Biomédica 2012;32:578-84
doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.421

ARTÍCULO ORIGINAL

Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva

Jefferson Antonio Buendía

Departamento de Farmacología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción. La hipertensión arterial es uno de los grandes problemas de salud pública. Una de las principales razones del escaso avance en la efectividad de las intervenciones es la falta de conocimiento de los factores determinantes psicológicos y sociales, como son las creencias sobre la enfermedad y su tratamiento.
Objetivo. Valorar las actitudes del paciente respecto al tratamiento antihipertensivo y sus creencias.
Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en una muestra aleatoria de 202 pacientes adultos hipertensos adscritos a un centro privado de atención ambulatoria en Bogotá, Colombia. Se utilizó el test de Morisky-Green para valorar las actitudes del paciente respecto al tratamiento antihipertensivo y, la versión española del *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ-General), para valorar las creencias del paciente.
Resultados. Alrededor del 48 % de los pacientes refiere olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo. El 68 % considera que si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes, recetarían menos medicamentos. Alrededor del 40 % no sabe que órganos pueden lesionarse como consecuencia de la tensión arterial elevada.
Conclusiones. El presente estudio coloca de manifiesto las necesidades de mejorar las estrategias de comunicación de los profesionales de salud, quienes pueden no estar valorando la importancia de desarrollar habilidades de comunicación para mantener una relación efectiva con sus pacientes.

Palabras clave: hipertensión; conocimientos, actitudes y práctica en salud; cumplimiento con la medicación, salud pública, Colombia.

doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.421

Attitudes, knowledge and beliefs of patient about anti-hypertensive drugs

Introduction. Hypertension is an important public health problem in Colombia. One of the principal reasons for the poor effectiveness of interventions is the lack of knowledge and understanding of beliefs about this disease and its treatment.
Objective. Profiles were determined for the atitudes, knowledge and beliefs of patients about anti-hypertensive drugs.
Materials and methods. In a sample of 202 hypertensive patients from a private clinical center in Bogotá, Colombia, the beliefs, knowledge and attitudes about antihypertensive treatment was determined by the use of Morisky-Green test, and Beliefs about Medicines Questionnaire.
Results. Of these patients, 48% forgot to take the prescribed medication occasionally, 68% believed that if doctors had more time with patients, they will prescribe fewer medicines, and 40% did not know what physiological systems can be damaged by hypertension.
Conclusion. This study reinforces the necessity of improving the communication strategies of health professionals in the support of a positive clinician-patient relationship.

Key words: Hypertension; health knowledge, attitudes, practice; medication adherence, public health, Colombia.

doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.421

Correspondencia:
Jefferson Antonio Buendía, Departamento de Farmacología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Carrera 51D Nº 62-83, Medellín, Colombia.
Telefax: (574) 219 6022
jefferson.buendia@gmail.com

Recibido: 05/10/11; aceptado:31/07/12

La hipertensión arterial es uno de los grandes problemas de salud pública en Colombia, por su alta prevalencia y consecuencias potencialmente fatales (1). Una de las principales razones del pobre avance en la observancia de las indicaciones terapéuticas en hipertensión, es la escasa atención

que se ha dedicado a factores determinantes psicológicos y sociales, como son las creencias sobre la enfermedad y su tratamiento.

Según los modelos tradicionales que exploran las creencias en salud y su papel en la conducta de salud y de riesgo (modelo de creencias sobre la salud, teoría de la acción razonada y modelo de autorregulación), se podría predecir una relación directa entre las creencias de los pacientes hipertensos sobre la enfermedad y las conductas de corrección que realmente llevan a cabo (2). Sin embargo, esta relación depende de características culturales e idiosincráticas de cada población, lo que hace difícilmente extrapolables los resultados obtenidos en otros grupos de población, especialmente si distan en su nivel educativo y cultural.

Este estudio explora las actitudes, conocimientos y creencias de una muestra de pacientes hipertensos sobre la medicación antihipertensiva, explorando posibles relaciones entre creencias, actitudes con el cumplimiento terapéutico y control de la tensión arterial en este grupo de pacientes.

Materiales y métodos

Diseño y población

Se hizo un estudio transversal descriptivo de 202 pacientes adultos hipertensos adscritos a un centro privado de atención ambulatoria en Bogotá. Los participantes se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple a partir de los registros previos de atención de pacientes hipertensos de la clínica.

Se consideraron como criterios de inclusión para participar en el estudio, ser mayor de 30 años con hipertensión primaria diagnosticada en los últimos dos años antes de la entrevista y haber sido seguido por el mismo médico durante los últimos cinco controles, para minimizar las variaciones en las mediciones debidas a distintos manejos o conductas médicas.

