

Predictores de conductas de autocuidado entre pacientes hipertensos con escasos conocimientos en salud, con base en un modelo de creencias sobre la salud en el distrito de Bushehr, al sur de Irán

Azam Larki, Mahnoush Reisi, Rahim Tahmasebi

Introducción

La hipertensión es un problema importante de salud pública a nivel mundial, que puede acarrear consecuencias muy graves, como enfermedades cardiovasculares y renales.¹ Según los informes, más de uno de cada tres adultos en todo el mundo padece hipertensión arterial, esta proporción aumenta con la edad.² Debido a su alta prevalencia y sus complicaciones graves, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asignó al Día Mundial de la Salud 2013 este tema como: la "asesina silenciosa, crisis de salud pública mundial".³

Las estadísticas mostraron un aumento de su prevalencia. El número de pacientes con este padecimiento ha pasado de 600 millones en 1980 a 1.000 millones en 2008; se sabe que más del 40% de los adultos son hipertensos.⁴ Asimismo, se predijo que para 2025, 1.560 millones de adultos la padecerán.¹ En este sentido, se informó que entre el 14 y el 34 por ciento de los pacientes en Irán eran hipertensos.⁵

Azam Larki. Departamento de Educación para la Salud y Promoción de la Salud, Universidad de Ciencias Médicas de Bushehr, Bushehr, Irán.

Correo-e: azam.larki69@gmail.com

Mahnoush Reisi. Departamento de Educación para la Salud y Promoción de la Salud, Universidad de Ciencias Médicas de Bushehr, Bushehr, Irán.

Correo-e: reisi_mr@yahoo.com

Rahim Tahmasebi, Departamento de Bioestadística, Universidad de Ciencias Médicas de Bushehr, Bushehr, Irán. Correo-e: rahimtahmasebi@yahoo.com

Debido a que esta enfermedad puede provocar complicaciones agudas y debilitantes e impone muchos costes al individuo y al sistema de salud, los estudios demuestran que el control de la presión arterial en pacientes hipertensos es altamente deseable. Los resultados de diversos estudios realizados en todo el mundo sugieren una alta prevalencia de presión arterial no controlada entre los pacientes hipertensos.^{6,7}

La estrategia más importante para controlar la presión arterial y mantenerla en el rango óptimo es el cumplimiento por parte del paciente de una serie de conductas de autocuidado.⁸ Las conclusiones de un meta análisis que examinó los resultados de 87 estudios, indicaron que el autocuidado óptimo entre pacientes hipertensos podría reducir la presión arterial sistólica y diastólica en 5 y 4,3 mmHg, respectivamente.⁹

El autocuidado de las personas con hipertensión arterial incluye el cumplimiento de una dieta saludable (específicamente, baja en sal), mantener actividad física, no fumar, abstenerse del alcohol, control del peso y seguimiento puntual de los medicamentos prescritos.¹⁰ A pesar de la necesidad de llevar a cabo estas conductas de autocuidado para su manejo adecuado, a nivel mundial, muchos pacientes no siguen las recomendaciones médicas o de estilo de vida y, por lo tanto, no se ajustan al cumplimiento de las conductas de autocuidado en estos pacientes.¹¹

Según los datos disponibles, el seguimiento de las conductas de autocuidado y su consecuente control de la presión arterial empeoran cuando los pacientes hipertensos tienen conocimientos limitados sobre la salud.¹² Estos escasos conocimientos sanitarios pueden afectar la comprensión de información sanitaria básica escrita, como la lectura correcta de una receta. Un conocimiento sanitario pobre también se asocia a un peor control sobre las enfermedades crónicas, a una mayor utilización de los servicios de urgencias y de atención hospitalaria, así como a un aumento de la mortalidad.

Un conocimiento sanitario deficiente también se ha asociado a una mala comprensión sobre la hipertensión, a una menor capacidad para identificar los medicamentos para controlarla y a una menor adherencia al seguimiento de la medicación cardiovascular. Diversos estudios sugieren que las conductas de autocuidado están influidas por variables demográficas y psicológicas modificables.^{10, 13} La información sobre los factores que afectan a las conductas de autocuidado en los pacientes hipertensos con bajos conocimientos de salud, basada en el marco teórico, es escasa.

