

## Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos con sobrepeso u obesidad

Dacia Yurimia Camacho Mata, José Luis Ybarra Sagarduy\*

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

José Luis Masud Yunes Zárraga

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Tamaulipas, México

Julio Alfonso Piña López

Universidad de Sonora, México

### ABSTRACT

**Adherence to Treatment in Hypertensive Patients with Overweight or Obesity.** This cross-sectional study evaluates the association between stress-related situations and social support with treatment adherence, in a sample of 173 hypertensive patients with overweight or obesity. Participants answered questions related to treatment adherence (consumption of prescription drugs, according to the doses and times specified). They were considered three stress-related situations (decision making, tolerance to ambiguity and tolerance to frustration) and two types of social support (emotional and confidence) as predictors of adherence. Multiple linear regression analysis showed the influence of two stress-related situations (decision making and tolerance for ambiguity) in overweight patients, and social support in patients with obesity. The association of stress-related situations and social support with the practice of three adherence behaviors was different depending on the patients was different depending on whether the patient is overweight or obese. We discuss the implications of findings for the purposes of designing, implementing and evaluating programs to improve treatment adherence in hypertensive patients.

**Key words:** adherence, hypertension, overweight, obesity, stress-related situations, social support.

### Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión es de moderada a baja, siendo peor cuando se presentan condiciones como sobrepeso u obesidad.

¿Qué añade este artículo?

- El estudio muestra la asociación diferencial de variables psicológicas y sociales con la práctica de tres conductas de adherencia en pacientes hipertensos, dependiendo de si éstos presentan una condición de sobrepeso (situaciones vinculadas con estrés) u obesidad (apoyo social).
- Se requieren diseñar, instrumentar y evaluar diferentes programas de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión esencial, según la asociación de las variables psicológicas y sociales con condiciones como el sobrepeso o la obesidad.

En varios estudios conducidos en diversos países se ha señalado que la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos es de baja a moderada, en porcentajes que oscilan entre el 30 y el 65% (p.ej., Lee, Wang, Liu, Cheung, Morisky y Wong, 2013; Nagarkar, Gadhave, Sharma, Choure, & Morisky, 2013; Ramli, Sufiza y Paraidathathu, 2012; Thomas, Meera, Binny, Sekhar, Kishore y Sasidharan, 2011); en México, la situación no

es diferente. Por ejemplo, en un estudio con la participación de 81 pacientes se encontró que el 44% informaba practicar de manera eficiente cuatro conductas de adherencia: consumo de medicamentos, ejercicio físico dosificado, adopción de una dieta balanceada y asistencia a las citas programadas con el especialista (Ortiz y Ortega, 2011). Otro estudio que incluyó 246 usuarios de los servicios de salud en una universidad pública, informa que el 27,2% había sido diagnosticado de hipertensión arterial, y de ellos el 11,4% seguía fumando, el 30% seguía consumiendo sal de manera rutinaria, el 37,8% consumía alcohol y el 57,6% no realizaba ningún tipo de actividad física (Castillo, Escoffié, Gutiérrez y Spielberg, 2011). Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-2012 de México, informan que de una submuestra de 1943 adultos de 20 o más años con diagnóstico previo de hipertensión, el 48,8% no mantenía constante el control de su presión arterial, porcentaje que decrecía conforme avanzaba la edad (Campos Nonato, Hernández Barrera, Rojas Martínez, Pedroza Tobías, Medina García y Barquera, 2013).

A lo anterior se ha de sumar el hecho de que los porcentajes de adherencia suelen ser todavía más bajos cuando los pacientes presentan condiciones tales como sobrepeso y obesidad, o bien co-morbilidades como diabetes (Rolnick, Pawloski, Hedblom, Asche y Bruzek, 2013). Sin embargo, no se han llevado a cabo estudios que analicen qué papel juegan el sobrepeso y la obesidad con relación a la adherencia terapéutica y el control clínico de la enfermedad en pacientes con hipertensión.