Se excluyeron pacientes con enfermedades crónicas tales como insuficiencia hepática o insuficiencia renal, o con algún tipo de enfermedad neoplásica o constitucional (por ejemplo, desnutrición grave), que pudieran experimentar un mayor riesgo de efectos adversos o menor efectividad terapéutica dadas su enfermedad concomitante o interacciones farmacológicas, las cuales podrían afectar las mediciones realizadas. Asimismo, se excluyeron pacientes con incapacidad cognitiva, verbal y auditiva para responder una entrevista, o aquellos con enfermedades somáticas, mentales o problemas sociales graves que los incapacitaran para una correcta toma del tratamiento.

Mediciones

Mediante una entrevista semiestructurada se recolectó información sociodemográfica sobre la fecha de nacimiento, el nivel educativo y el nivel o estrato socioeconómico (el registrado en la factura de energía eléctrica de la vivienda del paciente). La información relacionada con el número de medicamentos prescritos, enfermedades concomitantes, peso y talla, fue extraída de la historia clínica del paciente.

Se utilizó el test de Morisky-Green para valorar, en los últimos tres meses, las actitudes del paciente respecto al tratamiento antihipertensivo (3), el cual consta de las siguientes preguntas:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la tensión arterial?
- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
- Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar los medicamentos?

Para valorar el nivel de conocimientos se hicieron las siguientes tres preguntas a los pacientes (4):

- ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
- ¿Se puede controlar con dieta o medicación?

  Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la tensión arterial elevada.

Para valorar las creencias de los pacientes sobre los medicamentos, se utilizó la versión española del cuestionario sobre creencias sobre medicamentos, BMQ-General (*Beliefs about Medicines Questionnaire*). El BMQ está compuesto por ocho ítems. Estos se evalúan mediante una escala de cinco puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). El BMQ-General incluye dos subescalas, abuso y daño (5).

Un médico entrenado midió la tensión arterial tres veces, con un esfigmomanómetro de mercurio, previamente calibrado. El promedio de las tres medidas, se consideró como el valor de la tensión arterial. Estas medidas se tomaron con el paciente sentado después de, al menos, cinco minutos de

reposo, con un intervalo de dos minutos entre cada medición. El individuo se hallaba con la vejiga vacía, no había fumado y tenía el brazo apoyado en un escritorio, en un consultorio silencioso y con temperatura adecuada. Se indicó al individuo que no podía hablar mientras se tomaban las medidas de la tensión arterial. El médico registró el valor de medición en milímetros de mercurio, inmediatamente después de cada una de las tres determinaciones.

Se consideró una tensión arterial controlada cuando sus valores fueron menores de 140 mm Hg y de 90 mm Hg para la tensión sistólica y diastólica, respectivamente. En los individuos diabéticos, se consideró controlada cuando la tensión arterial fue menor de 130/80 mm Hg (6).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional, asegurando el cumplimiento de la normatividad nacional e internacional sobre investigaciones biomédicas. Para evitar que la aplicación consecutiva de las pruebas afectara sus resultados, en cada paciente la secuencia de pruebas fue aleatoria, mediante una tabla de números aleatorios generados por computador, y fue practicada por una persona ajena al estudio.

Análisis estadístico

Para el cálculo del tamaño muestral, se seleccionó el mayor número de participantes (202) necesario para poder estimar con un 95 % de confianza y una precisión del 10 %, las proporciones mínimas del 20 % de falta de control de la tensión arterial encontrada en estudios previos en población colombiana (7). Para describir las variables continuas, se utilizaron medias y medianas como medidas de tendencia central, y desviación estándar, como medida de dispersión. Las variables discretas, nominales y ordinales, se describieron con razones y proporciones.

Resultados

Se estudiaron 202 pacientes hipertensos, con una edad promedio de 62,7 años, la gran mayoría mujeres con ocho años de educación en promedio y de estratos socioeconómicos 2 y 3. El resto de características sociodemográficas se presentan en el cuadro 1.

Alrededor del 80 % de los pacientes presentaba tensión arterial controlada. La quinta parte presentó algún efecto adverso de la medicación en los últimos tres meses. Cerca de la mitad de los pacientes refirió olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo en este mismo periodo, y alrededor del 40 % no sabía qué órganos pueden lesionarse como consecuencia de la tensión arterial elevada (cuadro 2).

