hipertensivos, idade e sexo. Para melhorar a adesão ao tratamento em pessoas com hipertensão, é essencial identificar crenças sobre medicamentos, incluindo ações sobre isso. Esses fatores associados à adesão devem ser considerados em estudos futuros.

**Descritores:** Hipertensão Essencial; Cumprimento e Adesão ao Tratamento; Cultura; Doenças Cardiovasculares (fonte: DECS, BIREME).

## Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable de la carga de mortalidad por enfermedad cardiovascular en el mundo (1). Sin embargo, la HTA no controlada es un problema frecuente en pacientes hipertensos debido a la falta de adherencia al tratamiento (2), resultando una mayor incidencia de reingresos hospitalarios y de complicaciones por HTA e impacto negativo en los costos de atención médica (3).

La literatura señala que, a pesar de la disponibilidad de medicamentos, en promedio, uno de cada dos pacientes hipertensos no se adhiere al tratamiento antihipertensivo (4), lo que puede atribuirse a factores que afectan la adherencia a la medicación a largo plazo, como los factores sociodemográficos, los relacionados con el sistema de salud y con la terapia y los asociados con la enfermedad y el paciente (5).

En lo que respecta a los factores relacionados con el paciente, se incluyen la falta de conocimiento sobre la enfermedad, la percepción inexacta de la eficacia del tratamiento y miedo hacia los efectos adversos y a la dependencia, los cuales se derivan de las creencias negativas y las opiniones de otros sobre los medicamentos antihipertensivos (6).

Estudios revelan que los pacientes hipertensos creen que es perjudicial tomar medicamentos de forma regular ante la ausencia de síntomas de HTA, es decir, cuando la presión arterial es normal bajo la medicación (7, 8). Las preocupaciones sobre la ineficacia o los efectos adversos de la medicación también son consideradas un impedimento significativo para la adherencia al tratamiento (6).

De acuerdo con Horne *et al.* (9), las creencias sobre el tratamiento influyen en la adherencia a este, principalmente, aquellas creencias específicas que se clasifican en la necesidad de tomar los medicamentos prescritos para controlar su enfermedad y las preocupaciones sobre el peligro de la dependencia de los medicamentos y la toxicidad a corto y largo plazo. Por lo tanto, el marco teórico de necesidad-preocupación establece que la adherencia está influenciada por juicios implícitos de necesidad personal para el tratamiento y por preocupaciones sobre las posibles consecuencias adversas de adoptarlo.

Al respecto, los hallazgos de la revisión sistemática realizada por Rahman *et al.* (10) proponen que los profesionales de la salud deben abordar las creencias de los pacientes sobre la necesidad de tomar sus medicamentos para el control de la presión arterial y las preocupaciones sobre sus medicamentos. Así mismo, Cinar *et al.* (8) consideran que es importante que los profesionales de enfermería y otros prestadores de servicios de salud analicen las creencias mientras se evalúa la

adherencia al tratamiento de personas con HTA, especialmente aquellas que no tienen controlada la presión arterial, con el fin de proporcionar un control óptimo centrado en el paciente.

En el contexto de la presente investigación, la ciudad de Montería (Córdoba, Colombia), la adherencia al tratamiento en personas con HTA es un asunto de interés, puesto que las enfermedades hipertensivas registran una tasa de mortalidad de 19,38 por cada 100.000 habitantes, con una tendencia al aumento (11). Dado que las poblaciones con no adherencia al tratamiento antihipertensivo tienen mayor riesgo de sufrir crisis hipertensivas y sus consecuencias para los órganos blanco (12), es fundamental identificar y evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo con el fin de generar el conocimiento necesario para el diseño de intervenciones. De la revisión de literatura científica disponible sobre el tema no se encontraron investigaciones recientes que evalúen la adherencia al tratamiento y su relación con las creencias sobre los medicamentos en personas con HTA en la población de estudio, por lo cual el objetivo del presente estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento y su relación con las creencias sobre los medicamentos en personas con HTA.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, tomando como muestra 374 personas del total de la población de pacientes inscritos en programas de control de HTA de cuatro centros de salud en la ciudad de Montería, Colombia ( $n = 13.997$ ). La muestra fue calculada mediante la fórmula matemática para muestras finitas, con un nivel de confianza de 95 % y un margen de error de 0,5. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico clínico de HTA según las directrices de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la HTA (12), personas mayores de 18 años que asistieran a control de HTA durante el período de observación, tratamiento farmacológico antihipertensivo durante al menos 6 meses y consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas concomitantes, que tuvieran polifarmacia, enfermedades psiquiátricas importantes o enfermedad terminal concurrente e incapacitante. Los participantes se reclutaron en la consulta externa de las instituciones escenario de estudio durante mayo y julio 2022. Las variables del estudio se definen a continuación.

