



Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión¹

Genoveva Granados² (*Universidad de Almería, España*),
Jesús G. Roales-Nieto (*Universidad de Almería, España*),
Emilio Moreno (*Universidad Autónoma de Tamaulipas, México*) y
José Luis Ybarra (*Universidad Autónoma de Tamaulipas, México*)

(Recibido 12 de junio 2007 / Received June 12, 2007)

(Aceptado 25 de julio 2007 / Accepted July 25, 2007)

RESUMEN. El presente estudio analítico-transversal tiene como objetivo analizar el impacto de las creencias en síntomas relacionados con la elevación de la tensión arterial, sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Participaron en el estudio 163 pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico. Se evaluó tanto la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, como la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico prescrito. Los resultados indican una fuerte asociación entre informes de creencias en forma de síntomas e informes de falta de adherencia. Se discute la importancia de estos datos por cuanto entre las variables asociadas a la ruptura de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos no se incluye la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, y la necesidad de incorporar su evaluación a los protocolos de control de la adherencia en esta enfermedad crónica.

PALABRAS CLAVE. Adherencia. Creencias. Hipertensión. Síntomas. Estudio analítico-transversal.

¹ Estudio financiado en el Plan Nacional de I+D+I (Ministerio de Educación y Ciencia y Fondos FEDER), referencia BSO2002-00022, dirigido por el segundo autor.

² Correspondencia: Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería. 04120 Almería (España). E-mail: genoveva@ual.es

ABSTRACT. The aim of this cross-sectional analytic study was to investigate the impact of the beliefs in symptoms related to the increase of the arterial tension, on the medication adherence in hypertensive patients. 163 hypertense patients with pharmacological treatment participate in the study. The presence of beliefs and the medication adherence of the patients was evaluated. The results indicate a strong association between reports of beliefs and reports of nonadherence. These findings support the importance of considering beliefs about symptoms as a variable that need to be consider in studies about adherence in hypertensive patients, and the convenience to incorporate the evaluation of the presence of this kind of beliefs into the protocols of adherence analysis for this chronic disease.

KEYWORDS. Adherente. Beliefs. Hipertensión. Symptoms. Cross-sectional analytic study.

RESUMO. O presente estudo analítico-transversal tem como objectivo analisar o impacto das crenças em sintomas relacionados com a elevação da tensão arterial, sobre a adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. Participaram no estudo 163 pacientes hipertensos com tratamento farmacológico. Avaliou-se tanto a presença de crenças em forma de sintomas associados à tensão arterial, como a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico prescrito. Os resultados indicam uma forte associação entre relatos de crenças em forma de sintomas e relatos de falta de adesão. Discute-se a importância destes dados Os resultados suportam a importância de se considerar as crenças sobre os sintomas como uma variável que precisa de ser considerada nos estudos sobre adesão em pacientes hipertensos, e a conveniência de se incorporar a avaliação da presença deste tipo de crenças nos protocolos de análise da adesão na doença crónica.

PALAVRAS CHAVE. Adesão. Crenças. Hipertensão. Síntomas. Estudo analítico-transversal.

Introducción

El control de la hipertensión arterial (HTA) es considerado como el principal objetivo en la prevención primaria y secundaria de los trastornos cardiovasculares (Ross, Walker y MacLeod, 2004). Los hallazgos epidemiológicos indican que cuánto más alta es la tensión más alta es la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular (Acosta, Debs, de la Noval y Dueñas, 2005; Kannel, 2000). Desde hace tiempo se dispone de tratamientos sencillos y eficaces que convierten a la HTA en un factor de riesgo teóricamente modificable (Ross *et al.*, 2004). Sin embargo, es un hecho suficientemente contrastado que el control real de la HTA logrado dista mucho de ser óptimo (Chobanian, 2001; De la Figuera, Arnau y Brotons, 2002; He y MacGregor, 2003). Uno de los factores determinantes que se han relacionado con el mal control de la enfermedad y sus consecuencias es el bajo cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, conocido como falta de adherencia al plan de tratamiento (Miller, 1997; Svensson, Kjellgren, Ahlner y Saljo, 2000; Thrall, Lip y Lane, 2004; Wogen, Kreilick, Livornese y Frech, 2001), habiéndose convertido en una importante temática de investigación e

intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud (Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005; Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez Sosa, 2005) siendo la mejora de la adherencia al tratamiento uno de los principales objetivos de intervención.