En este estudio, se utilizó el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) para explicar los factores detrás de las conductas de autocuidado de los pacientes hipertensos con bajos conocimientos en salud. El HBM es una de las teorías más importantes sobre el cambio de comportamiento, que ha sido ampliamente considerada en las ciencias de la salud conductual y aplicada con éxito en el diseño de intervenciones sanitarias. Este modelo ha enfatizado el papel de los factores moderadores (demográficos, sociales y estructurales) y el de las percepciones individuales (sensibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, obstáculos percibidos, orientación para la acción y eficacia autopercibida) en la determinación de la probabilidad de realizar una conducta.¹⁴

Según este modelo, la decisión y la motivación de una persona para llevar a cabo un determinado comportamiento incluyen elementos como la percepción de la persona de estar en riesgo (susceptibilidad percibida) y su gravedad

(gravedad percibida), la creencia en la utilidad percibida de la acción para reducir el riesgo, la comprensión de los beneficios para la salud (beneficios percibidos), la percepción de la persona sobre las dificultades y el coste de realizar las conductas (obstáculos percibidos) y factores moderadores, como las variables demográficas y psicosociales (conciencia), así como los juicios de las personas sobre sus propias capacidades para ejecutar con un nivel adecuado su actuación (eficacia autopercibida).¹⁵

Por lo tanto, el propósito de este estudio fue determinar los factores relacionados con las conductas de autocuidado entre los pacientes hipertensos con bajos conocimientos sobre salud, con base en el modelo de creencias sobre la salud. Los resultados pueden ser utilizados como datos de referencia para mejorar las conductas de autocuidado en relación con el control de la presión arterial causados por factores psicológicos.

Materiales y métodos

Este estudio descriptivo-analítico se llevó a cabo en 152 pacientes de conocimientos sanitarios limitados que habían sido remitidos al centro de servicios sanitarios integrales Haft-e-Tir de la ciudad de Bushehr. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias Médicas de Bushehr (IR.BPUMS.REC.1395.128). En un primer momento, los pacientes fueron identificados con base en los criterios iniciales y entraron en el estudio por el método de muestreo por convicción. Los criterios iniciales de reclutamiento para la participación incluyeron: tener unas condiciones físicas adecuadas para responder a las preguntas, saber leer y escribir, tener más de 30 años, no tener ninguna complicación grave debida a la hipertensión, haber transcurrido al menos seis meses desde el diagnóstico definitivo de la enfermedad.

El último criterio de entrada fue una alfabetización sanitaria limitada. Para identificar a estos pacientes se les pidió completar una versión corta de la Prueba de Alfabetización Sanitaria Funcional en Adultos (S-TOFHLA, por sus siglas en inglés). Tras identificar a los que tenían conocimientos sanitarios limitados y antes de la entrevista, el entrevistador explicó primero el propósito de la

encuesta, los derechos de los participantes en el estudio, riesgos y el beneficio de su participación, así como el plan para proteger su confidencialidad. Además, se obtuvo un consentimiento informado firmado antes de la entrevista. A continuación, a los pacientes que habían expresado su consentimiento para participar, se les pidió proporcionar su modelo de creencias de salud y el cuestionario de conductas de autocuidado. De los 209 participantes identificados sobre la base de los criterios de entrada iniciales y el método de muestreo por convicción, 152 tenían conocimientos limitados de salud y, por tanto, completaron los demás cuestionarios.