*Adherencia al tratamiento* (variable independiente): grado en que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas con su prestador de asistencia sanitaria (5).

*Creencias sobre los medicamentos* (variable dependiente): entendida como las representaciones cognitivas de los pacientes sobre la medicación en general (BMQ-General) y sobre la medicación para su tratamiento específico (BMQ-Específico) (10).

*Variables intervinientes*: variables sociodemográficas y clínicas, tales como edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico, presión arterial, tratamiento farmacológico, índice de masa corporal y perfil lipídico.

Dada la naturaleza del estudio, se formularon las siguientes hipótesis:

$H_1$ : Existe relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y las creencias sobre los medicamentos en personas inscritas en un programa de control de HTA.

$H_0$ : No existe relación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y las creencias sobre los medicamentos en personas inscritas en un programa de control de HTA.

Para la recolección de datos se aplicaron tres instrumentos: el cuestionario de adherencia al tratamiento en pacientes con HTA (TAQPH, por sus siglas en inglés) (13), versión en español validado en Colombia (14); el cuestionario creencias sobre los medicamentos (BMQ, en inglés) (15) versión en español (16), validado en pacientes hipertensos colombianos (17); y el cuestionario de características sociodemográficas y clínicas (diseñado por las investigadoras). En el cuadro 1 se resume la medición de las variables esenciales.

**Cuadro 1.** Variables, características y propiedades psicométricas de los instrumentos

Variables	Instrumentos	Propiedades psicométricas
Adherencia al tratamiento	TAQPH-español (28 ítems), seis dimensiones: medicación, dieta, control de estimulantes, ejercicio, control del peso y manejo del estrés. Respuesta en escala Likert 1 a 4. Interpretación: rango 28 a 112, a mayor puntuación mayor adherencia. Punto de corte: 84.	Varianza total explicada del 54 %. Coeficiente alfa de Cronbach de 0,74 (14).
BMQ-General: Daño: creencias sobre el grado en que se perciben las drogas como esencialmente dañinas. Abuso: opiniones sobre cómo los médicos usan los medicamentos. BMQ-Específico: Necesidad de la medicación para controlar la HTA. Preocupación o creencias sobre los posibles efectos adversos de tomar los medicamentos antihipertensivos.	BMQ-español (16 ítems), dos dimensiones: general y específico. BMQ-General: 7 ítems y dos subescalas: daño y abuso. BMQ-Específico: 9 ítems y dos subescalas: necesidad y preocupación. Respuesta en escala Likert 1 a 5. Interpretación: a mayor puntuación más fuertes las creencias negativas.	BMQ-General: varianza total explicada del 64 %. Coeficiente alfa de Cronbach de 0,82 (17). BMQ-Específico: varianza total explicada del 63,17 %. Coeficiente alfa de Cronbach de 0,78 (17).

Fuente: elaboración propia.

El análisis de los datos se realizó utilizando técnicas descriptivas en función del tipo de variable. Por ejemplo, se aplicó análisis inferencial para comparar la adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas y clínicas ( $p < 0,05$ ) y prueba de normalidad de las variables. Para analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y las creencias, se utilizaron varias técnicas estadísticas, como la prueba U de Mann-Whitney, empleada para evaluar las diferencias entre los pacientes adherentes y no adherentes con las creencias sobre los medicamentos (subescalas del BMQ), o la prueba t de muestras pareadas para comparar las subescalas BMQ. Las correlaciones entre las subescalas del BMQ se determinaron con el coeficiente de correlación de Spearman. Además, se realizó análisis de regresión logística utilizando las puntuaciones totales en adherencia al tratamiento como variable de resultado dicotómica (adherentes y no adherentes). Las variables con una diferencia significativa ( $p < 0,05$ )

entre pacientes adherentes y no adherentes se incluyeron en el análisis de regresión multivariable. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software R-project.

## Consideraciones éticas

El estudio obtuvo el aval del Comité de Ética de la Universidad de Córdoba (aval N.º 002/2022), bajo las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, CIOMS (18), y las consideraciones éticas nacionales definidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (19). Así mismo, se obtuvo la autorización de las autoras de los instrumentos originales y el aval de la institución escenario del estudio.

Todos los participantes recibieron información sobre el objetivo del estudio, los principios de privacidad y confidencialidad, de acuerdo con la Declaración de Helsinki, y firmaron el consentimiento informado por escrito antes de ser vinculados al estudio. En todo el proceso de recolección de la información se hizo el control de posibles sesgos para este tipo de estudios. Para controlar el sesgo de selección se utilizó el tipo de muestreo aleatorio simple, y para mitigar el sesgo de información, se emplearon instrumentos válidos y confiables.