La hipertensión como enfermedad crónica exige el cumplimiento del tratamiento de una manera permanente y sistemática e implica cambios en el estilo de vida combinados o no con la toma de fármacos. En el caso de la hipertensión, por adherencia al tratamiento o seguimiento terapéutico podemos entender la incorporación en las rutinas de vida del paciente de los nuevos hábitos recomendados y el cumplimiento del plan farmacológico. La conducta de adherencia a un tratamiento debe ser considerada como un repertorio complejo que se establece en función de múltiples variables sujetas a la necesidad de la comprensión y el control de los diferentes comportamientos que la definen, unido a la motivación por llevarlos a cabo (para un análisis conductual de la adherencia véase Luciano y Herruzo, 1992).

Los estudios disponibles señalan que el porcentaje de pacientes hipertensos que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80%, si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50% (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades y Tweedy, 2002; Egan, Lacckland y Cutler, 2003; Fodor *et al.*, 2005; O'Rorke y Richardson, 2001; Svensson *et al.*, 2000). Igualmente, estudios llevados a cabo en España han indicado que entre el 40% y el 80% de los pacientes hipertensos no cumplen correctamente el tratamiento (Banegas *et al.*, 2002; Coca, 2005, Márquez *et al.*, 2001).

Como problema central en el tratamiento de la hipertensión arterial, numerosos estudios se han centrado en la búsqueda de los factores o determinantes implicados en la conducta de adherencia. Entre los múltiples factores o variables que se han relacionado con el incumplimiento del tratamiento en hipertensión se han estudiado las características de la prescripción terapéutica y de la enfermedad, las características contextuales, la interacción profesional-paciente, así como ciertas características personales (por ejemplo, la motivación y la colaboración del paciente, sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el tratamiento, el grado de amenaza que la enfermedad representa, variables de personalidad, etc.) (para una revisión véase Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005).

Por otro lado, es conocido que la percepción de síntomas es uno de los predictores del nivel de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas (Brondolo, Raymond, Rosen, John y Kostis, 1999; Gil Roales-Nieto, 2000; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Visdómine y Luciano, 2006). A su vez, la percepción de síntomas y su correspondiente informe son repertorios afectados por variables más allá de las propias de la enfermedad en cuestión; por ejemplo, las creencias sobre el funcionamiento del organismo y sus estados internos, de modo que ciertas señales se pueden convertir en síntomas de acuerdo a las experiencias en relación con la salud, los conocimientos sobre el funcionamiento del organismo, los modelos a los que se haya estado expuesto, las contingencias y las influencias socioculturales. El hecho de que las señales provenientes de nuestro organismo puedan tener valor para el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad (Gil Roales-Nieto, 2000, 2004) ha consolidado una amplia línea de investigación sobre las variables relacionadas con la discriminación de

señales internas, el informe verbal de las mismas y sus funciones en salud y enfermedad, así como la formación y el papel que cumplen las creencias sobre síntomas, con estudios sobre varios tipos de pacientes (Gil Roales-Nieto, 1988; Moreno San Pedro, Gil Roales-Nieto y Blanco Coronado, 2006; una revisión puede encontrarse en Gil Roales-Nieto, 2004).

En línea con estos hechos, una aproximación complementaria al fenómeno de adherencia consiste en considerar la percepción de síntomas como uno de los posibles predictores del nivel de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas (Brondolo *et al.*, 1999; Gil Roales-Nieto, 2000; Leventhal *et al.*, 1980). Si bien ha de tenerse en cuenta que, en el caso de la hipertensión, los «síntomas» han de considerarse de manera especial, puesto que la información clínica disponible señala la hipertensión como un síndrome lantánico, esto es, que no presenta síntomas consistentes o fácilmente reconocibles (Brondolo *et al.*, 1999; Fasce, Flores y Fasce, 2002; Kaplan y Lieberman, 1999), hasta el punto de ser calificada por Galton (1973) como el «asesino silencioso» (*the silent killer*). Sin embargo, numerosos estudios han mostrado que la mayoría de los pacientes hipertensos, a pesar de haber sido instruidos acerca de la naturaleza asintomática de su enfermedad, manifiestan percibir «síntomas» que «señalan» su nivel de tensión arterial y que utilizan como guía para la toma de la medicación y/o cumplimiento del resto del tratamiento, lo que indicaría una creencia generalizada sobre la enfermedad hipertensiva como enfermedad sintomática (Baumann y Leventhal, 1985; Brondolo *et al.*, 1999; Granados Gámez, Gil Roales-Nieto e Ybarra Sagarduy, 2006; Higgins, 1995; Leventhal *et al.*, 1980; Meyer, Leventhal y Gutmann, 1985; Sharkness y Snow, 1992; -una revisión de los mismos se encuentra en Granados Gámez y Gil Roales-Nieto, 2005).