Cuadro 1. Características clínicas y sociodemográficas de la población

Edad (media ± desviación estándar)	62,7 ± 1,3
Sexo femenino (%)	145 (71,7)
IMC (media ± desviación estándar)	27,0 ± 4,5
Años de estudio (media ± desviación estándar)	8,0 ± 2,7
Estrato socioeconómico (media ± desviación estándar)	2,6 ± 0,8
Diabetes (%)	24 (11,8)
Medicamentos por paciente (media ± desviación estándar)	4,2 ± 1,5

IMC: índice de masa corporal

Cuadro 2. Grado de control de la tensión arterial y actitudes ante la medicación

	n	%
Tensión arterial controlada	162	80,2
Presentó algún efecto secundario asociado a la medicación.	49	24,3
Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la hipertensión.	97	48
No toma los medicamentos a la hora indicada.	29	14,4
Deja de tomar los medicamentos si se siente bien.	11	5,4
Si le sientan mal, deja de tomar los medicamentos.	5	2,5
La hipertensión arterial es una enfermedad para toda la vida.	194	96
Se puede controlar con dieta o medicación.	198	98
Órganos que pueden lesionarse por la tensión arterial elevada: corazón, riñón, cerebro u ojos.	114	56,4
Otros	9	39,1
No sabe.	79	39,1

La gran mayoría de los enfermos considera que los remedios naturales son más seguros que los medicamentos, y que si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recentarían menos medicamentos. Alrededor de la tercera parte de los pacientes cree que la mayoría de los medicamentos crean adicción (cuadro 3).

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio revelan que cerca de la mitad de los pacientes (48 %) refiere olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo. Esta falta de cumplimiento en la toma de la medicación puede estar relacionada con varios hallazgos, como: presencia de polimedicación (promedio de casi cuatro medicamentos por paciente), creencia de que los médicos utilizan muchos medicamentos (21,6 %) , falta de comunicación por parte de los

Cuadro 3. Creencias sobre la medicación

	De acuerdo o totalmente de acuerdo (%)
La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando.	28,4
La mayoría de medicamentos crean adicción.	31,8
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.	64,7
Los medicamentos hacen más mal que bien.	18,1
Todos los medicamentos son venenos (tóxicos).	13,6
Los médicos utilizan demasiados medicamentos.	21,6
Los médicos confían demasiado en los medicamentos.	31,8
Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes, recetarían menos medicamentos.	68,1

médicos (el 68 % de los pacientes considera que si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos), creencia de que los medicamentos generan adicción (30 %) y la falta de percepción de un posible efecto benéfico por parte de la medicación (la tercera parte de los pacientes cree que se debe dejar de tomar de vez en cuando).

Asimismo, se encontró que alrededor de la quinta parte (24,3 %) de los enfermos presentó algún efecto adverso por la medicación en los últimos tres meses, dato que concuerda con los de estudios anteriores en el país (8); los efectos adversos pueden desalentar la toma juiciosa del medicamento por parte de los pacientes. Una explicación para estos resultados puede ser que muy pocos pacientes habían sido informados efectivamente por parte de los profesionales de la salud sobre su enfermedad y tratamiento actual; este problema ha sido extensamente documentado en los profesionales de salud, especialmente cuando tratan pacientes con enfermedades crónicas (2,9,10). Además, los problemas de efectividad terapéutica están vinculados con la falta de exploración de las expectativas de los pacientes, lo cual culmina con falta de cumplimiento (11). Esto nos lleva a pensar que la gran mayoría de los pacientes ha elaborado sus creencias con base en modelos populares de la enfermedad crónica en cuestión y que la misma puede afectar el cumplimiento terapéutico y con ello la efectividad buscada con los medicamentos.

Los resultados también evidencian la falta de conocimiento que tienen los pacientes sobre la enfermedad. Por ejemplo, alrededor del 40 % no sabe qué órganos pueden lesionarse como consecuencia de la tensión arterial elevada. Esto puede estar asociado al nivel educativo, dado que la mayoría tiene secundaria incompleta. Sin embargo, es aún más posible que esta corresponda a la evidente falta de comunicación por parte de los médicos con los pacientes, dado que casi el 70 % cree que los médicos recetarían menos medicamentos si les dedicaran más tiempo. Esta falta de comunicación efectiva, documentada en estudios previos (12,13), se ha asociado además con pobres resultados terapéuticos en población hipertensa. Este aspecto no fue evaluado en el presente trabajo, pero debe motivar futuras investigaciones locales al respecto.

A pesar de estar documentada en la literatura científica la asociación entre la falta de percepción de los síntomas que ocurren en la hipertensión y los problemas en el cumplimiento terapéutico (14), pocos pacientes en este estudio manifestaron dejar de tomar los medicamentos según la presencia o no de síntomas (menos de 5 %). Esto puede relacionarse con el hallazgo, en este estudio, de que alrededor del 80 % de los pacientes no cree que los medicamentos hagan mal, lo que nos hace pensar que, si bien tienen poca información sobre la enfermedad que padecen y el tratamiento, mantienen una actitud de confianza o respeto frente a la prescripción farmacológica, la cual no se traduce necesariamente en un estricto cumplimiento del tratamiento.

En cuanto a las creencias, los resultados obtenidos revelan que la gran mayoría de los pacientes (64,8 %) considera que los “remedios naturales” son más seguros que los medicamentos tradicionales, lo cual se relaciona con el crecimiento de las medicinas alternativas y complementarias en nuestro país; por razones culturales, estas últimas pueden generar más seguridad y confianza que los medicamentos tradicionales (15).

El presente estudio pone de manifiesto las necesidades de mejorar las estrategias de comunicación de los profesionales de salud, quienes pueden no estar valorando la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación para mantener una relación eficaz y efectiva con sus

pacientes. Se ha descrito una gran variedad de intervenciones dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico; sin embargo, la efectividad de las mismas o sus combinaciones, aún no es concluyente (16). Nuestros resultados subrayan también la necesidad de reforzar la educación del personal de salud, en pregrado y posgrado, sobre estrategias de comunicación, con el fin de acompañar responsablemente al paciente durante todas las fases de la recuperación y conservación de su salud.

El presente estudio tiene limitaciones propias, dada su naturaleza descriptiva y exploratoria sobre las creencias y actitudes, y no confirmatoria de posibles asociaciones causales. Sin embargo, estos hallazgos deben promover la investigación sobre modelos integrales de intervención terapéutica que modifiquen la percepción que tienen los pacientes acerca de la enfermedad y del tratamiento, ya que el desconocimiento que tienen sobre el proceso salud-enfermedad genera esfuerzos con altas tasas de fracaso en los objetivos terapéuticos en ellos (17,18).

Agradecimientos

A Óscar García y Édgar Villarraga, de la Universidad Nacional de Colombia, por su colaboración y aportes durante en el análisis de la información.

Conflicto de intereses

No existe ninguno.

Financiación

Se utilizaron fondos propios de los autores.

Referencias

1. **Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, *et al.*** Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002;288:1882-8. http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.15.1882
2. **Granados G, Roales-Nieto JG, Moreno E, Ybarra JL.** Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. Int J Clin Health Psychol. 2006;8:705-18.
3. **Morisky DE, Green LW, Levine DM.** Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24:67-74.
4. **Gil VF, Belda J, Muñoz C, Martínez JL, Soriano JE, Merino J.** Validity of four indirect methods which evaluate therapeutic compliance for arterial hypertension. Rev Clin Esp. 1993;193:363-7.
5. **Belendez-Vasquez M, Hernández A, Horne R, Weinman J.** Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del *Belief about medication questionnaire.* Int J Clin Health Psychol. 2007;7:767-79.
6. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, *et al.*** Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206-52. http://dx.doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2
7. **Isaza CA, Moncada JC, Mesa G, Osorio FJ.** Efectividad del tratamiento antihipertensivo en una muestra de pacientes colombianos. Biomédica. 2004;24:273-81.
8. Tribiño G, Maldonado C, Segura O, Díaz J. Costos directos y aspectos clínicos de las reacciones adversas a medicamentos en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una institución de tercer nivel de Bogotá. Biomédica. 2006;26:31-4.
9. **Blumenthal JA, Sherwood A, Gullette EC, Georgiades A, Tweedy D.** Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. J Consult Clin Psychol. 2002;70:569-89. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.569
10. **Baumann LJ, Leventhal H.** "I can tell when my blood pressure is up, can't I?" Health Psychol. 1985;4:203-18. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.203
11. **Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP.** Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: Qualitative study. BMJ. 2000;320:484-8. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7233.484
12. **Egan BM, Lackland DT, Cutler NE.** Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure:Implications for health care policy, education, and research. Arch Intern Med. 2003;163:681-7. http://dx.doi.org/10.1001/archinte.163.6.681
13. **Márquez E, Casado JJ, Martínez M, Moreno JP, Fernández A, Villar J.** Análisis de la influencia del cumplimiento terapéutico farmacológico en las presiones arteriales y grado de control de la HTA, mediante MAPA. Medicina Clínica. 2001;116:114-21.
14. **Brondolo E, Rosen RC, Kostis JB, Schwartz JE.** Relationship of physical and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: A repeated-mesures design. Psychosom Med. 1999;61:311-8.
15. **Tobón FA.** Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Iatreia. 2002;15:242-7.
16. **Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X.** Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD000011. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub3
17. **Ross S, Walker A, MacLeod MJ.** Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment belief. J Hum Hypertens. 2004;18:607-13. http://dx.doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721
18. **Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA.** The rol of illness perceptions in patients of medical conditions. Curr Opin Psychiatry. 2007;20:163-7. http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e328014a871

Anexo 1.

FRD 1. Formulario para ser dirigido por el encuestador hacia el paciente.

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Estrato:

Peso (kg):

Estatura:

1. Antecedentes patológicos: mencione las enfermedades (no síntomas ni signos), que han sido diagnosticadas médicamente y tratadas, que padece en el momento:

Diagnóstico	Tiempo de uso (años)	Controlado o no	Tratamiento

2. Antecedentes farmacológicos: mencione los medicamentos que se encuentra tomando en el momento.

Nombre genérico del medicamento	Forma de presentación (tabletas, cápsulas, intravenosa, etc.)	Frecuencia de administración (cada 12 u 8 horas, etc.)	Dosis diaria (mg)

3. Información acerca de antihipertensivos. Complete la siguiente información de los antihipertensivos que se encuentra tomando en el momento.

Nombre genérico del medicamento	Fecha y hora aproximada de las últimas dos tomas	¿Se ha tomado el medicamento en los últimos tres meses, aproximadamente a las mismas horas?*	¿Ha cambiado la dosis de medicamento en los últimos tres meses?*	Ha tomado la misma ¿cantidad (número de tabletas) de medicamento* en los últimos tres meses?

Aproximado se refiere a (±3 horas)
*Marque así: 1, siempre; 2, generalmente; 3, a veces; 4, nunca.

4. ¿Ha presentado algún tipo de efecto adverso por los antihipertensivos mencionados? anteriormente, si responde si por favor describa los síntomas o signos presentados:

No____
Sí _____ Por favor, descríbalo: _____

5. ¿Ha presentado algún tipo de efecto adverso por los otros medicamentos mencionados anteriormente? Si responde sí, por favor describa los síntomas o signos presentados.

No____
Sí _____ Por favor, descríbalo: _____

FRD 2: Formulario para ser dirigido por el encuestador hacia el paciente

1. Comunicación del autocumplimiento. La mayoría de los pacientes tienee dificultad para tomar sus comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?

No ___

Sí ___

2. Test de Morisky-Green. Pregúntele al paciente respecto a sobre los últimos tres meses:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la hipertensión? Respuesta: Sí/No
- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada? Sí/No
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? Sí/No
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación? Sí/No

3. Grado de control de la enfermedad.
Siga las siguientes instrucciones antes de medir la tensión arterial del paciente.
La persona debe estar sentada en una silla, con su espalda y sus antebrazos apoyados, y sus brazos a nivel del corazón.
No debe haber fumado o ingerido cafeína durante los 30 minutos antes de la medición.
La medición debe hacerse después de cinco minutos de reposo.
El tamaño del brazalete debe ocupar el 80 % de la longitud total del brazo.* Use preferiblemente un esfigmomanómetro de mercurio, o manómetro aneroide recientemente calibrado o un medidor electrónico validado. Deben promediarse dos o más mediciones tomadas en forma separada, con un intervalo de dos minutos. Si las dos primeras mediciones difieren en más de 5 mm de Hg, se deben obtener y promediar mediciones adicionales.

Registre el valor de las mediciones:
Primera medición: PAS____ PAD____
Segunda medición: PAS____ PAD____
Tercera medición: PAS____ PAD____

4. Nivel de conocimientos de la enfermedad. Dirija las siguientes preguntas al paciente.
¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?

No ___ No sabe____

Sí ___

¿Se puede controlar con dieta o medicación?

No ___

Sí ___

¿Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la tensión arterial elevada?

5. Cuestionario de creencias del paciente sobre los medicamentos. Dirija las siguientes preguntas al paciente.

Preguntas (o ¿Creencias?)	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
¿Los médicos formulan muchos medicamentos?					
¿La gente que toma medicamentos debería dejar de tomarlos de vez en cuando?					
¿La mayoría de los medicamentos genera adicción o dependencia?					
¿Los remedios naturales producen menos efectos secundarios?					
¿Los medicamentos hacen más mal que bien?					
¿Todos los medicamentos son dañinos o peligrosos?					
¿Los médicos confían demasiado en los medicamentos?					
¿Si los médicos tuvieran más tiempo con los pacientes recetarían menos medicamentos?					