## Resultados

De los 374 participantes del estudio, 63,1 % fueron de sexo femenino y la edad promedio del grupo fue de 70 años (DE: 13,2). El 78,1 % reportó bajo nivel educativo, de los cuales 28,9 % no contaba con estudios. Casi la totalidad de los participantes (93,9 %) tenía bajo nivel socioeconómico (estratos 1 y 2). En cuanto a las características clínicas, se halló que el tratamiento antihipertensivo más frecuente (81 %) fue el antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y que el promedio de las cifras de presión arterial fue de 124/74 (DE: 13/10), considerado como óptima. Por otro lado, el índice de masa corporal promedio fue de 25,3, lo cual indica sobre peso. En cuanto al perfil lipídico, la media de los valores de colesterol se encuentra dentro de los rangos normales. Sin embargo, llama la atención que los valores máximos de la presión arterial, colesterol total y LDL y mínimos de HDL, al igual que los valores máximos en la presión arterial, los triglicéridos y mínimos de la hemoglobina, se encontraban fuera de la meta esperada, incrementando el riesgo de un episodio cardiovascular (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características de la muestra

Variables	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	138	36,9
Femenino	236	63,1
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno	108	28,9
Primaria completa	70	18,7
Primaria incompleta	114	30,5
Bachillerato completo	30	8

Variables	n	%		
Bachillerato incompleto	44	11,8		
Técnico	7	1,9		
Universitario	1	0,2		
<b>Estrato socioeconómico</b>				
1	351	93,9		
2	21	5,6		
3	2	0,5		
<b>Tratamiento farmacológico</b>				
<b>IECA</b>				
No	336	89,8		
Sí	38	10,2		
<b>ARA II</b>				
No	71	19		
Sí	303	81		
<b>Antagonistas de calcio</b>				
No	224	59,9		
Sí	150	40,1		
<b>Betabloqueantes</b>				
No	227	74,1		
Sí	97	25,9		
<b>Alfabloqueantes</b>				
No	367	98,1		
Sí	7	1,9		
<b>Agonistas</b>				
No	371	99,2		
Sí	3	0,8		
<b>Diuréticos</b>				
No	218	58,3		
Sí	156	41,7		
<b>Características clínicas</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Mínimo</b>	<b>MÁXIMO</b>
Presión arterial	124/74	13/10	90/50	190/100
IMC	25,3	5,7	12	45,9
Colesterol total	179,2	44,6	71	327
Colesterol HDL	50,4	10,9	17,5	83,8
Colesterol LDL	99,3	35,7	21	234
Triglicéridos	150,6	77,3	40	589
HEMOGLOBINA	12,6	1,5	7	18

**Nota:** DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

**Fuente:** elaboración propia.

## Adherencia al tratamiento en personas con HTA

Entre los participantes ( $n = 374$ ), la proporción de no adherencia fue de 53,5 %. La puntuación total media de todos los ítems fue de  $83,5 \pm 5,18$ , que teóricamente indicaría que los pacientes no fueron adherentes al tratamiento ( $< 84$  puntos). De los 18 ítems del cuestionario TAQPH, el ítem 5 presentó la mayor puntuación media ( $3,97 \pm 0,25$ ), indicando que la mayoría de las veces los pacientes han tomado los medicamentos según las indicaciones de su médico, sin aumentar ni disminuir la dosis. En contraste, se observó que la puntuación media ( $2,09 \pm 0,37$ ) para el ítem 8 indica que la mayoría de las veces el participante ha suspendido los medicamentos cuando ha sentido que los síntomas han mejorado (Tabla 2).

**Tabla 2.** Adherencia al tratamiento en personas con HTA (TAQPH)

Ítems	Media	DE	Mínimo	Máximo
1	3,96	0,21	3	4
2	3,96	0,21	3	4
3	3,73	0,48	2	4
4	3,90	0,36	1	4
5	3,97	0,25	1	4
6	3,93	0,32	1	4
7	3,38	0,51	1	3
8	2,09	0,37	1	4
9	3,94	0,35	1	4
10	3,61	0,58	1	4
11	3,47	0,64	1	4
12	3,34	0,69	1	4
13	3,32	0,68	1	4
14	2,36	0,60	1	4
15	2,79	0,62	1	4
16	2,54	0,63	1	4
17	2,28	0,83	1	4
18	2,85	0,76	1	4
19	2,39	1,12	1	4
20	3,88	0,43	1	4
21	3,96	0,28	1	4
22	2,80	0,88	1	4
23	2,74	0,88	1	4
24	3,04	0,76	1	4
25	2,98	0,77	1	4
26	2,84	0,73	1	4
27	2,75	0,74	1	4
28	2,83	0,79	1	4
<b>Puntuación total</b>	<b>83,5</b>	<b>5,18</b>	<b>83</b>	<b>102</b>

DE: desviación estándar.  
Fuente: elaboración propia.