Un estudio reciente de Rodríguez, Molero y Acosta (2004), en una muestra de 8862 pacientes encontró que el 31,70% no seguía regularmente el tratamiento y, entre las variables asociadas a la falta de adherencia, se encontró la «falta de síntomas» en el 28,85% de los pacientes no adherentes. Esto indicaría que casi un tercio de los incumplimientos se asocian a la ausencia de «síntomas» indicadores de que la presión arterial está alta, lo que induciría a los pacientes a relajarse con el tratamiento en la creencia de que su tensión arterial no estaba elevada. La relación entre las creencias en síntomas y su afectación de la adherencia es un tema que ha sido poco estudiado y que presenta numerosos interrogantes cuya exploración puede redundar en beneficios para la intervención psicológica con este tipo de pacientes crónicos.

El presente estudio analítico-transversal (Kelsey, Thompson y Evans, 1986; Pita Fernández, 1995) es un intento de avanzar en el conocimiento sobre la relación entre la presencia de creencias en forma de síntomas y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión esencial.

Método

Participantes y diseño

La muestra estuvo compuesta por 163 pacientes con diagnóstico de hipertensión y tratamiento farmacológico hipertensivo prescrito. El 69,90% (114) de los participantes

eran mujeres. Todos los participantes cumplían los criterios para su inclusión de no ser mayores de 65 años ni menores de 18, y no padecer ningún otro trastorno que pudiera implicar la presencia de síntomas claros y frecuentes. La edad media de la muestra es de 53,27 años ($DT = 10,65$), y el rango de edad estaba comprendido entre los 20 y los 65 años.

Se trata de un estudio analítico-transversal de carácter correlacional para analizar la relación entre la presencia o ausencia de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial y el informe de adherencia al tratamiento farmacológico. La aleatorización de los sujetos estuvo garantizada por la propia metodología del estudio, tal como se describe en el apartado de procedimiento.

Instrumento y procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo para cada paciente en un formato de entrevista estructurada en base a las preguntas pertenecientes al Cuestionario de Creencias de Hipertensión Arterial (CCH-01) (Granados Gámez *et al.*, 2006), relativas a la detección de creencias en forma de síntomas asociados a la tensión arterial, posibles funciones de tales síntomas, adherencia al tratamiento y razones informadas para la no adherencia y para la recuperación de la adherencia. El cuestionario es una guía de 36 preguntas abiertas en formato de entrevista sobre los múltiples aspectos de la hipertensión y su tratamiento (los detalles sobre dimensionalidad, contenidos y características psicométricas se encuentran en Granados Gámez, 2004).

Las respuestas a los ítems relativos a la presencia de creencias en forma de síntomas asociados a la hipertensión permitió clasificar a los sujetos en dos grupos: uno formado por aquellos pacientes que no informaban de creencias en forma de síntomas y otro formado por los sujetos que informaban de creencias.

Igualmente, los datos sobre el informe de fallos en la adherencia se obtuvieron con las preguntas del cuestionario que interrogan sobre ello, recabando información sobre los episodios de incumplimiento en la toma de la medicación, los episodios de alteración de la dosis, e igualmente las razones por las cuales se produjeron tanto los episodios de no adherencia como la vuelta al cumplimiento. Se entiende como fallo en la adherencia a la medicación cualquier suspensión, retirada o supresión de una o varias tomas o la disminución de la dosis por decisión propia.

La interacción con los pacientes se hizo en el contexto de la consulta de enfermería del Centro de Salud, siendo informados sobre la toma de datos y obtenido su consentimiento. Los pacientes fueron reclutados al azar entre los pertenecientes al Centro de Salud en el que se desarrolló el estudio según los listados de cita diaria y de acuerdo a su decisión de participar en el estudio.