De acuerdo con sendos estudios realizados con base en un modelo psicológico para la investigación de las conductas de adherencia (Piña y Sánchez Sosa, 2007), en personas con VIH se ha encontrado que condiciones biológicas como el tiempo desde el momento del diagnóstico o la presencia de determinadas co-morbilidades afectan, no sólo al papel de los predictores psicológicos (i.e., situaciones vinculadas con estrés, motivos y desempeño competencial pasado y presente), sino también y de manera diferencial la práctica de dichas conductas (Piña, Dávila, Sánchez Sosa, Cázares, Togawa y Corrales, 2009; Piña, Sánchez Sosa, Fierros, Ybarra y Cázares, 2011). Por tanto, parecería razonable plantear la posibilidad de que ciertas condiciones biológicas o la presencia de co-morbilidades asociadas con otras enfermedades crónicas, desempeñen un papel similar al antes descrito, afectando a los predictores psicológicos y a las conductas de adherencia.

En el modelo teórico referido, se contempla la interacción de diferentes variables en cuatro fases. En la primera se encuentran las variables psicológicas históricas, conformadas por las situaciones vinculadas al estrés, los motivos y las competencias funcionales. Para los fines que se perseguían en este estudio se consideraron las situaciones vinculadas con estrés y el apoyo social. Las situaciones interactivas vinculadas con estrés se definen como campos de contingencias que se caracterizan porque es la conducta la que regula diferencialmente las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo (Ribes, 1990), e incluyen fundamentalmente tres: la toma de decisiones, la tolerancia a la ambigüedad y la tolerancia a la frustración. El apoyo social se definió como un proceso interactivo a través del cual la persona recibe ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmersa (Menéndez, Montes, Gamarra, Núñez, Alonso y Hujan, 2013).

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaron en el estudio pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que se encontraban recibiendo atención en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios de Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en Ciudad Victoria. La muestra representativa se obtuvo aplicando la fórmula de Duarte y Yunes (2012):  $N = Z \times 2 \times pQ/D \times 2$ . Donde  $Z = 1,96$  (valor de la distribución de  $Z$  para una probabilidad de .05);  $p =$  prevalencia (0,43);  $Q = 1-p$  y  $D =$  diferencia entre los casos esperados y la media poblacional. El tamaño de la muestra estimado resultó de 199 pacientes, de los que se eliminaron 26 debido a que no completaron los diferentes instrumentos, y omitieron información relacionada con el diagnóstico de la enfermedad y el régimen de tratamiento en el que se encontraban. La muestra definitiva quedó conformada por 173 pacientes con hipertensión, promedio edad de 59 años ( $DT = 9,7$ ) y edades mínima y máxima de 31 y 84 años, respectivamente.

### *Procedimiento*

El protocolo de investigación fue aprobado por las autoridades académicas de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y por el Comité de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con sede en Ciudad Victoria. En primer término se invitó a los pacientes a participar en el estudio, informándoles sobre los objetivos; se les aclaró que su participación sería voluntaria y se mantendría su anonimato. Quienes aceptaron participar leyeron y firmaron un consentimiento informado en el que se detallaban los compromisos de los investigadores y la posibilidad de retirarse del estudio libremente, sin menoscabo de su atención en la institución hospitalaria.

### *Medidas e Instrumentos*

Se definió adherencia como la manifestación práctica y específica del nivel de competencia de una persona, con base en la correspondencia funcional que se establece entre los objetos/eventos del ambiente y el ejercicio instrumental de una conducta -i.e., consumir los medicamentos con la frecuencia y/o en las dosis prescritas-, con la finalidad de producir determinados resultados -i.e., mantener estable la funcionalidad biológica y evitar la progresión clínica de la enfermedad (Piña, 2013). Para su medición se utilizaron tres preguntas: consumo de los medicamentos prescritos, consumo de los medicamentos en las dosis especificadas y consumo de los medicamentos en los tiempos especificados. Cada pregunta se encontraba definida en una escala tipo Likert de cinco puntos, que iban de 1 (nunca) a cinco (siempre), en donde 1 representaba una menor adherencia y 5 una mayor adherencia.

