

Efectividad y seguridad de los tratamientos para el riesgo cardiovascular según la perspectiva de los pacientes. Estudio cualitativo

GÓMEZ BARAZA MC¹, PIBERNAT-MIR L², SILVA-CASTRO MM²

¹ Farmacia Atención Primaria Sector I. Zaragoza (España)

² Facultad de Ciencias de la Salud. Docentes del Máster en Atención Farmacéutica y Farmacoterapia. Universidad San Jorge. Zaragoza (España)

Fecha de recepción: 20/10/2021 - Fecha de aceptación: 22/11/2021

RESUMEN

Objetivo: Identificar las creencias de los pacientes con riesgo cardiovascular, sobre la efectividad y seguridad de seguir hábitos de vida saludables y de tratamientos farmacológicos.

Método: Estudio cualitativo, descriptivo y transversal, realizado mediante entrevistas semiestructuradas y entrevistas en profundidad, en el ámbito de la farmacia comunitaria. Los participantes fueron pacientes voluntarios atendidos en Zaragoza.

Resultados: Los resultados más relevantes hacen énfasis en la actitud receptiva de los pacientes tanto frente a los hábitos saludables, como a los tratamientos farmacológicos. Destaca la creencia en la efectividad de ambas medidas terapéuticas, y que es su combinación lo que lleva al éxito del tratamiento. Los pacientes muestran preocupación ante la posibilidad de sufrir efectos adversos de los medicamentos

mientras que las medidas higiénico-dietéticas son percibidas como seguras. Los pacientes muestran confianza hacia los profesionales sanitarios. En cuanto a los cambios de hábitos, se detectaron dificultades relacionadas con las dimensiones cultural, social y emocional.

Conclusiones: La perspectiva de los pacientes entrevistados coincide con las recomendaciones biomédicas actuales sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares: se precisa de una terapéutica mixta para el manejo del riesgo cardiovascular.

Los pacientes confían en los profesionales sanitarios. Aun así, los pacientes temen por la seguridad de los medicamentos y sienten dependencia del sistema experto en el manejo de su condición de salud. En la atención a los pacientes es necesario tener en cuenta sus creencias, condiciones y experiencias para adecuar las terapias y obtener el máximo beneficio de éstas.

Palabras clave: Creencias, enfermedades cardiovasculares, tratamiento farmacológico, estilo de vida, investigación cualitativa.

Effectiveness and safety of cardiovascular risk treatments according to the patients' perspective. Qualitative study

SUMMARY

Objective: To identify the beliefs of patients with cardiovascular risk, about effectiveness and safety of following healthy life habits and drug therapy.

Methods: Qualitative, descriptive, and cross-sectional study, in-depth semi-structured interviews were conducted in the community pharmacy setting. Participants were volunteer patients from Zaragoza (Spain).

Results: The most relevant results empha-

size the receptive attitude of patients both in terms of healthy habits and pharmacological treatments. It emphasizes the belief in the effectiveness of both therapeutic measures and that it is their combination that leads to the success of the treatment. Patients show concern about the possibility of suffering adverse effects of medications, while hygienic-dietetic measures are perceived as safe. Patients show confidence in health professionals. Regarding habits changes, dif-

ficulties were detected related to the cultural, social and emotional dimensions.

Conclusions: The beliefs of the patients coincide with the current biomedical recommendations on the prevention and treatment of cardiovascular diseases: a mixed therapy is required for the management of cardiovascular risk. In addition, patients rely on health professionals. Even so, patients fear for the safety of medications and feel dependent on the expert system in managing their health condition. In patient care, it is necessary to consider patients' beliefs, conditions and experiences to adapt therapy to the maximum and obtain the maximum benefit from it.

Key words: Beliefs, cardiovascular diseases, drug therapy, lifestyle, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades cardiovasculares (ECV) figuran entre las primeras causas de defunción a nivel mundial¹. Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, obesidad, sedentarismo y tabaquismo son factores de riesgo cardiovascular (FR)^{2,3}. El riesgo cardiovascular (RCV) se define como la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una ECV en un determinado plazo de tiempo, según la conjugación de distintos FR que estén presentes en cada individuo³.