### Adherencia al tratamiento y su relación con las características sociodemográficas y clínicas

De acuerdo con nuestros resultados, las variables edad ( $p = 0,035$ ), sexo ( $p < 0,001$ ) y tratamiento antihipertensivo con ARA II ( $p = 0,0241$ ) fueron significativas, demostrando su relación con la adherencia al tratamiento, como se muestra en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Adherencia al tratamiento y características sociodemográficas y clínicas

Variables	Adherentes (n = 174)	No adherentes (n = 200)	p-value
<b>Sexo</b>			
Masculino	48	90	< 0,001*
Femenino	126	110	
<b>Nivel educativo</b>			
Ninguno	48	60	0,3401
Primaria completa	36	34	
Primaria incompleta	49	65	
Bachillerato completo	15	15	
Bachillerato incompleto	20	24	
Técnico	6	1	
Universitario	0	1	
<b>Estrato socioeconómico</b>			
1	160	191	0,185
2	12	9	
3	2	0	
<b>Índice de masa corporal</b>			
Bajo peso	18	14	0,6122
Desnutrición	4	2	
Normal	79	97	
Obesidad	32	38	
Sobrepeso	44	49	
<b>Tratamiento antihipertensivo</b>			
<b>IECA</b>			
No	161	177	
Sí	13	23	
<b>ARA II</b>			
No	24	47	0,0241*
Sí	150	153	

Variables	Adherentes (n = 174)	No adherentes (n = 200)	p-value
<b>Antagonistas de calcio</b>			
No	97	127	0,1556
Sí	77	73	
<b>Betabloqueantes</b>			
No	134	143	0,2736
Sí	40	57	
<b>Diuréticos</b>			
No	96	122	0,3007
Sí	78	78	
<b>Estatinas</b>			
No	40	54	0,4398
Sí	134	146	
<b>ASA</b>			
No	151	180	0,4175
Sí	23	20	

\*Estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).  
Fuente: elaboración propia.

### Creencias sobre los medicamentos en personas con HTA

Los resultados en la Tabla 4 muestran que en la sección del cuestionario BMQ-General la puntuación media más alta corresponde a la subescala “daño” ( $10,98 \pm 2,25$ ), y que el ítem 3, “la mayoría de los medicamentos crean adicción”, obtuvo la puntuación media más alta ( $3,01 \pm 0,95$ ). Para la sección BMQ-Específico para personas con HTA, la subescala “necesidad” tuvo la puntuación media más alta ( $18,6 \pm 3,3$ ), donde el ítem 1, “Actualmente mi salud depende de las pastillas”, tuvo la puntuación media más alta ( $3,97 \pm 0,75$ ). En la subescala “preocupación”, la puntuación media más alta ( $3,38 \pm 1,01$ ) fue para el ítem 3, “A veces me preocupa por si llego a ser demasiado dependiente de las pastillas”, lo que indica fuertes creencias negativas.

Tomando como referencia el modelo de representaciones cognitivas de la medicación de Horne *et al.* (20, 21), que permite evaluar las actitudes de los pacientes con enfermedades crónicas a partir de las creencias específicas sobre la medicación en un nivel de necesidad y preocupación (BMQ-Específico), se tomó como criterio el ítem 15, que es el punto medio de esta escala, con el fin de dividir el grupo en pacientes con alta y baja necesidad y con alta y baja preocupación (22). Se realizaron cuatro divisiones en la actitud de los pacientes: alta necesidad y baja preocupación se clasificaron como *aceptación*; alta necesidad y gran preocupación como *ambivalentes*; baja necesidad y alta preocupación como *escépticos*; y baja necesidad y baja preocupación como *indiferentes* (22).