Además, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Escala de situaciones vinculadas con estrés* (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006). Contiene 12 preguntas agrupadas en tres subescalas: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración; cada pregunta se encontraba definida en una escala de 10 puntos, donde uno representaba una situación valorada como nada amenazante y 10 como demasiado amenazante. Un ejemplo de pregunta sobre toma de decisiones fue el siguiente: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da instrucciones que debe seguir al pie de la letra, pero usted decide seguir un tratamiento alternativo (consumir remedios caseros o naturistas), entonces ello le resulta...”. Uno sobre tolerancia a la ambigüedad fue: “A usted se le diagnosticó una enfermedad que no sabe si tendrá cura en el corto o mediano plazos, pero debe seguir un tratamiento, entonces ello le resulta...”. Uno sobre tolerancia a la frustración fue: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y hace todo lo que se le indica, pero no recibe consecuencias positivas por parte del personal de salud, entonces ello le resulta...”. A menor puntuación, menor la valoración del estrés en cada situación, y viceversa.
- *Cuestionario de Apoyo Social Funcional-Duke* (DUFSS, Duke-UNC *Functional Social Support Questionnaire*) (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988), adaptado y validado en México (Piña, Rivera y Corrales, 2007). Incluye 11 preguntas que miden el apoyo percibido de personas significativas del entorno social, seis en su modalidad afectiva y cinco en su modalidad de confianza. Las preguntas se encuentran en formato tipo Likert de cuatro puntos, que van de uno (menos de lo que quiero o espero) a cuatro (más de lo que quiero o espero). A menor puntuación, menor el apoyo social percibido, y viceversa.

#### *Análisis de datos*

En primer término se obtuvieron estadísticas univariadas -medias, desviaciones típicas y valores mínimos y máximos de las respuestas- de cada una de las variables independientes. Se separaron los pacientes según su condición de sobrepeso y obesidad (variable criterio), para lo cual se efectuaron diferentes análisis de regresión lineal múltiple por pasos para identificar los predictores de cada una de las tres conductas de adherencia. Para evaluar la bondad de ajuste de los datos al modelo se utilizaron los indicadores estimación de los coeficientes de regresión, muestra de los coeficientes de regresión y prueba de significancia para cada una de las Betas, coeficiente de determinación  $R^2$  corregido, diagnóstico de colinealidad y, finalmente, prueba de Durbin-Watson para el análisis de los residuales (Gardner, 2003).

## RESULTS

En la tabla 1 se resumen las características socio-demográficas y clínicas de los participantes. En términos generales, y de acuerdo con los datos que se resumen en la tabla 2, las puntuaciones obtenidas por la mayoría de participantes en las tres conductas de adherencia se sitúan entre los valores 4 (frecuentemente) y 5 (siempre), siendo mayor el valor en el consumo de los medicamentos según las dosis especificadas (Media= 4,68,  $DT= 0,768$ ) y menor en el consumo de los medicamentos según los tiempos especificados (Media= 4,46,  $DT= 0,872$ ). Los resultados en las tres variables de la Escala que mide Situaciones Vinculadas con Estrés fueron de bajas a moderadas; respecto del apoyo social en sus dos modalidades, las puntuaciones fueron altas, más

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Variables	Media	DT	Mínimo	Máximo	N (%)
Edad	59	9,7	31	84	
Tiempo de diagnóstico (años)	9,6	8,8	0	48	
Presión sistólica	130,8	16,5	90	180	
Presión diastólica	81,6	13,4	30	160	
Hombres					38 (22)
Mujeres					135 (78)
Nivel educativo	Sin estudios				27 (15,6)
	Primaria				37 (21,4)
	Secundaria				30 (17,3)
	Bachillerato				33 (19,1)
	Profesional/Postgrado				46 (26,6)
Estado civil	Solteros				10 (5,8)
	Casados				123 (71,1)
	Unión libre				2 (1,2)
	Separados				6 (3,5)
	Divorciados				12 (6,9)
	Viudos				20 (11,6)
	Pacientes con sobrepeso <sup>a</sup> (IMC= 25.0-29.9)				56 (32,4)
	Pacientes con obesidad <sup>b</sup> (IMC= 30.0 ó >)				117 (67,6)

Notas: <sup>a</sup>= Según criterios de la World Health Organization (2000); IMC= Índice de Masa Corporal.