Resultados

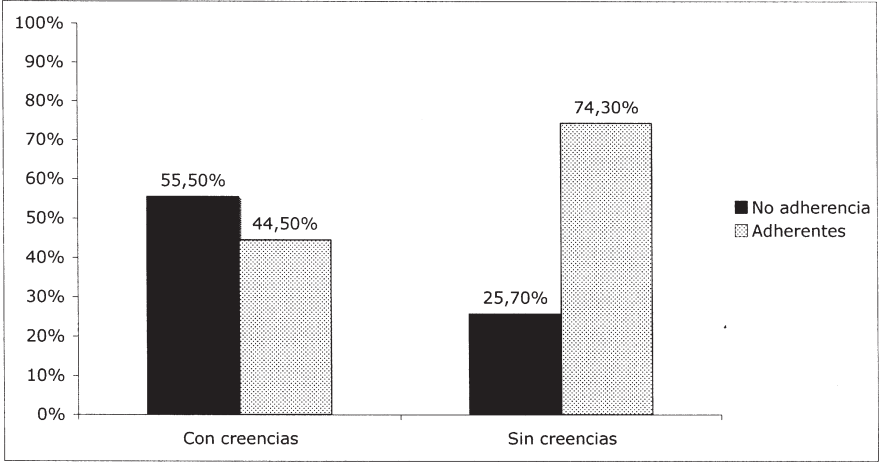
Los resultados indican que sólo 35 pacientes (el 21,50%) no informaron mantener creencias en síntomas relacionados con la tensión arterial. Por el contrario, sí lo hicieron 128 pacientes, lo que implica que el 78,50% del total de pacientes mantiene creencias acerca de síntomas que asocian a su tensión arterial. Ambos grupos conforman la

división entre pacientes que informan síntomas y pacientes sin síntomas asociados a la tensión arterial, que condicionará los siguientes análisis.

Igualmente, los resultados indican que el 49,10% del total de participantes informaron de fallos en la adherencia al tratamiento farmacológico. En cuanto al tipo de fallos en la adherencia informados, la gran mayoría fueron abandonos voluntarios de la medicación durante un determinado periodo (el 77,50% de los informes de no adherencia), en muy pocos casos se trató de modificaciones de la dosis (10% de los informes) y en otro pequeño porcentaje de casos se informaron los dos tipos de incumplimiento (12,50%).

Tomados de acuerdo a la presencia o no de creencias en síntomas, los resultados sobre informe de fallos en la adherencia ofrecen un marcado contraste, cuando se comparan los dos grupos de pacientes con y sin creencias en síntomas (véase la Figura 1). En concreto, en el grupo de pacientes con creencias el informe de fallos en la adherencia se mantiene elevado, puesto que alcanza al 55,50%, de los 128 pacientes con creencias en síntomas, mientras que sólo 9 (25,70%) de los 35 pacientes que no informan creencias, informaron incumplimientos del tratamiento farmacológico. Esta aparente relación entre informes de creencias e informes de incumplimiento del tratamiento se confirma cuando se comparan estadísticamente los resultados de ambos grupos, ya que la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado rechaza la independencia entre las variables informe de falta de adherencia a la medicación y presencia de creencias en síntomas ($\chi^2 = 9,74$, $p < 0,01$; *odds ratio* 3,59, IC 95 = 1,56 a 8,28). El sentido de esta relación queda indicado por el riesgo relativo de 2,15 (IC 95 = 1,20 a 3,86), según el cual los pacientes que informan creencias en síntomas presentan más del doble de riesgo de informar incumplimientos del tratamiento farmacológico respecto a los pacientes sin creencias en síntomas.

FIGURA 1. Distribución de los informes de no adherencia en los dos grupos de pacientes con y sin creencias en síntomas asociados a la hipertensión.



En cuanto a las razones que los pacientes informan para haber alterado el patrón de tratamiento, los resultados indican que, en el grupo de pacientes con síntomas, la razón principal es la ausencia de los síntomas para el 83% ($n = 59$) de los pacientes incumplidores. Otros tipos de razones señaladas fueron olvido (5 pacientes, 7%) y otras razones diversas tales como descansar del tratamiento, evitar los posibles efectos secundarios, etc., que informaron sólo el 9,80% ($n = 7$) de los pacientes.