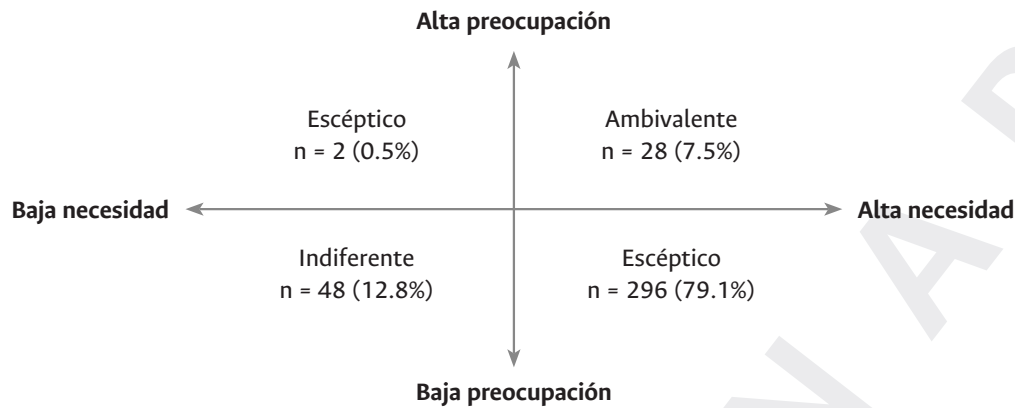
Los resultados que se muestran en la Figura 1 revelan que la mayor proporción de los participantes se clasificaron como *aceptación* (79,1 %), lo que indica fuertes creencias de alta necesidad de la medicación y baja preocupación con el uso de los medicamentos para el control de la HTA.

**Tabla 4.** Creencias generales y específicas sobre los medicamentos en personas con HTA

BMQ-G Creencias generales sobre los medicamentos				
Ítems	Media	DE	Mínimo	Máximo
1. Los médicos utilizan demasiados medicamentos	2,68	1,01	1	5
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando	2,34	0,74	1	4
3. La mayoría de los medicamentos crean adicción	3,91	0,95	1	5
4. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	2,93	0,84	1	5
5. Los medicamentos hacen más mal que bien	2,37	0,76	1	5
6. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	2,43	0,87	1	5
7. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos	2,36	1,1	1	5
Daño (ítems 1,3,4,7)	10,98	2,25	-	-
Abuso (ítems 2,5,6)	7,14	1,61	-	-
BMQ-E Creencias específicas sobre los medicamentos para la HTA				
Ítems	Media	DE	Mínimo	Máximo
1. Actualmente, mi salud depende de las pastillas	3,97	0,75	2	5
2. Mi vida sería imposible sin pastillas	3,35	1,12	1	5
3. A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de las pastillas	3,29	0,96	2	5
4. Sin pastillas estaría muy enfermo/a	3,3	1,04	1	5
5. Las pastillas son un misterio para mí	2,45	0,78	1	5
6. En el futuro mi salud dependerá de las pastillas	3,44	0,94	1	5
7. Las pastillas trastornan mi vida	2,33	0,73	1	4
8. A veces me preocupa llegar a ser demasiado dependiente de las pastillas	3,38	1,01	1	5
9. Las pastillas impiden que mi hipertensión empeore	4,48	0,57	2	5
Necesidad (ítems 1,2,4,6,9)	18,56	3,3	-	-
Preocupación (ítems 3,5,7,8)	11,46	2,11	-	-

DE: desviación estándar.  
Fuente: elaboración propia.

**Figura 1.** Marco de creencias y actitudes sobre los medicamentos para el control de la HTA (BMQ-Específico)



Fuente: elaboración propia.

## Adherencia al tratamiento y su relación con las creencias sobre los medicamentos para el control de la HTA

Se utilizaron las pruebas estadísticas para el análisis que permitió evaluar las diferencias entre los pacientes adherentes y no adherentes y las creencias sobre los medicamentos (subescalas del BMQ), identificando que solo las subescalas daño y abuso fueron significativas ( $p < 0,05$ ). Al comparar las subescalas BMQ-General, las puntuaciones de daño fueron significativamente diferentes a las puntuaciones de abuso. En las subescalas BMQ-Específico, las puntuaciones de necesidad fueron significativamente diferentes a las puntuaciones de preocupación, lo que indica que los participantes tenían fuertes creencias sobre la necesidad de su medicación, pero menos preocupaciones sobre los riesgos de usar medicamentos, corroborando los resultados obtenidos en el marco de creencias y actitudes sobre los medicamentos para el control de la HTA.

Los resultados del análisis multivariado, tomando en cuenta los factores que presentaron significancia estadística en los análisis univariado, reportaron que la adherencia al tratamiento se asoció con la edad ( $\beta = -0,03$ ; IC 95 % 0,947-0,987), el sexo ( $\beta = -0,53$ ; IC 95 % 0,360-0,955), estar recibiendo ARA II como medicación prescrita ( $\beta = 0,03$ ; IC 95 % 0,289-0,943) y las creencias de abuso ( $\beta = 0,14$ ; IC 95 % 1,004-1,337), como se detalla en la Tabla 5.

**Tabla 5. Análisis multivariado**

Variable/ categorías	Beta	p -value	(OR) IC 95 %
<b>Edad</b>	-0,03	0,001*	0,967 (0,947-0,987)
<b>Sexo</b>			
Masculino	Referente		
Femenino	-0,53	0,03*	0,588 (0,360-0,955)
<b>ARA II</b>			
No	Referente		
Sí	-0,64	0,03*	0,527 (0,289-0,943)
<b>BMQ-General</b>			
<b>Abuso</b>	0,14	0,04*	1,156 (1,004-1,337)

\*Estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).  
Fuente: elaboración propia.