Tabla 2. Instrumentos, estadísticas univariadas y valores del  $\alpha$  de Cronbach.

Instrumentos y subescalas	Media	DT	Mínimo	Máximo	$\alpha$ Cronbach	
Conductas adherencia	Consumo medicamentos prescritos	4,5	0,8	1	5	0,85
	Consumo medicamentos dosis especificadas	4,6	0,7	1	5	
	Consumo medicamentos tiempos especificados	4,4	0,8	1	5	
Toma de decisiones	8,9	7,1	3	30	0,85	
Tolerancia a la ambigüedad	11,4	8,3	3	30	0,83	
Tolerancia a la frustración	22,2	14,3	6	60	0,86	
Apoyo social de confianza	23,3	5,5	7	30	0,84	
Apoyo social afectivo	18,4	4,2	7	25	0,71	

cercanas a los valores máximos posibles. Al comparar con la prueba  $T$  a los participantes con sobrepeso y obesidad, se encontró una sola diferencia significativa ( $t_{(171)} = 1,953$ ;  $p = .052$ ) en la conducta consumo de medicamentos prescritos, atribuible al grupo de participantes con sobrepeso (Media= 4,71;  $DT = 0,62$ ) vs. el grupo con obesidad (Media= 4,46;  $DT = 0,86$ ), razón por la cual se omiten los restantes resultados.

Por su parte, los análisis de regresión lineal múltiple para las tres conductas de adherencia (tabla 3) evidenciaron un peso diferenciado para cada uno de los grupos con sobrepeso y obesidad. Así, para la conducta consumo de los medicamentos prescritos, los predictores para los participantes con sobrepeso fueron los bajos niveles de estrés vinculados con la toma de decisiones y un mayor apoyo social de confianza percibido ( $F_{[2,53]} = 7,843$ ;  $p = .001$ ), con una  $R^2 = 0,228$  (explicando las dos variables 22,8% de la varianza). Mientras tanto, para los participantes con obesidad el único predictor fue el mayor apoyo social afectivo percibido ( $F_{[1,115]} = 6,246$ ;  $p = .014$ ), con una  $R^2 = 0,052$  (explicado la variable 5,2% de la varianza). En ambos casos los indicadores de bondad del ajuste fueron los óptimos, pues el estadístico de Durbin-Watson se ubicó dentro del rango esperado de 1500 y 2500, lo que permite afirmar que hay independencia de los residuos, que fueron de cero en los dos grupos.

El siguiente análisis se realizó considerando la conducta consumo de los medicamentos en las dosis especificadas. Para el grupo de participantes con sobrepeso, el único predictor fue el de los bajos niveles de estrés vinculado con toma de decisiones

Tabla 3. Análisis de regresión lineal múltiple para las tres conductas de adherencia.

			$\beta$	$t$	$p$	IT	Colinealidad	
							FIV	Durbin-Watson
Consumo medicamentos	Sobrepeso	Toma decisiones	-0,399	-3,308	.002	1,000	1,000	2,169
		AS confianza	0,269	2,225	.030	1,000	1,000	
Consumo medicamentos (dosis especificadas)	Obesidad	AS afectivo	0,227	2,499	.014	1,000	1,000	2,144
		Toma decisiones	-0,318	-2,467	.017	1,000	1,000	2,225
Consumo medicamentos (dosis especificadas)	Obesidad	AS afectivo	0,227	3,498	.001	0,448	2,131	2,007
		AS confianza	-0,296	-2,242	.027	0,443	2,259	
		TA	-0,182	-2,044	.043	0,975	0,026	
Consumo medicamentos (tiempos especificados)	Sobrepeso	TA	-0,380	-3,015	.004	1,000	1,000	2,162
		TF	-0,201	-2,205	.029	0,950	1,050	2,077
		AS afectivo	0,201	2,201	.030	0,950	0,050	

Notas: AS= apoyo social; TA= tolerancia ambigüedad; TF= tolerancia frustración; IT= índice de tolerancia; FIV= factor de inflación de la varianza.