Con respecto a las razones para el incumplimiento esgrimidas por los pacientes del grupo sin creencias, se encuentra una variedad algo distinta a la del grupo anterior. Por ejemplo, 4 pacientes esgrimieron como razón el olvido, 2 pacientes incumplían el tratamiento cuando preveían tomar bebidas alcohólicas y los tres restantes cuando su tensión arterial se encontraba bien tras su medición.

Igual de importantes son las razones que los pacientes informaron como motivos para reanudar o reajustar el tratamiento. Cuando se preguntó a los pacientes del grupo con creencias en síntomas los motivos por los cuales retomaron su adherencia al tratamiento farmacológico, el 70,40% ($n = 50$) respondieron que la razón fue la aparición de síntomas, el 11,30% ($n = 8$) indicó que lo hicieron por miedo a las consecuencias, el 12,70% de los pacientes indicaron otras razones (por ejemplo, actuación de la pareja) y dos pacientes (2,80%) no recordaban las razones. El informe de los pacientes que formaban el pequeño grupo sin creencias no resulta de interés por cuanto de los nueve pacientes, tres informaron que reanudaron el tratamiento por miedo a las consecuencias, otros tres por razones como la constatación de que su tensión arterial se había elevado y otros tres no recordaban las razones.

Para comprobar el posible papel de las creencias sobre falsos síntomas de tensión arterial elevada, como variable predictora de la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, se realizó un análisis de regresión logística (véase la Tabla 1). Como variable dependiente se consideró alterar el tratamiento farmacológico y como variables predictoras la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico y la creencias sobre síntomas. Los resultados de este estudio muestran que la única variable predictora del abandono del tratamiento farmacológico es la variable creencias sobre síntomas, si bien ha de tenerse en cuenta que una variable de importancia, como es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (experiencia con la enfermedad), en esta muestra es siempre superior a un año.

TABLA 1. Resultados del análisis de regresión logística.

<i>Variables</i>	<i>Wald</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>I.C. 95%</i>		<i>p</i>
			<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>	
Creencias en síntomas	5,476	2,822	1,184	6,728	< 0,05
Sexo	0,252	1,223	0,557	2,685	n.s.
Edad	1,772	0,977	0,943	1,011	n.s.
Tiempo de diagnóstico (+1 año)	0,299	1,413	0,410	4,871	n.s.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio confirman que los datos sobre adherencia al tratamiento farmacológico se asemejan a los obtenidos por numerosos estudios sobre adherencia al tratamiento en general y a la medicación en particular. El porcentaje de sujetos que informan incumplimiento con el patrón de medicación alcanza el 49,10%, muy cerca del 50% encontrado como promedio en adherencia a la medicación (Blumenthal *et al.*, 2002; Egan *et al.*, 2003; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMattro y Kravitz, 1992; Svensson *et al.*, 2000).

Igualmente, los resultados han confirmado que una gran mayoría de pacientes informa de creencias acerca de síntomas que utilizan como indicadores de que su tensión arterial esté o no elevada. En concreto, el 78,50% de los pacientes informaron creencias en síntomas. Teniendo en cuenta que se trata de pacientes con más de un año transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad y la disposición del tratamiento, este porcentaje confirma también los datos obtenidos por estudios previos (Baumann y Leventhal, 1985; Brondolo *et al.*, 1999; Granados Gámez *et al.*, 2006; Leventhal *et al.*, 1980; Meyer *et al.*, 1985).

La influencia de las creencias en síntomas sobre la ruptura de la adherencia queda ratificada por los datos diferenciales entre el grupo de pacientes con creencias en síntomas y sin ellas, y verificada por la significación estadística de dichas diferencias. Mientras que en el grupo de pacientes con creencias en síntomas el porcentaje de no adherentes se eleva al 55,50%, en el de pacientes sin creencias en síntomas es sólo del 25,70%. Como se señala en el apartado de resultados, esto significa que los pacientes con creencias en síntomas presentan más del doble de riesgo relativo de informar incumplimientos. También los datos sobre las razones informadas para explicar su no adherencia y las razones informadas para explicar la «vuelta» a la adherencia (un tipo de análisis de la adherencia novedoso y que debería extenderse y perfeccionarse en futuros estudios), señalan a las creencias en síntomas como responsables del 83% de los informes de no adherencia y del 70,40% de los informes de recuperación de la adherencia, lo que supone también un fuerte respaldo a la función desempeñada por la discriminación de estados internos y síntomas en la autorregulación en los enfermos crónicos. Esta función de riesgo para la adherencia de las creencias en síntomas es finalmente contrastada por los resultados del análisis de regresión logística que la señalan como variable predictora de adherencia.