## Discusión

Esta investigación evaluó la adherencia al tratamiento y su relación con las creencias sobre los medicamentos en personas con HTA, hallando no adherencia en 53,5 % de los participantes. La adherencia al tratamiento se relacionó con la edad y el sexo. Estos hallazgos deben ser observados con atención, puesto que en Colombia el promedio de prevalencia de HTA en personas mayores de 60 años fue de 28,14 % en los últimos 5 años, siendo mayor en las mujeres (23). Estudios realizados con pacientes hipertensos han reportado que factores como el sexo y la edad también se asociaron con baja adherencia a la medicación. Los mayores de edad y el sexo femenino presentaron la más alta probabilidad de no adherencia al tratamiento (24). Una explicación para ello es que los grupos de mayor edad olvidan la toma de los medicamentos con mayor frecuencia (25).

En lo relativo a la adherencia terapéutica, el rol de la enfermería en los programas de control de la HTA resulta crucial en el seguimiento del tratamiento antihipertensivo (12), particularmente en pacientes con condiciones especiales, dentro de los que se encuentran las mujeres y los adultos mayores, a través del establecimiento de mecanismos de valoración que permitan identificar posibles razones para un control inadecuado de la presión arterial y así identificar oportunidades para mejorar su adherencia (26).

Desde hace varios años, Horne y Weinman (27) dieron a conocer que las creencias sobre los medicamentos pueden ser el factor predictor más poderoso de la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, comparado con otras razones que subyacen la falta de adherencia, como el sexo, el nivel educativo y otras características sociodemográficas.

En este trabajo se proporciona evidencia adicional de que las creencias sobre el abuso de los medicamentos pueden ser un factor a tener en cuenta para la no adherencia al tratamiento en personas con HTA. De acuerdo con Rasmus *et al.*, las creencias negativas pueden ser un predictor importante para la no adherencia al tratamiento (28). Al respecto, algunos estudios revelan que las personas con HTA suelen creer que los medicamentos antihipertensivos generan más perjuicios que beneficios, y que todos los medicamentos son veneno (tóxicos), lo que los lleva a tener preocupaciones por los efectos secundarios a largo plazo (22, 29-31).

En cuanto a las creencias específicas sobre los medicamentos antihipertensivos (BMQ-Específico), la mayor proporción de los participantes se ubicó en el grupo de aceptación (alta necesidad y baja preocupación por la medicación), según el marco de representaciones de las actitudes de los pacientes hacia los medicamentos y la adherencia al tratamiento de Horne *et al.* (20, 21) y al estudio de Horne y Weinman (27). Frente a este aspecto, en el presente estudio no se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y las creencias sobre los medicamentos antihipertensivos al igual que en el estudio de Suárez *et al.* (30).

Una explicación de las creencias sobre los medicamentos antihipertensivos desde una perspectiva cualitativa es que algunos pacientes con HTA suelen creer que tomar medicamentos resulta favorable porque estos mantienen su cuerpo en buenas condiciones y evitan que su enfermedad empeore (29, 30). Sin embargo, también existe preocupación por el riesgo de tomar medicamentos rutinariamente, informando que estos envenenan el cuerpo, afectando los riñones, el estómago y todo el cuerpo (30), por lo que algunos pacientes deciden omitir ciertas dosis del tratamiento, a pesar de reconocer los peligros de la hipertensión y los beneficios de la medicación. De otro lado, varias personas hablaron sobre el uso de hierbas (moringa, ajo, limoncillo, jengibre, entre otras) para controlar la hipertensión (31).

Estos hallazgos podrían explicarse porque las creencias de las personas y su relación con la adherencia al tratamiento parecen variar entre países y dentro de las diferentes regiones a nivel subnacional (3). Por lo tanto, se debe considerar la manera en que estas variaciones influyen en la adherencia al tratamiento para el diseño de intervenciones con enfoque diferencial étnico y multicultural.

Por otro lado, al examinar el tipo de medicamento antihipertensivo y su relación con la adherencia al tratamiento y con las creencias sobre la medicación, sólo se identificó una asociación con el medicamento ARA II. En la revisión sistemática de creencias de salud y adherencia a la medicación en pacientes con HTA (31), tan solo un estudio consideró el tipo de medicamentos antihipertensivos, reportando que no se halló asociación entre el tipo de medicación y la adherencia al tratamiento (3). En consecuencia, se hace necesario que en futuros estudios se continúe investigando la relación entre el tipo de medicamento y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, los programas de control de la HTA se deben integrar como parte esencial del seguimiento, la evaluación de la adherencia al tratamiento y su relación con las creencias sobre la medicación de forma simultánea. De esta manera, la evaluación de la adherencia al tratamiento debe convertirse en una parte integral de la atención de los pacientes con HTA (31).