( $F_{[1,54]} = 6,085$ ;  $p = .017$ ), con una  $R^2 = 0,101$  (explicando la variable 10,1% de la varianza). Los indicadores de bondad del ajuste fueron los óptimos, pues el estadístico de Durbin-Watson se ubicó dentro del rango esperado de 1500 y 2500, lo que permite afirmar que hay independencia de los residuos, cuya media fue de cero. Para el grupo de participantes con obesidad, si bien tres variables aparecen como predictores de la conducta ( $F_{[3,113]} = 5,673$ ;  $p = .001$ ), los datos que arrojaron el índice de tolerancia (IT) y el factor de inflación de la varianza (FIV) revelan que no son los apropiados, sugiriendo que hay colinealidad entre las variables apoyo social afectivo y de confianza. Finalmente, para la conducta consumo de medicamentos en los tiempos especificados, para el grupo de personas con sobrepeso el único predictor fue el de los bajos niveles de estrés vinculado con tolerancia a la ambigüedad ( $F_{[1,54]} = 9,091$ ;  $p = .004$ ), con una  $R^2 = 0,144$  (explicando la variable 14,4% de la varianza). Para los participantes con obesidad, los bajos niveles de tolerancia a la frustración y un buen apoyo social afectivo percibido fueron los predictores ( $F_{[2,114]} = 6,249$ ;  $p = .003$ ), con una  $R^2 = 0,099$  (explicando las dos variables 9,9% de la varianza). Para ambos grupos los indicadores de bondad del ajuste fueron los óptimos, pues el estadístico de Durbin-Watson se ubicó dentro del rango esperado de 1500 y 2500, lo que permite afirmar que hay independencia de los residuos, cuyo valor fue de cero en cada grupo.

## DISCUSIÓN

En este estudio y contrario a lo reportado en la literatura internacional, la práctica de tres conductas de adherencia fue alta, si se consideran las puntuaciones promedio: 4,5 para consumo de medicamentos prescritos, 4,6 para consumo de medicamentos en las dosis especificadas y 4,4 para consumo de medicamentos en los tiempos especificados. Además, tal y como se mencionó en el apartado previo, las puntuaciones en las tres variables vinculadas con estrés fueron de bajas a moderadas, en tanto que en las dos variables relacionadas con el apoyo social fueron altas. Motivo de análisis y por su importancia, es posible que ello se deba a que se trabajó con una muestra de pacientes que tenían viviendo más de nueve años con la enfermedad.

Ahora bien, lo que resulta particularmente interesante son los resultados que arrojaron los diferentes análisis de regresión, según la condición de sobrepeso y obesidad que presentaban los participantes. Para las dos primeras conductas, en la condición de

sobrepeso una variable clave fue la de los bajos niveles de estrés vinculados con la toma de decisiones, definida en el contexto de la teoría de la personalidad de Ribes y Sánchez (1990) a cómo una persona enfrenta la posibilidad de emitir una respuesta (i.e., consumir los medicamentos prescritos) ante contingencias que implican eventos estímulos potencialmente competitivos o inciertos en el tiempo. Esto es, se podría afirmar que para las dos conductas, tomar decisiones no representaba una situación que generara reacciones de estrés en los participantes, en la medida en que no se cumplía con el criterio de que los eventos de estímulo fueran competitivos, o sea, como una situación en la que se tenía que optar por consumir los medicamentos o no hacerlo. Por otro lado, nótese que en la tercera conducta, la de consumo de medicamentos según los tiempos especificados, el único predictor fue la variable situación vinculada con estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad. Ésta implica que una persona no presenta reacciones de estrés, puesto que reconoce la relación entre la señal de estímulo con relación a la contingencia -consumir los medicamentos en los tiempos u horarios- (Bayés y Ribes, 1992).