Medición

Conocimientos de salud

El nivel de conocimientos sobre la salud se evaluó mediante una versión abreviada del Test de Alfabetización Sanitaria Funcional en Adultos (S-TOFHLA) que incluía dos pasajes de lectura (36 reactivos con un valor de 2 puntos cada uno) y 4 reactivos de aritmética (7 puntos cada uno) para evaluar la comprensión de formularios hospitalarios y recetas de prescripción con información numérica. Esta prueba también evalúa las habilidades cuantitativas y la capacidad de lectura y comprensión de documentos. Las puntuaciones posibles en el S-TOFHLA van de 0 a 36. Basándonos en el corte de puntos del cuestionario, clasificamos a los pacientes en tres grupos mutuamente excluyentes: alfabetización sanitaria inadecuada, marginal o adecuada. Las puntuaciones de 0 a 55 fueron definidas como alfabetización sanitaria inadecuada, las puntuaciones de 56 a 66 se tomaron como alfabetización sanitaria marginal, y las puntuaciones de 67 a 100 como alfabetización sanitaria adecuada. La versión persa de la escala muestra una fiabilidad interna adecuada para la medición de los conocimientos numéricos (α de Cronbach=0,69) y para la comprensión de lectura (α de Cronbach=0,78).¹⁶

Conocimiento de la hipertensión

El conocimiento de la hipertensión se evaluó mediante la Escala de Nivel de Conocimiento de la

Hipertensión (HK-LS). Esta escala de 22 ítems fue elaborada por Erkoc *et al.*¹⁷ La HK-LS evalúa los conocimientos de los encuestados en cuanto a la definición de la hipertensión, el estilo de vida, el tratamiento médico, el cumplimiento de los medicamentos, la dieta y las complicaciones de la hipertensión. Cada reactivo es una frase completa que es correcta o incorrecta y cada uno se responde con una respuesta estándar (correcta, incorrecta o no sabe). Motlagh *et al.*, han validado este cuestionario en la población iraní.¹⁸ En la versión persa, en el proceso de validación se excluyeron tres reactivos de la escala, por lo que la versión final tiene 19 de verdadero/falso.

Constructos del modelo de creencias sobre la salud

Para evaluar los constructos del modelo de creencias sobre la salud, se utilizó un cuestionario elaborado por el investigador. Los reactivos desarrollados para medir la susceptibilidad, la seriedad, los beneficios, las barreras y la eficacia auto-percibida se centraron en las conductas de autocuidado de los pacientes hipertensos. Se utilizaron 39 preguntas con respuestas tipo Likert de 5 puntos (9 reactivos de beneficios percibidos, 7 para obstáculos percibidos, 9 para susceptibilidad percibida, 6 para gravedad percibida y 10 reactivos para eficacia auto-percibida). Para determinar la validez de contenido, los reactivos de la lista se distribuyeron a miembros del profesorado y candidatos al doctorado que estaban bastante familiarizados con los constructos del HBM.

En cuanto a la validez de contenido, se modificó el formato de las preguntas y se omitieron las irrelevantes. A continuación, se calcularon el Índice de Validez de Contenido (IVC) y el Índice de Validez de Contenido (IVC) medios del cuestionario, que fueron de 0,94 y 0,91, respectivamente. Se calculó la fiabilidad de la escala y los valores alfa de Cronbach fueron de 0,71, 0,70, 0,70, 0,82 y 0,85 para la susceptibilidad percibida, la gravedad percibida, las barreras percibidas, los beneficios percibidos y la eficacia auto-percibida, respectivamente.

Comportamiento de autocuidado

Las conductas de autocuidado se determinaron utilizando la escala de efectos para el nivel de actividades de autocuidado para la hipertensión (escala H). Se trata de una escala de 31 elementos, fue elaborada por Findlow.¹⁸ La escala H está diseñada para ayudar al personal médico de atención primaria a orientar mejor a los pacientes hipertensos que pretenden lograr el control de su presión arterial.¹⁹ La escala H examina el nivel de autocuidado preguntando por el número de días a la semana en que un individuo realiza una conducta de autocuidado. La escala H fue validada previamente en pacientes persas con hipertensión arterial.¹⁸

La versión persa constaba de 27 reactivos que miden las actividades de autocuidado para la hipertensión en los siguientes dominios: cumplimiento de la medicación (3 elementos), actividad física (2 elementos), dieta baja en sal (10 elementos), tabaquismo (2 elementos), alcohol (1 elemento) y control del peso (9 elementos). La versión persa de la escala muestra una consistencia interna adecuada. Las alfas de Cronbach fueron los siguientes: adherencia a la medicación (α de Cronbach = 0,91), dieta baja en sal (α de Cronbach = 0,72), actividad física (α de Cronbach = 0,96), tabaquismo (α de Cronbach = 0,91) y control del peso (α de Cronbach = 0,85).