De especial interés es el dato del 70,40% de pacientes que reinician el tratamiento o restablecen sus parámetros correctos (recuperación de la adherencia) por percibir nuevamente los síntomas que ellos creen relacionados con la elevación de su tensión arterial. Este dato indicaría la gran fortaleza de las creencias en el control del comportamiento relativo a la enfermedad y merece ser estudiado con detalle. La ausencia de síntomas identificada como señal de que la tensión arterial «está bien» implica un serio riesgo de que el paciente abandone o altere el tratamiento rompiendo su adherencia, pero además, es la presencia de los mismos síntomas lo que se identifica como señal de que la tensión arterial «ha subido» y lleva a retomar o restablecer los parámetros del tratamiento recuperando la adherencia. Este patrón de absoluto control sintomático de la enfermedad es un serio patrón de riesgo cuya solución sólo puede ser abordada desde

el plano de la intervención psicológica dada su naturaleza conductual. Los datos de este estudio, por tanto, reflejan que los pacientes hipertensos que dicen percibir síntomas (pacientes con creencias en síntomas asociados a la tensión arterial), se comportan ante la enfermedad hipertensiva como si de una enfermedad sintomática, cíclica o recurrente se tratase. De manera que, cuando creen percibir las señales de que su tensión arterial está elevada, en forma de cualquier malestar en la cabeza, taquicardia, etc., la respuesta del paciente es la de intentar revertir el proceso que supuestamente cree está produciendo la elevación de su tensión arterial. Lo contrario sucede cuando los síntomas están ausentes.

Item más, derivar así implica también mantener un concepto de hipertensión no como enfermedad crónica, sino como enfermedad aguda para la que los síntomas son señal inequívoca y para la que, como tal, se puede reducir o eliminar el tratamiento. Esta última derivación de vincular ausencia de síntomas-mejora de la salud-ruptura o modificación del tratamiento, implica un fallo básico en la conceptualización de la enfermedad y advertiría sobre la necesidad de revisar la formación de los pacientes en este aspecto.

Además, teniendo en cuenta que la prescripción farmacológica constituye sólo una parte del tratamiento antihipertensivo y que, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, suele ser prescrita, salvo excepciones, tras el fracaso previo en las modificaciones en el estilo de vida como tratamiento, estos datos deben ser considerados una seria advertencia que señala la posible insensibilidad al riesgo de un importante porcentaje de pacientes por sus propios patrones comportamentales, convirtiéndoles en candidatos al fracaso de su sistema vascular a medio plazo.

Referencias

- Acosta M., Debs, G., de la Noval, R. y Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21, 1-8.
- Banegas, J.R., Rodríguez, F., Ruilope, L.M., Graciano, A., Luque, M. y Cruz, J.J. (2002). Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *Journal of Hypertension*, 20, 2157-2164.
- Bauman, L. y Leventhal, H. (1985). ¿I can tell when my blood pressure is up, can't? *Health Psychology*, 7, 309-328.
- Blumenthal, J., Sherwood, A., Gullette, E.C., Georgiades, A. y Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 569-589.
- Brondolo, E., Raymond, C., Rosen, P., John, B. y Kostis, M. (1999). Relationship of physical and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: A repeated-measures design. *Psychosomatic Medicine*, 61, 311-318.
- Chobanian, A. V. (2001). Control of hypertension -An important national priority. *New England Journal of Medicine*, 345, 534-535.
- Coca, A. (2005). Control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España: Resultados del estudio CONTROLPRES 2003. *Hipertensión*, 22, 5-14.
- De la Figuera M., Arnau, J. y Brotons, C. (2002). *Hipertensión arterial en atención primaria: evidencia y práctica clínica*. Barcelona: EUROMEDICE. Ediciones Médicas.