Hamrahian *et al.* (3) plantean que la adherencia al tratamiento en personas con HTA puede mejorar significativamente con intervenciones centradas en abordar las barreras que enfrenta el paciente para adherirse al tratamiento a corto y largo plazo. Para ello, el personal de salud debe poseer habilidades de comunicación y estar libre de prejuicios al momento de evaluar las barreras y los temores del paciente. Así mismo, estos autores recomiendan llevar a cabo las intervenciones mediante gestión multidisciplinaria colaborativa, incluyendo la participación de los pacientes hipertensos.

El presente estudio aporta conocimientos útiles para fortalecer la práctica disciplinar de enfermería, teniendo en cuenta que la no adherencia al tratamiento en personas con HTA representa un reto de gran complejidad para la gestión adecuada en salud. Se destaca la importancia de la evaluación periódica de la adherencia al tratamiento y las creencias sobre la medicación en el primer nivel de atención, con el fin de diseñar y ejecutar intervenciones individualizadas para fomentar una

mejor comprensión de los pacientes sobre sus medicamentos y creencias positivas y sólidas sobre la medicación. Además, los hallazgos de esta investigación se constituyen en el punto de partida para futuras investigaciones que permitan establecer una relación causal.

Finalmente, es importante mencionar las limitaciones de este trabajo. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, lo que limita las relaciones causales y la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con HTA. Además, esta investigación se limitó a analizar a personas con HTA que no presentaban comorbilidad concomitante, por lo que no requerían tratamiento con varios medicamentos.

## Conclusión

El presente estudio identificó un porcentaje significativo de personas con HTA que no fueron adherentes al tratamiento. La adherencia al tratamiento se asoció con la edad, el sexo y el tipo de medicamento (ARA II). Con respecto a las creencias, se hallaron fuertes convicciones sobre la necesidad de la medicación y pocas preocupaciones sobre los riesgos de usar medicamentos para el control de la HTA. Además, se demostró una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y las creencias sobre el abuso de los medicamentos antihipertensivo.

Finalmente, para mejorar la adherencia al tratamiento de personas con HTA, es fundamental identificar las creencias sobre los medicamentos, incluidas sus actitudes hacia los medicamentos. Estos factores asociados con la adherencia deben considerarse en futuros estudios enfocados en intervenciones que busquen mejorar la adherencia al tratamiento en poblaciones con características similares.

## Conflictos de intereses

Las autoras no reportan conflictos de intereses en este trabajo.

## Financiación

Este estudio no recibió financiación alguna para su ejecución.

## Referencias

- (1) Roth GA; Mensah GA; Fuster V. The global burden of cardiovascular diseases and risks: A compass for global action. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2980-2981. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.021>
- (2) Melaku D; Desalegn Y; Peter M; Temesgen A; Henok M; Mihretie G et al. Antihypertensive medications adherence and associated uncontrolled blood pressure among hypertensive patients in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *Int J Afr Nurs Sci.* 2022;16:100404. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100404>
- (3) Hamrahian SM; Maarouf OH; Fülöp T. A critical review of medication adherence in hypertension: Barriers and facilitators clinicians should consider. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:2749-2757. <https://doi.org/10.2147/PPA.S368784>
- (4) Götzinger F; Kunz M; Lauder L; Böhm M; Mahfoud F. Arterial hypertension – Clinical trials update 2022. *Hypertens Res.* 2022;45(7):1140-1146. <https://doi.org/10.1038/s41440-022-00931-2>
- (5) Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- (6) Karbownik MS; Jankowska-Polańska B; Horne R; Górski KM; Kowalczyk E; Szemraj J. Adaptation and validation of the Polish version of the Beliefs about Medicines Questionnaire among cardiovascular patients and medical students. *PLoS One.* 2020;15(4):e0230131. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230131>
- (7) Ashoorkhani M; Majdzadeh R; Gholami J; Eftekhari H; Bozorgi A. Understanding non-adherence to treatment in hypertension: A qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2018;6(4):314-323. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6226612/>
- (8) Cinar FI; Mumcu Ş; Kiliç B; Polat Ü; Bal Özkaptan B. Assessment of medication adherence and related factors in hypertensive patients: The role of beliefs about medicines. *Clin Nurs Res.* 2021;30(7):985-993. <https://doi.org/10.1177/1054773820981381>