Características sociodemográficas

Se recogieron los atributos sociodemográficos, como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la duración de la hipertensión. Los niveles de educación se clasificaron en cuatro: 1) analfabeto, 2) escuela primaria (1-5 años de escolaridad), 3) educación secundaria (6-12 años de escolaridad) y 4) educación superior. El número de años transcurridos entre el diagnóstico de hipertensión y la captura de datos se consignó como duración de la enfermedad.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos de 152 cuestionarios completados en pacientes hipertensos con conocimientos sanitarios limitados. Se utilizaron estadísticas descriptivas para examinar las

características de la muestra. A continuación, para la estimación de las conductas de autocuidado de los participantes se dividieron en dos grupos. En el primero, los pacientes con bajo nivel de alfabetización que declararon realizar conductas de autocuidado y, en el segundo, quienes tenían bajo nivel de alfabetización que no mantenían conductas de autocuidado. Se utilizó el análisis de regresión logística múltiple con el método de razón de verosimilitud de pasos hacia adelante para determinar los constructos predictivos de

Cuadro 1
Características de los encuestados y resultados descriptivos (n = 152)

| Variables | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Edad (años) | Edad promedio: 56.87 years (SD=8.70) Rango: 35-80 years |
| Años con hipertensión | Media: 9.46 years (SD=5.80) |
| Género | Rango: 1-30 years |
| Masculino | 42 (27.6%) |
| Femenino | 110 (72.4%) |
| Estado civil | |
| Soltero | 3 (2%) |
| Casado | 129 (84.9%) |
| Divorciado | 20 (13.9%) |
| Nivel educativo | |
| Analfabeto | 5(3.3%) |
| Educación primaria | 61(40.1%) |
| Secundaria | 77(48.7%) |
| Superior | 9(5.9%) |
| Historia familiar de hipertensión | |
| Sí | 74(48.7%) |
| No | 78(51.3%) |
| Ingresos | |
| < 10000000 IR-Rial | 64(42.1%) |
| > 10000000 IR-Rial | 88(57.9%) |
| Medicación | |
| Sí | 149(98%) |
| No | 3(2%) |

Elaboración propia con los datos del estudio.

HBM. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 22.0. En todas las pruebas, el nivel de significancia fue de 0,05.

Resultados

Características de la muestra

Se estudió un total de 152 pacientes hipertensos con conocimientos limitados de salud. Sus características demográficas se muestran en el Cuadro 1. La edad media de los participantes fue de $56,87 \pm 8,70$, y oscilaban entre los 35 y los 80 años (Tabla 1), 42 participantes eran hombres (27,6%) y 110 mujeres (72,4%). Los participantes tenían una media de $4,46 \pm 5,8$ años de hipertensión diagnosticada. La mayoría de los sujetos (84,9%) estaban casados y tenían estudios secundarios (48,7%). Más de la mitad de los pacientes (57,9%) declararon tener ingresos superiores a 10 millones de riales (\geq US\$250) al mes. La mayoría (61,8%) no trabajaban ni estaban empleados al momento del estudio. El 48,7% de los pacientes tenían antecedentes familiares de hipertensión. El 34,9% tuvieron una hipertensión sistólica superior a 140 y una presión arterial diastólica superior a 90 en su última medición en el centro de salud. Sus fuentes más importantes de información sanitaria fueron los profesionales de la salud (42,1%), seguidos por los servicios de mensajería basados en *Internet*, como *Telegram* y *WhatsApp*.^{17,8}

Nuestros resultados revelaron que sólo el 9.2% cumplía adecuadamente su régimen de medicación, y el 5,3% evitaba la sal, tanto al cocinar como al comer. Por otra parte, el 19.1% realizaba actividad física la mayoría de los días de la semana, y el 55,9% no era fumador. El 21.1% era consumidor de alcohol y el 27% controlaba su peso (Tabla 2).