En la actualidad diversos estudios, consensos de expertos y guías clínicas sobre recomendaciones cardiovasculares establecen criterios de tratamiento farmacológico³ y recomiendan adoptar programas de prevención cardiovascular para controlar los factores de riesgo, dirigidos a modificar los hábitos de vida de los pacientes^{4,5}. Aunque resulta obvio que se requiere de un abordaje e intervención multifactorial, los cambios de conducta de los pacientes están sujetos a condicionantes culturales y socioeconómicas, que la actuación sanitaria debe atender.

Es evidente que los cambios en el estilo de vida de los pacientes son esenciales en el control del RCV. Para ello, el abordaje de las modificaciones de conducta debe emprenderse bajo el paradigma sociocultural y, por ende, socioeconómico, de los estilos de vida. Es decir, atender a los estilos de vida no como elecciones individuales libres e incondicionadas del individuo sino, todo lo contrario, como factores socioculturalmente condicionados. De otro modo, si los estilos de vida se entienden como elecciones individuales libres, no se atienden a las dificultades reales para modificarlos y se niega la responsabilidad que instancias sanitarias, políticas y económicas tienen respecto a las condiciones de vida y alimentación de las poblaciones⁶.

Otro punto para tener en cuenta es cómo percibe el paciente su enfermedad y su tratamiento. Lo que opinan, lo que sienten, su visión personal sobre lo que ha causado su enfermedad, incluye el control que perciben en la actuación sanitaria influye en los resultados de salud^{7,8}.

Al respecto, se encuentra que son muy pocos los estudios que pretenden identificar la perspectiva, y en concreto, las creencias de los pacientes sobre la efectividad de las distintas prácticas terapéuticas y/o preventivas tales como la adaptación de estilo de vida y medicación. Por ello se ha postulado como objetivo principal del estudio investigar a qué atribuyen los pacientes la "efectividad" en sus procesos terapéuticos/preventivos. Como objetivo secundario se ha planteado indagar la procedencia de esas creencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo cualitativo, realizado entre septiembre-diciembre de 2018. Para determinar los hábitos de vida se realizó una selección de preguntas del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga⁹. Se realizaron entrevistas en profundidad y semiestructuradas para valorar la efectividad/seguridad que los pacientes atribuyen al hecho de seguir hábitos de vida saludables y/o tomar tratamientos farmacológicos. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas tras la autorización de los participantes. Los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en este estudio. Los datos de carácter personal fueron manejados de forma anónima y confidencial de acuerdo con lo exigido por la LO 3/2018. Este trabajo se realizó en el ámbito de la farmacia comunitaria de la región de Aragón, se realizaron entrevistas a 7 participantes voluntarios.

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se indexaron y clasificaron los datos cualitativos en categorías (A-D) y subcategorías (1-4) que fueron los nodos del análisis posterior (tabla 1). Se realizó un análisis temático de contenido con las categorías analíticas predefinidas.

RESULTADOS

Se entrevistaron en profundidad 7 pacientes con factores de RCV constatados: 4 hombres y 3 mujeres. La edad media fue de 65,29 años (IC 95%: 63,46-67,11). 4 participantes tenían estudios universitarios y 3 participantes tenían educación secundaria. Todos los pacientes presentaban alguna afectación del aparato circulatorio, y 5 de ellos algún proceso en el aparato endocrino y/o metabolismo. 4 presentaban antecedentes familiares de RCV. El nivel de RCV en 4 pacientes era alto/muy alto, en 1 paciente, moderado, y en 2, bajo. Los pacientes tenían prescritos una media de 2,86 fármacos para la prevención/tratamiento del RCV.