- (9) Horne R; Chapman SCE; Parham R; Freemantle N; Forbes A; Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One*. 2013;8(12):e80633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>
- (10) Rahman M; Judah G; Murphy D; Garfield SF. Which domains of the framework of theoretical domains should be targeted for intervention to increase adherence to antihypertensive drugs? A systematic review. *J Hypertens*. 2022;40(5):853-859. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003113>
- (11) Gobernación de Córdoba. Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del municipio de Montería. Montería: Gobernación de Córdoba; 2021. <https://bit.ly/3QOPnU>
- (12) Gorostidi M; Gijón-Conde T; de la Sierra A; Rodilla E; Rubio E; Vinyoles E et al. Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the Spanish Society of Hypertension. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2022;39(4):174-194. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.09.002>
- (13) Ma C; Chen S; You L; Luo Z; Xing C. Development and psychometric evaluation of the treatment adherence questionnaire for patients with hypertension. *J Adv Nurs*. 2012;68(6):1402-1413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05835.x>
- (14) Esquivel Garzón N; Díaz Heredia LP. Validity and reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for patients with hypertension. *Invest. educ. Enferm* 2019;37(3):e09. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e09>
- (15) Horne R; Weinman J; Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*. 1999;14(1):1-24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
- (16) Beléndez-Vázquez M; Hernández-Mijares AH; Horne R; Weinmann J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7(3):767-779. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770313.pdf>
- (17) Herrera Guerra E del P; Robles González JR; Bautista Arellano LR. Validez y confiabilidad del Beliefs About Medicines Questionnaire en pacientes hipertensos colombianos. *Revista Cuidarte*. 2021;12(3):e1937. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1937>
- (18) Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4a Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas; 2016. <https://bit.ly/3SzD8Jt>
- (19) República de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993. <https://bit.ly/46KxusT>
- (20) Horne R. Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In: Petrie JK; Weinmann JA. *Perceptions of Health and Illness*. 1st. Edition. Psychology Press; 1997. 169-202. <https://doi.org/10.4324/9781315078908>
- (21) Horne R; Parham R; Driscoll R; Robinson A. Patients' attitudes to medicines and adherence to maintenance treatment in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(6):837-844. <https://doi.org/10.1002/ibd.20846>
- (22) Park HY; Seo SA; Yoo H; Lee K. Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:175-181. <https://doi.org/10.2147/PPA.S151263>
- (23) García-Peña AA; Ospina D; Rico J; Fernández-Ávila DG; Muñoz-Velandia Ó; Suárez-Obando F. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (sisPRO). *Rev. Colomb. Cardiol*. 2022;29(1):29-35. <https://doi.org/10.24875/rccar.m22000114>
- (24) Solís A; Bergonzoli-Peláez G; Contreras Rengifo A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. *Univ. Salud*. 2022;24(1):95-101. <https://doi.org/10.22267/rus.222401.261>
- (25) Zhou B; Danaei G; Stevens GA; Bixby H; Taddei C; Carrillo-Larco RM et al. Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: An analysis of 123 nationally representative surveys. *The Lancet*. 2019;394(10199):639-651. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31145-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31145-6)
- (26) Alomar Cano M; Álvarez García GM; Andrés Plumed MP; Arias Barroso P; Armentia González MI; Arocas Lázaro F et al. Guía de intervención de Enfermería en hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Madrid: Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA) y Universidad Camilo José Cela; 2020. <https://www.ehrica.org/wp-content/uploads/2021/10/Guia-EHRICA-2020.pdf>
- (27) Horne R; Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999;47(6):555-567. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00057-4)
- (28) Rasmus HB; Ulrika A; Ulf J; Patrik M. "Person-centredness in hypertension management using information Technology (PERHIT)". *Blood Pressure*. 2023;32(1):2226736. <https://doi.org/10.1080/08037051.2023.2226736>
- (29) Widyakusuma NN; Suryawati S; Wiedyaningsih C; Probosuseno. What do seniors believe about medication adherence? A qualitative study among seniors with chronic conditions in Yogyakarta, Indonesia. *Patient Prefer Adherence*. 2023; 17:1381-1392. <https://doi.org/10.2147/PPA.S412981>
- (30) Suárez-Argüello J; Blanco-Castillo L; Perea-Rangel J; Villarreal-Ríos E; Vargas-Daza R; Galicia-Rodríguez L et al. Creencias de enfermedad, creencias de medicación y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. *Arch. cardiol. Méx*. 2022;92(3):327-333. <https://doi.org/10.24875/acm.21000026>
- (31) Al-Noumani H; Wu JR; Barksdale D; Sherwood G; Alkhasawneh E; Knafl G. Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. *Patient Educ Couns*. 2019;102(6):1045-1056. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.022>