Cuadro 2.
Tasas de prevalencia de conductas de autocuidado

| Adherencia a la medicación | No. (%) |
|----------------------------|------------|
| Dieta baja en sal | 14 (9.2) |
| Actividad física | 8 (5.3) |
| No fumar | 29 (19.1) |
| No beber | 85 (55.9) |
| Manejo del peso | 120 (78.9) |

Elaboración propia con los datos del estudio.

Las medias y desviaciones estándar de los conocimientos sobre la salud 7,75 (DE = 2,89) y los constructos de HBM relacionados con las conductas de autocuidado fueron 38,60 (DE = 7,87) para la eficacia auto-percibida, 16,78 (DE = 4,01) para la susceptibilidad percibida, 13,36 (DE = 3,35) para la gravedad percibida, 32,90 (DE = 7,07) para los beneficios percibidos y 14,92 (DE = 4,70) para los obstáculos percibidos.

Se utilizó un análisis de regresión logística múltiple para evaluar los predictores de la adhesión a las conductas de autocuidado para los constructos de HBM. Los resultados de la regresión logística múltiple indicaron que los conocimientos sobre la hipertensión y el autocuidado eran predictores del control del peso (OR = 1,247) y de los regímenes de medicación (OR = 1,376). Es decir, los pacientes que sabían acerca de la hipertensión y las conductas de autocuidado eran más propensos a controlar su peso y a adherirse a su régimen de medicación, con respecto a los que no sabían al respecto.

La eficacia auto-percibida fue un factor predictivo de todas las conductas de autocuidado, excepto para la abstención del alcohol y seguimiento de la medicación. Los pacientes con mayor eficacia auto-percibida eran más tendientes a controlar su peso (OR = 1,174), a no fumar (OR = 1,069), a ser físicamente más activos (OR = 1,092) y a seguir una dieta baja en sal (OR = 1,259), con respecto con los que reportaron menor eficacia auto-percibida. La susceptibilidad percibida sobre las complicaciones de la hipertensión y la adherencia al tratamiento médico fueron predictores tanto de una dieta baja en sal (OR = 1,139) como de la abstinencia del alcohol (OR = 1,562).

Los resultados también revelaron que los individuos que reportaban mayor gravedad percibida (OR = 1,301), tenían una adherencia al tratamiento significativamente mayor en comparación con los que tenían una menor gravedad percibida. Los otros componentes de la HBM (beneficios y obstáculos percibidos) no se asociaron significativamente con ninguno de los dos tipos de conductas de autocuidado de la hipertensión (Cuadro 3) y ninguno de los componentes de la HBM predice sobre el consumo de alcohol entre los participantes.

Cuadro 3.**Asociaciones entre los conocimientos, las estructuras del modelo de creencias sobre la salud y las conductas de autocuidado de la hipertensión**

| | Gestión del peso OR (95% CI) | Abstinencia alcohol OR (95% CI) | Abstinencia tabaco OR (95% CI) | Actividad física OR (95% CI) | Dieta baja en sal OR (95% CI) | Adherencia medicamentos OR (95% CI) |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| Conocimientos | 1.247 (1.064-1.461) | | | | | 1.376 (1.080-1.753) |
| Susceptibilidad percibida | | 1.139 (1.024-1.267) | | | 1.562 (1.031-2.366) | |
| Severidad percibida | | | | | | 1.301 (1.040-1.626) |
| Eficacia auto-percibida | 1.174 (1.092-1.261) | | 1.069 (1.044-1.149) | 1.092 (1.031-1.157) | 1.259 (1.053-1.505) | |

Elaboración propia con los datos del estudio.

Discusión

El control de la presión arterial entre los pacientes hipertensos se considera un desafío de larga duración. Puede resultar aún más desafiante cuando los pacientes hipertensos tienen una alfabetización sanitaria limitada. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar los factores relacionados con las conductas de autocuidado como la forma más importante de controlar la presión arterial alta entre los pacientes hipertensos, basándose en el modelo de creencias de salud. Según los resultados, la adherencia de los pacientes hipertensos con bajos conocimientos de salud a las tareas de autocuidado fue baja en lo que respecta a la dieta saludable, la actividad física, el control del peso y la adherencia al seguimiento de su medicación, y fue moderada en lo que respecta a no fumar y a la abstinencia de alcohol.