Se pone especial énfasis en las dos situaciones vinculadas con estrés -toma de decisiones y tolerancia a la ambigüedad- respecto de las tres conductas, en razón de que son situaciones que implican relaciones en las que se requieren reconocer las señales de estímulo, qué conductas hay que practicar y en qué momentos o circunstancias. Lo más interesante desde nuestro punto de vista, es que ambas situaciones predijeron las conductas de adherencia únicamente en el grupo de participantes con sobrepeso. Pareciera entonces que en la medida en que se vive con sobrepeso y que es más factible instrumentar acciones concretas para su control, es en la misma medida en que los participantes aprenden a identificar qué tipos de situaciones potencian o no la aparición de reacciones de estrés y, por consiguiente, a desplegar patrones conductuales orientados a mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos (Flores Valdez, León Santos, Vera Hernández y Hernández Pozo, 2013).

Cuando las personas viven con una enfermedad crónica, la probabilidad de un mejor ajuste y que se adhieran a los tratamientos se verá potenciada si previo al diagnóstico de la enfermedad enfrentaban situaciones generadoras de estrés que eran capaces de controlar eficientemente (Rodríguez, Ortega y Nava, 2009). Esto es, si como parte de su propia idiosincrasia los modos consistentes de comportarse respecto de otras enfermedades no propiciaban reacciones de estrés que, como bien se sabe, compiten abiertamente con las conductas de ajuste a la enfermedad y de adherencia a los tratamientos. Sin embargo, a esto último es necesario añadir el papel del variable apoyo social. Con excepción de la modalidad afectiva -que predijo la primera conducta, la de consumo de medicamentos prescritos en el grupo de participantes con sobrepeso-, su mayor influencia se observa en el grupo con obesidad, lo mismo ocurre respecto a la conducta consumo de medicamentos en los tiempos especificados. Luego entonces, a la luz de estos hallazgos pareciera que vivir con sobrepeso o con obesidad es menos o más determinante para que los participantes evalúen a su vez como menos o más influyente determinado tipo de apoyo social. En otras palabras, en la primera y tercera conductas el apoyo social afectivo fue más influyente en el grupo de participantes con obesidad; se trata de un tipo de apoyo que es fundamental en el seno de la familia y

de las relaciones que se generan entre el paciente y sus integrantes -i.e., pareja e hijos (Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010; Soria, Ávila, Vega y Nava, 2012). Desde una perspectiva clínica, habría que entender que la obesidad suele contribuir de manera importante en el desarrollo de síndrome metabólico, dislipidemia y de enfermedades cardiovasculares (Contreras Leal y Santiago García, 2011), lo que en principio le da un valor añadido a la necesidad de contar con redes de apoyo que dispensen a los participantes el “afecto” que requieren para impulsar no sólo la práctica de las conductas de adherencia, sino también para motivar una modificación sustancial en sus hábitos de vida cotidiana (Riveros, Cortazar Papala, Alcázar y Sánchez Sosa, 2005).

El planteamiento que subyace a lo antes dicho, es que hay una diferencia entre vivir con sobrepeso y con obesidad, en virtud de que ésta precisa desde una perspectiva psicológica cambios que faciliten el ajuste a dicha condición, a la enfermedad (hipertensión) y sus requerimientos, que se pueden ver favorecidos si se cuenta con personas significativas del entorno social inmediato que los instiguen, regulen o refuercen de manera sistemática (Flynn *et al.*, 2013; Guevara Gasca y Galán Cuevas, 2010). Lo que podríamos afirmar es que dada la condición de obesidad, todo apunta a que los requerimientos sociales son diferentes en este grupo de personas -comparados con los de las personas con sobrepeso-, y en tal virtud pareciera que hay implícita a la práctica de las conductas de adherencia necesidades de apoyos especiales, de tipo afectivo, que vendrían a regular el hacer cotidiano de los participantes en lo tocante al control de la enfermedad, en los términos planteados antes.