- Egan, B.M., Lacckland, D.T. y Cutler, N.E. (2003). Awareness, knowledge, and attitudes of older americans about high blood pressure: Implications for health policy, education, and research. *Archives of Internal Medicine*, 163, 681-687.
- Fasce, E., Flores, M. y Fasce, F. (2002). Prevalencia de síntomas habitualmente asociados a la hipertensión arterial en población normotensa e hipertensa. *Revista Médica de Chile*, 130, 160-166.
- Fodor, G.J., Kotreca, M., Bacskai, K., Dornerb, T., Lietavac, J., Sonkodid, S., Riederb, A. y Turtona, P. (2005). Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *Journal of Hypertension*, 23, 1261-1266.
- Galton, L. (1973). *The silent disease: Hypertension*. Nueva York: Crown.
- Gil Roales-Nieto, J. (1988). Blood glucose discrimination in insulin-dependent diabetics. Training in feedback and external cues. *Behavior Modification*, 12, 116-132.
- Gil Roales-Nieto, J. (2000). *Manual de Psicología de la Salud. Comportamiento y Salud/Enfermedad* (Vol. 2). Granada: Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Granados Gámez, G. (2004). *Formación de falsas creencias en pacientes hipertensos: variables implicadas en su génesis y desarrollo*. Tesis Doctoral. Universidad de Almería.
- Granados Gámez, G. y Gil Roales-Nieto, J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 165-206.
- Granados Gámez, G., Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra Sagarduy, J.L. (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*, 18, 822-827.
- He, F.J. y MacGregor, G.A. (2003). Cost of poor blood pressure control in the UK: 62000 unnecessary deaths per year. *Journal of Human Hypertension*, 17, 455-457.
- Higgins, L.J. (1995). *The associations of personal body awareness, symptom perception, and time line anticipation with adherence behavior of adults with primary hypertension*. Doctoral Dissertation. The University of Kentucky, Lexington, Kentucky.
- Kannel, W.B. (2000). Risk stratification in hypertension: New insights from the Framingham Study. *American Journal of Hypertension*, 13, 3s-10s.
- Kaplan, N.M. y Lieberman, E. (1999). *Hipertensión clínica*. Barcelona: Walverly Hispánica.
- Kelsey, J.L., Thompson, W.D. y Evans, A.S. (1986). *Methods in Observational Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The commonsense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*. Vol. 2 (pp. 7-30). Oxford: Pergamon Press.
- Luciano, M.C. y Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 117-124.
- Márquez, E., Casado, J.J., Martínez, M., Moreno, J.P., Fernández, A. y Villar, J. (2001). Análisis de la influencia del cumplimiento terapéutico farmacológico en las presiones arteriales y grado de control de la HTA, mediante MAPA. *Medicina Clínica*, 116, 114-121.
- Meyer, D., Leventhal, H. y Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- Miller, N.H. (1997). Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *American Journal of Medicine*, 102, 43-49.
- Moreno San Pedro, E., Gil Roales-Nieto, J. y Blanco Coronado, J.L. (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de enfermería. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 3, 99-110.

- O'Rourke, J.E. y Richardson, W.S. (2001). Evidence based management of hypertension. What to do when blood pressure is difficult to control. *British Medical Journal*, 322, 1229-1232.
- Pita Fernández, S. (1995). *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid: DuPont Pharma.
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. y Sánchez Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462.
- Rodríguez, H., Molero, M. y Acosta, L. (2004). Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en un área de salud. Recuperado el 12 de febrero de 2006, de <http://www.monografias.com/trabajos15/antihipertension/antihipertension.shtml>.
- Ross, S., Walker, A. y MacLeod, M.J. (2004). Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- Sharkness, C.M. y Snow, D.A. (1992). The patient's view of hypertension and compliance. *American Journal of Preventive Medicine*, 8, 141-148.
- Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., DiMattro, M. y Kravitz, L. (1992). Antecedens of adherence to medical recommendation: Results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 447-468.
- Svensson, S., Kjellgren, K.L., Ahlner, J. y Saljo, R. (2000). Reason for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*, 78, 157-163.
- Thrall, G., Lip, G.Y.D. y Lane, D. (2004). Compliance with pharmacological therapy in hypertension: Can we do better, and how? *Journal of Human Hypertension*, 18, 595-597.
- Visdómine, C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 729-751.
- Wogen, J., Krelick, C., Livornese, R.G. y Frech, F. (2001). A population-based study of compliance and persistency with cardiovascular agents used in hypertension management. *Journal of Hypertension*, 4, 2-12A.