Según nuestros resultados primarios, más del 90% de los participantes no seguían una dieta baja en sal y declararon que añadían sal adicional a sus alimentos al cocinar y comer. Mientras tanto, la OMS sugiere que cada adulto debería consumir menos de 5 gramos de sodio al día.²⁰ Sin embargo, en Irán y en la mayoría de los países, el consumo diario de sal por persona está entre 9 y 12 gramos de media.²¹ Ha sido más que confirmado que el consumo de alimentos que contienen sal, acompañado de uno insuficiente de frutas y verduras, que son factores importantes que conducen a la hipertensión arterial y al manejo

infructuoso de esta enfermedad. Por lo tanto, la implementación de intervenciones sanitarias para reducir el consumo de sal, así como para aumentar el consumo de frutas y verduras, son una necesidad sanitaria fundamental.

Otros resultados muestran que menos de una cuarta parte (19,1%) de los participantes realizaban alguna actividad física de al menos 30 minutos casi todos los días y sólo el 27% de la muestra controlaba su peso. De forma análoga a nuestros propios resultados, otros estudios encontraron que el 81,2% de las personas con hipertensión arterial no realizaban ningún tipo de actividad física,²² a pesar de que la OMS ha sugerido al menos 30 minutos de actividad física cinco días a la semana para prevenir y controlar la hipertensión arterial.²³ La cantidad de actividad física en la población del estudio es muy inferior a la indicada por la OMS. La actividad física insuficiente y la falta de control del peso son temas que necesitan más atención por parte de los médicos y los proveedores de atención sanitaria, pero parecen haber sido ignorados por ellos.

La prevalencia de la adherencia a medicarse, al igual que los otros comportamientos de autocuidado, fue baja. La adherencia global a la medicación fue del 9,2%, en comparación con otro estudio, en el que la adherencia fue del 48,7%²⁴ y en un estudio iraní de Kamran *et al.*, en el que el 24% de los pacientes se adherían a su tratamiento.¹³ Probablemente, la razón de esta

diferencia se deba a los limitados conocimientos sanitarios de la población para este estudio. Parece que la adherencia al régimen de medicación es menos importante para los pacientes con hipertensión con conocimientos limitados en materia de salud.

Por lo tanto, la implementación de intervenciones educativas para informar a los pacientes con hipertensión sobre la necesidad de los fármacos antihipertensivos es esencial.

Encontramos una tasa moderada de consumo de tabaco y alcohol. La mayoría de los pacientes de este estudio evitaron el consumo de tabaco (55,9%) y no consumieron alcohol (78,9%). A pesar de que el consumo de tabaco y alcohol en Irán no está aceptado social y culturalmente, e incluso es ilegal en el caso del alcohol, seguimos observando consumo de estas sustancias en los individuos en general e incluso entre los pacientes. Hay múltiples factores que contribuyen a estos comportamientos. Es posible que los participantes no asocien la reducción del consumo de tabaco y alcohol como conductas de autocuidado de la hipertensión. Este razonamiento sugeriría que los proveedores de servicios de salud deberían intervenir para aumentar el conocimiento sobre el consumo de alcohol y sus efectos en el manejo de la hipertensión.

Los resultados indicaron que los conocimientos sobre la hipertensión y el autocuidado se asociaron significativamente con el control del peso y los regímenes de medicación. Este hallazgo determina el papel del conocimiento como una fuente importante y confirma un gran cuerpo de investigación²⁵ que sugiere, que el conocimiento sobre la hipertensión y el autocuidado puede mejorar la capacidad para hacer frente a la dolencia y cumplir con los regímenes médicos para la gestión de la enfermedad.