En otras palabras, el peso de las variables psicológicas de proceso (situaciones vinculadas con estrés) es más importante en las personas con sobrepeso, en tanto que las de tipo social (apoyo afectivo) en las personas con obesidad. Esto implicaría que lo psicológico y/o lo social, como categorías de análisis independientes, juegan un papel menos o más importante no sólo en lo que hace a la enfermedad que se está atacando y sus respectivos tratamientos, sino también en lo que hace a sí, como en este trabajo, se tiene que considerar el vivir con una condición como la del sobrepeso o la obesidad. Esto último tiene, por supuesto, enormes implicaciones cuando se trata de diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención, ya que lo psicológico y lo social, por utilizar una expresión coloquial, pesan de manera diferente, según sean las características de las personas, de los modos en que interactúan en su entorno social inmediato, del tipo de enfermedad de que se trate y, finalmente, de si a ésta se asocian condiciones como el sobrepeso, la obesidad u otras como el síndrome metabólico.

No obstante los resultados obtenidos, hay que señalar un par de limitaciones en este estudio. En primer lugar, el tamaño de la muestra, que se limitó originalmente a poco más de 200 pacientes, debido a dificultades para contar con el personal de apoyo que pudiera establecer contacto y darle seguimiento a una cantidad mayor. En segundo lugar, que sólo se tomaron en cuenta dos variables del modelo (situaciones vinculadas con estrés y apoyo social, ésta como variable “exógena”), lo que eventualmente explicaría los modestos porcentajes de varianza explicadas por ambas variables. En investigaciones futuras será necesario considerar una muestra mayor, incluyendo a pacientes que se atienden en la institución, tanto a quienes tienen viviendo poco tiempo con la enfermedad pero que ya se encuentran expuestos a los regímenes terapéuticos establecidos, así como



quienes tienen viviendo más tiempo con aquélla; asimismo, será necesario incluir otras variables de interés, como por ejemplo los motivos y las competencias (conocimientos del paciente sobre su enfermedad y las habilidades adquiridas); no menos importante será analizar qué papel juegan las creencias sobre las conductas de adherencia, considerando los hallazgos reportados por otro grupo de investigación (Granados y Roales-Nieto, 2007; Granados, Roales-Nieto, Moreno San Pedro e Ybarra, 2007; Granados, Roales-Nieto e Ybarra, 2006; Márquez, Granados, Roales-Nieto, 2014; Roales-Nieto, Granados y Márquez, 2014).

## REFERENCIAS

- Bayés R y Ribes E (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedades: su aplicación al caso del SIDA. En JA Piña (comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta* (pp. 1-21) Hermosillo, México: Editorial de la Universidad de Sonora.
- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV y Kaplan BH (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Campos Nonato I, Hernández Barrera K, Rojas Martínez R, Pedroza Tobías A, Medina García C y Barquera S (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S144-S150.
- Castillo R, Escoffié EM, Gutiérrez JL y Spielberger CH (2011). Hipertensión arterial, factores de riesgo, estilos de vida e ira. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 12, 249-68.
- Contreras Leal EA y Santiago García J (2011). Obesidad, síndrome metabólico y su impacto en las enfermedades crónicas. *Revista Biomédica*, 22, 103-115.
- Córdova Villalobos JA, Lee M, Hernández-Ávila M, Aguilar-Salinas CA, Barriguete-Meléndez J, Kuri Morales P, Lara Esqueda A, Álvarez Lucas CH, Molina Cuevas V, Barquera S, Rosas Peralta M y González Chávez A (2009). Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012, y Sistema de Indicadores de Diabetes en México. *Revista Mexicana de Cardiología*, 20, 43-45.
- Duarte A y Yunes JL (2012). *Metodología de investigación en ciencias médicas: Introducción práctica para estudiantes*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Flores Valdez IH, León Santos MP, Vera Hernández E y Hernández Pozo R (2013). Intervenciones psicológicas para el manejo y reducción del estrés en pacientes hipertensos: una revisión sobre su efectividad. *Psychologia: Avances en la Disciplina*, 7(2), 25-44.
- Flynn SJ, Ameling JM, Hill-Briggs F, Wolff JL, Bone LR, Levine DM, Roter DI, Lewis-Boyer L, Fisher AR, Purnell L, Ephraim PL, Barbers J, Fitzpatrick SL, Albert MC, Cooper LA, Fagan PJ, Martin D, Ramamurthi HC, & Boulware, LE (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspective of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*, 7, 741-49.
- Gardner RC (2003). *Estadística para Psicología usando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación.
- González MT y Piña JA (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10, 399-409.
- Granados G y Gil Roales-Nieto J (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 393-403.
- Granados G, Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E e Ybarra JL (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical Health and Psychology*, 7, 697-707.
- Granados G, Roales-Nieto JG e Ybarra JL (2006). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*, 18, 822-827.
- Guevara-Gasca MP y Galán-Cuevas S (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 47-55.
- Lee GY, Wang HH, Liu KQ, Cheung Y, Morisky DE & Wong MC (2013). Determinants of medication adherence