En el cuestionario de Arrivillaga, se evaluaron cuatro dimensiones: 1) actividad física y deporte: donde se observó una tendencia hacia hábitos saludables, 2) autocuidado/cuidado médico, 3) hábitos alimenticios, 4) consumo de alcohol/tabaco/sustancias. En estos tres últimos apartados destacó en general una actitud muy saludable.

En el análisis de la explicación del RCV por parte de los pacientes, se indagó en los conocimientos ante este término y sus FR; además de indagar sobre quién recae la responsabilidad del proceso preventivo. La mayoría consideraron el RCV como "algo peligroso". Algunos citaron FR como la herencia, obesidad o malos hábitos alimenticios como posibles causas, sin embargo, no percibieron el carácter multifactorial del RCV. Sólo 3 sujetos comprendían el RCV en todas sus dimensiones, tal y como se describe desde la biomedicina. Un paciente refirió no tener conocimientos sobre el RCV: "Si me dijeran que tengo RCV elevado no lo entendería"..."Yo no tengo de esas cosas, sólo tengo un poco de tensión". Sobre la procedencia de sus conocimientos, algunos pacientes refirieron desinformación profesional ("El médico nunca me ha explicado nada"). 3 pacientes afirmaron obtener conocimientos por parte de profesionales de la salud, y estos se correspondían con los tres pacientes que hablaban del RCV refiriéndose a la definición biomédica. Al describir la importancia del RCV y sus emociones ante esta condición, todos destacaron la importancia de las ECV; les causaba angustia saber que pudieran padecer un accidente cardiovascular; y todos salvo uno, mostraron preocupación.

En cuanto a la responsabilidad del proceso, a todos los pacientes les gustaría disminuir el RCV e indicaron formas de reducirlo como hacer ejercicio, alimentarse adecuadamente o abandonar el tabaco/alcohol. En general, evaluaban como suficiente las medidas de ejercicio y alimentación que llevaban a cabo. Todos refirieron una alimentación equilibrada, y hacer ejercicio en mayor o menor medida.

Respecto a las creencias sobre las medidas higiénico-dietéticas, se indagó sobre los conocimientos de los pacientes frente a los términos "medidas saludables"- "medidas higiénico-dietéticas". Todos los entrevistados refirieron entender de qué se estaba hablando. Todos mostraron actitud receptiva y optimista al hablar de ello. Entre ellos, destaca la creencia de que los malos hábitos pueden desencadenar o empeorar las ECV; y con respecto a la alimentación, aunque todos habían descrito seguir una dieta saludable, muchos resaltaron el carácter restrictivo de ésta. Ante el planteamiento de cambiar

Tabla 1. Categorías de análisis y subcategorías de las variables cualitativas

Categoría	Subcategorías/dimensiones	Preguntas
A. Explicación del riesgo cardiovascular (RCV)	1. Definición de RCV, condiciones clínicas/factores de RCV	Qué entienden?, Qué piensan?, Cómo explican su RCV o sus factores de riesgo?
	2. Responsabilidad del proceso	Cómo afrontan esta condición clínica?, Qué hacen para prevenirlo?, Pueden hacer algo?, Se creen responsables del proceso?
B. Creencia sobre las medidas higiénico-dietéticas (dieta/ejercicio/tabaco)	1. Actitud hacia las medidas higiénico-dietéticas	Qué entienden por medidas higiénico-dietéticas?, Cómo se sienten ante una propuesta de modificación de conducta de hábitos? Qué opinan sobre ello?, Les resulta fácil o difícil seguir las recomendaciones? En caso de existir, cuales son las dificultades?
	2. Beneficio/efectividad de las medidas higiénico-dietéticas	Qué piensan acerca de estas medidas: consideran que es positivo o negativo?, Es más o menos efectivo que tomar un fármaco?
	3. Seguridad de las medidas higiénico-dietéticas	Consideran que le pueden perjudicar?
	4. Importancia relativa entre las distintas medidas higiénico-dietéticas	Son unas más importantes que otras?
C. Creencia sobre los medicamentos	1. Actitud hacia los medicamentos	Entienden por qué se les prescribe el tratamiento?, Cómo se sienten?, Qué opinan?, Es fácil o difícil seguir las pautas marcadas? En caso de existir, cuales son las dificultades?
	2. Beneficio/efectividad	Qué piensan acerca del tratamiento: es positivo o negativo?, Es más o menos efectivo que recibir recomendaciones sobre dieta/ejercicio?
	3. Seguridad	Consideran que le pueden perjudicar los medicamentos?, Les producen algún efecto adverso?
D. Información-socialización de la condición de salud	1. Fuentes de información	Cómo, de dónde obtienen la información sobre su RCV, de las medidas higiénico-dietéticas y de los tratamientos?
	2. Fiabilidad atribuida a las distintas fuentes de información	

hábitos ya adquiridos por otros más saludables, mostraron intención de seguir el consejo profesional. Sin embargo, tres pacientes explicaron la dificultad psico-emocional de cambiar costumbres arraigadas. En cuanto a la actividad física, dos pacientes manifestaron tener dificultades y limitaciones físicas para realizarlas (tabla 2). Todos consideraron las medidas higiénico-dietéticas beneficiosas, efectivas y seguras para ellos. Ningún participante destacó una mayor importancia de unos hábitos saludables frente a otros, y se referían a ellos de manera positiva.

En relación con los medicamentos, la actitud fue en la mayoría positiva, aunque algunos pacientes mostraron resignación (tabla 3). Todos consideraban necesarios y efectivos los tratamientos que estaban recibiendo, y mostraron

satisfacción con los resultados. Al indagar en la creencia de si los medicamentos son más o menos efectivos que las medidas higiénico-dietéticas la mayoría de los pacientes indicaron complementariedad entre ambas medidas; sólo un paciente mostró total decantación por los medicamentos (tabla 4). Respecto a la seguridad de los fármacos, tres pacientes relataron haber sufrido algún efecto adverso; y el resto pensaban que a largo plazo podrían sufrirlo (tabla 5). Otro de los factores de estudio era cómo se sentirían si únicamente recibieran medidas higiénico-dietéticas: todos se mostraron receptivos, aunque también con escepticismo. Sólo el paciente que manifestó que la medicación era más efectiva, mostró negación: "No, no la dejaría (la medicación)".

Tabla 2. Dificultad de cambio de costumbres arraigadas

Dificultad de cambio de costumbres arraigadas	
Dificultad psico-emocional	"Me cuesta, me cuesta... de hecho, estuve con el psiquiatra porque me costó muchísimo"(C)
	"Si me plantearan cambiar mis hábitos (se refiere a dejar de tomarse alguna copa de vino) me sentiría mal "[...]" Hombre si fuera de vida o muerte no hay nada que discutir, se deja automáticamente y ya está, pero yo creo que me da vida"(M)
Limitaciones físicas	"Soy paralítico de una pierna y ya no puedo andar como antes"(M)
	"Antes corría, pero tuve un problema de menisco y desde hace un año no puedo correr"(Ju)

Tabla 3. Creencias sobre la efectividad de los medicamentos

Creencias sobre la efectividad de los medicamentos
"Yo llevo un tratamiento perfecto"(M)
"Tomo mucha medicación, pero yo estoy encantada, porque antes hace 40 años estaría muerta, y ahora gracias a la medicación estoy viva..."(C)
"Tomo demasiadas, pero las tengo que tomar", "No me gusta la medicación, pero me tengo que aguantar... o te tomas eso o te mueres... pues lo tomas"(L)
"Intento tomar lo menos posible, pero si al final tengo que tomar... pues claro lo tengo que tomar", "No me gusta tomar medicamentos si no veo que lo necesito"(J)

Tabla 4. Creencia de las medidas higiénico-dietéticas versus medicamentos

Creencia de las medidas higiénico-dietéticas versus medicamentos
"El equilibrio de todo... es la combinación de los dos lo que hace la eficacia total"(V)
"No creo que una cosa sea más efectiva que la otra, es un tema que se debe complementar..."(Ju)
"No sé si los medicamentos son más efectivos que los hábitos saludables", "Se podría reducir la medicación tal vez... pero quitarla del todo no creo"
"Las dos cosas son efectivas. Mejor un poco de aquí y poco de allá"(M)
"Yo pienso que son mitad y mitad, que se compaginan", "Te tomas la medicación, pero claro si yo me tomo la medicación y luego voy y me como una tarta y me bebo una botella de whisky... ya he fastidiado toda la medicación, tiene que ser mitad y mitad"(L)
"La medicación, para mi es muchísimo más efectiva"(...) "lo demás es un complemento, pero vamos, no llega ni al 25%"(...) "yo dejo un día de tomarme la medicación y lo noto, y dejo una semana de andar y no pasa nada"(C)

Tabla 5. Seguridad

Seguridad
"Cualquier medicamento que puedas tomar durante mucho tiempo, pues no estoy seguro que no vaya a producir algún efecto secundario, por lo tanto... por eso intento tomar lo menos posible"(J)
"Estar tomando una montonada de medicinas que seguramente te están deteriorando el hígado, el páncreas... te estropean todo"(M)

Por lo que respecta a la información-socialización de la condición de salud, las fuentes de información de los entrevistados fueron los profesionales de la salud. Sólo un paciente reconoció obtenerla de los medios de comunicación. Cabe destacar el énfasis con el que hablaban los participantes que habían sufrido un evento cardíaco: "Nos han explicado todo (...) salimos de allí (...) sabiendo lo que tenemos y no tenemos que hacer". En el resto de participantes, destacaron los comentarios de la falta de tiempo para proporcionar información en las consultas. En lo referido a la fiabilidad atribuida a las distintas fuentes la mayoría no acataban consejos de familiares/amigos, o de medios de comunicación. Mostraron confianza y seguridad hacia los profesionales.

DISCUSIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se caracterizan por tener una etiología multifactorial compuesta por diferentes factores de riesgo, que en muchas ocasiones se presentan asociados. En este estudio, lo habitual fue que los sujetos no comprendían que el RCV tiene una naturaleza multifactorial tal como se entiende desde la biomedicina y presentaban distintas percepciones del riesgo, según la interpretación que hacían del mismo. A su vez, su interpretación dependía de sus creencias, experiencias vitales y conocimientos al respecto: "Yo no tengo de esas cosas, sólo tengo un poco de tensión". Las interpretaciones realizadas condicionan la percepción del riesgo. Los componentes que favorecen la mayor

tolerancia son que generalmente es un proceso asintomático, diferido en el tiempo, y su manejo depende (en cierta manera) de las costumbres de cada persona, sus hábitos de vida, entre otros como los indicados por Cipolle *et al.*¹⁰

De la mano de las creencias e interpretaciones de los pacientes, destacaban las emociones, amalgamadas con las primeras. En la mayoría de los casos, se mostraron temerosos frente a presentar o poder presentar RCV; ya que en todos los casos, el RCV se sentía como una amenaza, como una patología que ponía su vida en peligro. Estos miedos, están en consonancia con los mostrados en otros estudios¹¹. El paciente que estaba más tranquilo corresponde con uno de los que mejor informados estaba sobre el RCV. La manera de afrontar ese miedo fue pidiendo información para conocer qué pasa y cómo se puede solucionar. En este sentido, los profesionales debemos indagar en la procedencia de ese miedo, en la cultura y en las creencias del paciente, ya que la comprensión de los riesgos y la forma en que son percibidos es un paso crucial para afrontarlos.

En estudios previos se muestra la relación entre la información sobre RCV y la reducción de los FR en pacientes con RCV¹². Este hallazgo aparece también reflejado en el presente trabajo. En este contexto, es por tanto crucial contar con la voz de los pacientes, para conocer su comprensión sobre su estado de salud y sobre el tratamiento que recibe. En base a ello, puede adaptarse la información y recursos, para que sean lo más adecuados y promuevan un refuerzo contundente de la capacidad del paciente en la gestión de su condición de salud con RCV.

En cuanto a las medidas higiénico-dietéticas, los participantes consideran que la alimentación y la actividad física son pilares en el tratamiento/prevenición del RCV, se sienten receptivos y responsables del proceso terapéutico a este nivel. En consonancia con los resultados de las entrevistas en profundidad, todos indicaron seguir dietas equilibradas y realizar ejercicio de una u otra forma. Estos datos son similares a los recogidos en la última Encuesta Nacional de Salud¹³.

La promoción de la salud es una de las funciones claves de los profesionales sanitarios³. Sin embargo, lograr que los pacientes modifiquen conductas relacionadas con el RCV (como alimentación, actividad física, etc.) es una tarea realmente ardua para los profesionales^{14,15}. En los pacientes entrevistados se hallaron claras muestras de la complejidad sociocultural asociada a estas modificaciones: "tomar unos vinos me da vida". Por ello, el abordaje no puede sino contemplar e integrarse con dicha complejidad. Recetas únicas y universales, tienen baja garantía de efectividad asistencial.

La modificación de hábitos implica un reto más allá de lo que pudiera ser la incorporación de una conducta o la eliminación de otra, ya que influyen aspectos como las circunstancias económicas, las experiencias previas, el aprendizaje, las actitudes o la motivación de los pacientes. Finalmente, otro elemento clave es que los pacientes se consideren susceptibles o no a sufrir complicaciones debidas al RCV. Hay estudios que defienden que el cambio de conducta es realmente difícil si no se da tal percepción del riesgo propio¹⁶. Por todo ello, se demuestra, una vez más, que en la gestión del RCV hay factores sociales y culturales, imbricados con aspectos emocionales que no se pueden aludir en las prácticas asistenciales^{17,18}.

A pesar de la evidencia de los beneficios de los hábitos saludables, muchas personas no inician un cambio, o les cuesta permanecer en éste¹⁵. La resistencia al cambio es uno de los

principales obstáculos para afrontar determinados riesgos para la salud. Por ello se deben tener en cuenta en la práctica clínica las dimensiones socioculturales y emocionales, creencias y sentimientos, al abordar estas cuestiones ya que no solo condicionan las prácticas habituales de las personas, sino que son determinantes en los resultados de salud que se necesitan para evitar eventos cardiovasculares a largo plazo.

En este estudio los participantes consideran que la combinación de ambas medidas lleva al éxito del tratamiento, lo cual contradice la hipótesis inicial de este trabajo en cuanto a que solamente la "efectividad atribuida a la medicación" podría estar condicionando la gestión de la enfermedad por parte de los pacientes, y por tanto contribuir a disminuir hábitos saludables. Esto contradice también los resultados de otros estudios^{15,18} que concluían que los pacientes concedían mayor importancia a la toma de medicamentos respecto a otras medidas terapéuticas.

Los resultados más relevantes hacen énfasis en la actitud predispuesta y receptiva de los participantes tanto a los hábitos saludables, como a adaptar su vida a tomar tratamientos farmacológicos, a pesar de la dificultad del proceso. Destaca la creencia en la efectividad y complementariedad de ambas medidas, y la satisfacción con los resultados que consiguen con ello.

En el presente estudio, las creencias de los pacientes se alinean con las recomendaciones actuales sobre prevención y tratamiento de las ECV³. Los pacientes confían en el sistema experto, intentan adherirse a las recomendaciones, aunque algunos reconocen la dificultad y complejidad de la cuestión, relacionada con la dimensión cultural, social y, por ende, emocional y económica. Por lo que respecta a la seguridad atribuida a la medicación, se observó una mayor preocupación por sufrir eventos adversos por medicamentos; argumento coincidente con el estudio de López-Amador¹⁵. En cambio, las modificaciones de los estilos de vida las perciben siempre como medidas seguras.

Al analizar la procedencia de sus creencias en salud, la mayoría de los entrevistados manifestaron tener como fuente de información a los profesionales sanitarios. Esto denota confianza y cercanía hacia ellos. Sin embargo, este hecho entra en cierta contradicción, pues algunos pacientes comentaron no haber recibido información suficiente acerca del RCV. Muchos pacientes relataron no haber recibido explicaciones acerca de cómo los hábitos saludables pueden prevenir o mejorar su condición clínica. Es decir que, en la práctica clínica, no se transmite la importancia de las medidas higiénico-dietéticas. Estas circunstancias de desinformación a los pacientes coinciden y refuerzan lo hallado al respecto en el estudio (Des)control diabético⁶. Entra en conflicto lo que los pacientes sienten –confianza-, y esperan –información adecuada-, con lo que sucede –poco tiempo dedicado a informar adecuadamente a los pacientes-. En este punto aparece el disconfort ante la falta de información recibida, como aparece indicado también por otros autores¹⁹.

CONCLUSIONES

Los pacientes del presente estudio consideran que la combinación de las medidas higiénico-dietéticas junto con la medicación es lo que lleva al éxito del tratamiento. Manifiestan creencias favorables hacia la efectividad de los tratamientos y las medidas higiénico-dietéticas. Presentan preocupación por eventos adversos ocasionados por medicamentos y atribuyen total seguridad a las medidas higiénico-dietéticas.

Los pacientes entrevistados confían en el sistema experto y se muestran predispuestos a los cambios de hábitos, si bien exponen dificultades emocionales y socioculturales.

Es necesario tener en cuenta las creencias y experiencias de los pacientes respecto a sus condiciones de salud y sus tratamientos, para poder responder adecuadamente a sus dificultades, necesidades y garantizar el mejor resultado de sus tratamientos.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. The top 10 causes of death; WHO; 2021 [Citado el 07/07/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Brotos C, Alemán JJ, Banegas JR, Fondón C, Lobos-Bejarano JM, Martín E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria* 2018;50(Supl 1):4-28.
- Piepoli M, Hoes A, Agewall S, Albus C, Brotos C, Catapano AL, et al. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2016 [Citado el 29/05/2017]. Disponible en: <https://www.revvespcardiol.org/es-guia-esc-2016-sobre-prevencion-articulo-S0300893216304146>.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Reiner Z, et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:530-40. doi: 10.1097/HJR.0b013e3283383f30.
- Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Ryden L, Jennings C, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23:636-48. doi: 10.1177/2047487315569401.
- Pibernat Mir, L. (Des)control diabético: Controversias en las prácticas terapéuticas de la DM2 [tesis de máster]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2012.
- Beléndez-Vázquez M, Hernández-Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7:767-779.
- Hagger, M. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*. 2003;18:141-184.
- Arrivillaga M, Salazar I, Gómez I. Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos. Documento de trabajo. Cali: Pontificia Universidad Javeriana. 2002.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: The clinician's guide*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
- Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global* 2008;12:1-14.
- Lopez-Gonzalez AA, Aguilo A, Frontera M, Bannasar-Veny M, Campos I, Vicente-Herrero T, et al. Effectiveness of the Heart Age tool for improving modifiable cardiovascular risk factors in a Southern European population: a randomized trial. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22:389-96.
- ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid. 2018 [Citado el 10/11/2018]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf.
- Quillas RK, Vázquez C, Cuba MS. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Med Peru*. 2017;34(2):125-31.
- López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en medicina Familiar*, 2007;9:80-86. [Citado el 10/11/2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711454003>.
- Jiménez ML, Orkaizaguirre A, Biembela MT. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index Enferm*. 2015;24(4):217-221.
- Martín LA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007 [tesis doctoral]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
- Pérez E, Sóler Y, Morales L. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *MEDISAN* 2016;20(1):4.
- Ramalho-de Oliveira D, Shoemaker S, Ekstrand M, Alves M. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. *J Am Pharm Assoc*. 2012;52:71-80. doi: 10.1331/JAPhA.2012.10239.