Al analizar el Modelo de Creencias en la Salud, nuestro estudio encontró asociaciones significativas entre los componentes del MCS. Los resultados indicaron que la eficacia auto-percibida está asociada con el mantenimiento de una dieta baja en sal, la actividad física, el no fumar y la utilización de estrategias comunes de control de peso. Nuestro hallazgo apoya la relación positiva entre la eficacia auto-percibida y las conductas de

autocuidado encontrada en estudios anteriores.^{10, 26,}

²⁷ La eficacia auto-percibida desempeña un papel crucial en la adopción de conductas de control de la hipertensión²⁸ y parece que los pacientes con pocos conocimientos de salud pueden sentirse menos seguros de su capacidad para llevar a cabo conductas de autocuidado y pueden tener menos motivación para realizarlas. En consecuencia, el aumento de la confianza de estos pacientes con respecto a la selección de conductas adecuadas, parece mejorar la adherencia al autocuidado. Por lo tanto, es útil que, a través de las intervenciones educativas, los educadores promuevan la capacidad de estos pacientes a través de estrategias de mejoría en la eficacia auto-percibida.

Nuestros resultados mostraron que la percepción de susceptibilidad influyó en una dieta baja en sal y en no fumar. Estas conductas de autocuidado empeoraban entre quienes tenían una menor percepción de susceptibilidad o vulnerabilidad al proceso de la enfermedad. La susceptibilidad percibida es uno de los factores más importantes que afectan a las conductas de salud. Dehghani-Tafti²⁷ introdujo la susceptibilidad percibida como un factor clave en los cambios de conducta entre los pacientes diabéticos. Para que los pacientes hipertensos con pocos conocimientos de salud adopten conductas de autocuidado, los proveedores de salud deben intervenir para cambiar sus creencias sobre hasta qué punto son susceptibles y están en riesgo de sufrir las complicaciones de su enfermedad.

Al igual que en otros estudios, la adherencia a la medicación disminuyó con una menor percepción sobre la gravedad de la enfermedad.^{13, 29} Esto puede deberse a los escasos conocimientos sobre la hipertensión y sus complicaciones entre estos pacientes. Por lo tanto, parece que educar a los pacientes sobre la presión arterial y sus complicaciones puede ser eficaz para inducir creencias que les permitan comprender la amenaza de la hipertensión arterial.

En conclusión, según los hallazgos, hubo una menor adherencia a las conductas de autocuidado entre los pacientes con hipertensión arterial y bajos conocimientos de salud. Esto se debe al conocimiento inadecuado en relación a la

susceptibilidad percibida, a la gravedad percibida y a la eficacia auto-percibida. Por lo tanto, es necesario que los proveedores de servicios de salud redoblen sus acciones y sus comunicaciones con los pacientes, especialmente los pacientes con bajos conocimientos de salud, para garantizar una mayor influencia sobre las conductas de autocuidado. La educación sanitaria basada en los componentes de la HBM puede ser útil y también deberían ampliarse los programas educativos para estos pacientes vulnerables.

Dado que este estudio se basó en una muestra de conveniencia, los resultados de este estudio no pueden generalizarse a todos los pacientes hipertensos iraníes con bajos conocimientos de salud. Las conductas de autocuidado se evaluaron con autoinformes, por lo que la fiabilidad de las conductas de autocuidado autocalificadas, en particular, puede estar sujeta a un sesgo de recuerdo o a fallos de memoria. Los resultados reportados en el estudio se obtuvieron a partir de una encuesta transversal y no se establece una causalidad entre los componentes de la HBM y las tareas de autocuidado. Un estudio longitudinal que siga a la muestra del estudio y reevalúe el desarrollo de su salud en un momento posterior ayudaría a discernir los efectos causales de los componentes de la HBM. El S-TOFHLA, al igual que otras evaluaciones sobre conocimientos de salud, no ofrece ninguna indicación sobre las habilidades de comunicación del encuestado, que pueden ser igualmente importantes en determinar la capacidad de un individuo para navegar eficazmente por el complejo sistema de atención sanitaria actual.