- to antihypertensive medication among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*, 8, e62775.
- Márquez VV, Granados G, Roales-Nieto JG (2014). Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*, 47, 83-89. doi:10.1016/j.aprim.2014.03.009
- Menéndez C, Montes A, Gamarra T, Núñez C, Alonso A y Hujan S (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*, 31, 506-513.
- Nagarkar AM, Gadhave SA, Sharma I, Choure A & Morisky DE (2013). Factors influencing medication adherence among hypertensive patients in a tertiary care hospital, Pune, Maharashtra. *National Journal of Community Medicine*, 4, 559-563.
- Ortiz GR y Ortega E (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21, 79-90.
- Piña JA (2013). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/Sida: una propuesta integradora. *Conductual, Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1, 47-62.
- Piña JA, Dávila M, Sánchez Sosa JJ, Cázares O, Togawa C y Corrales AE (2009). Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 67-78.
- Piña JA, Sánchez-Sosa JJ, Fierros LE, Ybarra JL y Cázares O (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia Psicológica*, 29, 147-157.
- Piña JA, Rivera BM y Corrales AE (2007). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*, 13, 53-63.
- Piña JA y Sánchez Sosa JJ (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Piña JA, Valencia MA, Mungaray K y Corrales AE (2006). Validación de una escala breve que mide Situaciones Vinculadas con Estrés en personas VIH positivas. *Terapia Psicológica*, 24, 15-21.
- Ramli A, Sufiza N, & Paraidathathu T (2012). Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Preference and Adherence*, 6, 613-622.
- Reyes AG, Garrido A, Torres LE y Ortega P (2010). Cambios en la cotidianidad familiar y enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20, 111-117.
- Ribes, E (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes E y Sánchez S (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano* (pp. 79-99). México, DF: Trillas.
- Riveros A, Cortazar Papala J, Alcazar F y Sánchez Sosa JJ (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-62.
- Roales-Nieto JG, Granados G y Márquez V (2014). Effects of a feedback procedure on beliefs about symptoms and treatment adherence in hypertensive patients. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 433-444.
- Rodríguez ML, Ortega G y Nava C (2009). Competencias efectivas y reacciones de estrés en participantes sanos y con enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 19, 177-88.
- Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, & Bruzek RJ (2013). Patient characteristics associated with medication adherence. *Clinical Medicine & Research*, 11, 54-65.
- Rosas MA & González MT (2012). Social support and motives: Their influence on treatment adherence and biomarkers among HIV patients from Michoacan, Mexico. *International Journal of Hispanic Psychology*, 5, 151-166.
- Soria R, Ávila DI, Vega Z y Nava C (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología*, XVI, 78-84.
- Thomas D, Meera NK, Binny K, Sekhar MS, Kishore G & Sasidharan S (2011). Medication adherence and associated barriers in hypertension management in India. *CVD Prevention and Control*, 6, 9-13.
- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Ginebra: Autor.

Recibido 18 Noviembre, 2014  
Aceptación Final 15 Julio, 2015