Referencias

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*. 2005;365(9455):217-23.
2. World Health Organization. WHO global health days 2013 [cited 2017]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/event/en/>.
3. world health organization. Silent killer, global public health crisis 2013 [cited 2017]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/en/>.
4. world health organization. Global Health Observatory (GHO) data 2017. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/.
5. Zinat Motlagh SF, Chaman R, Ghafari SR, Parisay Z, Golabi MR, Eslami AA, et al. Knowledge, treatment, control, and risk factors for hypertension among adults in Southern Iran. *International journal of hypertension*. 2015;2015.
6. Mutua EM, Gitonga MM, Mbuthia B, Muiruri N, Cheptum JJ, Maingi T. Level of blood pressure control among hypertensive patients on follow-up in a regional referral hospital in Central Kenya. *The Pan African medical journal*. 2014;18.
7. Peters RM, Templin TN. Measuring blood pressure knowledge and self-care behaviors of African Americans. *Research in nursing & health*. 2008;31(6):543-52.
8. Flynn SJ, Ameling JM, Hill-Briggs F, Wolff JL, Bone LR, Levine DM, et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient preference and adherence*. 2013;7:741.
9. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of internal medicine*. 2005;143(6):427-38.
10. Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LRB. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of community health*. 2012;37(1):15-24.
11. Shima R, Farizah MH, Majid HA. A qualitative study on hypertensive care behavior in primary health care settings in Malaysia. *Patient preference and adherence*. 2014;8:1597.
12. Willens DE, Kripalani S, Schildcrout JS, Cawthon C, Wallston K, Mion LC, et al. Association of brief health literacy screening and blood pressure in primary care. *Journal of health communication*. 2013;18(sup1):129-42.
13. Kamran A, Ahari SS, Biria M, Malpour A, Heydari H. Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. *Annals of medical and health sciences research*. 2014;4(6):922-7.
14. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*. 1984;11(1):1-47.

15. Orji R, Vassileva J, Mandryk R. Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. *Online journal of public health informatics*. 2012;4(3).
16. Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan. *Iran J Health Syst Res*. 2013;9(5):540-9.
17. Baliz Erkoc S, Isikli B, Metintas S, Kalyoncu C. Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): a study on development, validity and reliability. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(3):1018-29.
18. Motlagh SFZ, Chaman R, Sadeghi E, Eslami AA. Self-Care Behaviors and Related Factors in Hypertensive Patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(6).
19. Warren-Findlow J, Basalik DW, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Preliminary Validation of the Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) and Clinical Blood Pressure Among Patients with Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2013;15(9):637-43.
20. Domnariu CD, Cucu A, Furtunescu FL. World Health Organization guidelines on salt intake in adults and children. *Acta Med Trans*. 2013; 18:166-8.
21. Organization WH. Reducing Salt Intake in Populations. Report of a WHO Forum and Technical meeting 2006. Geneva: World Health Organization. 2014.
22. Martins LCG, Guedes NG, Teixeira IX, Lopes MVdO, Araujo TLd. Physical activity level in people with high blood pressure. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2009;17(4):462-7.
23. World Health organization. A global brief on Hypertension Silent killer, global public health crisis. 2013.
24. Al-Dabbagh S, Aswad S. compliance of hypertensive patients to management in Duhok governorate using Morisky-green test. *Duhok Med J*. 2010;4(1):28-39.
25. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*. 1998;158(2):166-72.
26. Lee EJ, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*. 2017(just-accepted):1-30.
27. Dehghani-Tafti A, Mahmoodabad SSM, Morowatisharifabad MA, Ardakani MA, Rezaeipandari H, Lotfi MH. Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model. *Global journal of health science*. 2015;7(5):33.
28. Khorsandi M, Fekrizadeh Z, Roozbahani N. Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertension-controlling behaviors in the elderly. *Clinical interventions in aging*. 2017; 12:233.
29. Shameena A, Badiger S. Retracted: Medication adherence and health belief model among hypertensive patients attending rural health centres of a tertiary care hospital in South India. *International Journal of Community Medicine And Public Health*. 2017;4(4):1159-65.

Recibido: octubre, 2017.

Aceptado: noviembre, 2020.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos