

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE PINAR DEL RÍO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

JORNADA CIENTÍFICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL: EVALUACIÓN DE UN MODELO
EXPLICATIVO**

BLOOD PRESSURE CONTROL: EVALUATION OF AN EXPLANATORY MODEL

Dr. Lázaro Pablo Linares Cánovas. Policlínico Docente Universitario “Luis Augusto Turcios Lima”. Cuba. ashirogi.science@gmail.com

DrC. Guillermo Luís Herrera Miranda. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba

DrC. Geovani López Ortiz. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Resumen

Introducción: la ausencia de control de las cifras de presión arterial constituye una seria problemática sanitaria. **Objetivo:** evaluar un modelo explicativo sobre el control de la presión arterial. **Método:** estudio observacional, analítico, transversal, desarrollado entre 2021 y 2023, en muestra de 140 pacientes hipertensos, del consultorio 59, del Policlínico Turcios Lima. La revisión documental y la aplicación de instrumentos, permitieron la obtención de información que dio salida a las variables analizadas, empleándose métodos de estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** el 55,0 % de los pacientes no tenían control de la presión arterial, asociándose ello con la edad ($p<0,001$), convivencia ($p<0,001$), nivel de estrés ($p<0,001$), la ansiedad rasgo ($p<0,001$) y estado ($p<0,001$). Igual comportamiento mostraron todos los factores de riesgo evaluados, teniéndose una mediana de 10 años con el diagnóstico de la enfermedad, presentando polifarmacia el 37,9 % de la muestra. La adherencia parcial predominó en el estudio (50,7 %), asociándose con el control de la presión ($p<0,001$). La aplicación de modelos de regresión logística binaria, permitió evaluar la influencia multivariable del perfil demográfico, psicosocial, clínico y de las variables asociadas al estilo de vida, sobre el control de la PA. **Conclusiones:** el estudio permitió identificar los factores presentados por los pacientes, que guardan relación con el control de las cifras de presión arterial. Fueron para ello analizadas las esferas sociodemográfica, psicosocial, así como el estilo de vida y las características clínicas, lo que permitió establecer las variables que inciden en una modificación del control de dichas cifras tensionales.

Palabras Clave: Atención Médica; Control; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Hipertensión; Presión Arterial.

Abstract

Introduction: the lack of control of blood pressure figures constitutes a serious health problem. **Objective:** to evaluate an explanatory model on blood pressure control. **Method:** observational, analytical, cross-sectional study, developed between 2021 and 2023, in a sample of 140 hypertensive patients, from office 59, of the Turcios Lima Polyclinic. The documentary review and the application of instruments allowed obtaining

information that gave rise to the variables analyzed, using descriptive and inferential statistical methods. **Results:** 55.0% of patients had no blood pressure control, which was associated with age ($p < 0.001$), cohabitation ($p < 0.001$), stress level ($p < 0.001$), trait anxiety ($p < 0.001$) and state ($p < 0.001$). All the risk factors evaluated showed the same behavior, with a median of 10 years since the diagnosis of the disease, and 37.9% of the sample were using polypharmacy. Partial adherence predominated in the study (50.7%), associated with blood pressure control ($p < 0.001$). The application of binary logistic regression models allowed the evaluation of the multivariate influence of the demographic, psychosocial, clinical profile and variables associated with lifestyle on BP control. **Conclusions:** the study allowed the identification of the factors presented by the patients, which are related to the control of blood pressure figures. For this purpose, the sociodemographic, psychosocial, lifestyle and clinical characteristics spheres were analyzed, which allowed the establishment of the variables that influence a modification of the control of said blood pressure figures.

Keywords: Medical Care; Control; Compliance and Adherence to Treatment; Hypertension; Blood Pressure.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles constituyen una amenaza para todos los sistemas de salud a nivel global, dado el elevado número de personas que las padecen, que continúa en aumento a pesar de la preocupación y los esfuerzos que diferentes organizaciones vienen realizando para controlarlas. En este contexto, se hace necesario un impacto negativo de las enfermedades cardiovasculares (ECV), y dentro de ellas, la hipertensión arterial (HTA).(1,2)

Esta enfermedad, considerada la plaga silenciosa del siglo XXI, afecta a más de 1.280 millones de personas en el mundo, siendo responsable de 10,8 millones de muertes anuales, de la ocurrencia del 62 % de los accidentes cerebrovasculares, y del 49 % de los casos de enfermedad coronaria isquémica, siendo a su vez una de las principales responsables de años perdidos por discapacidad y mortalidad prematura.(3-9)

Al ser el factor de riesgo más común en Atención Primaria de Salud, se entiende, por tanto, la implementación de múltiples estrategias para su control, siendo la reducción de los niveles de presión arterial (PA) como premisa para reducir el riesgo de aparición de eventos desfavorables para la salud del individuo, asociados a esta enfermedad. Dicho control, a pesar de constituir un pilar fundamental para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura; sigue siendo un problema en la población hipertensa en el mundo, estimándose que menos de la mitad de los pacientes diagnosticados y que reciben tratamiento logran un adecuado control de los niveles de PA.(10-12)

Presente en el 8,30 % de los adultos en América Latina y el Caribe, la HTA en Cuba alcanza una prevalencia estimada en torno a los 2 millones de hipertensos, siendo Pinar del Río la sexta provincia con mayor tasa de prevalencia hasta 2020 (241,9 por mil habitantes, y superior a la media nacional de 230,2).(13, 14) Teniendo en cuenta lo antes mencionado, surge la necesidad de realizar esta investigación, la cual tuvo como objetivo **evaluar** mediante la aplicación de modelos explicativos los factores que influyen en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos.

Métodos

Se desarrolló un estudio observacional, analítico, de corte transversal en pacientes hipertensos, pertenecientes al Consultorio Médico 59, correspondiente al área de salud del Policlínico Docente de la Universidad Luis Augusto Turcios Lima, entre julio del 2021 y mayo del 2023.

El universo estuvo conformado por 256 pacientes mayores de 18 años, clasificados como hipertensos, pertenecientes a dicho consultorio. Se trabajó con una muestra probabilística aleatoria simple, conformada por aquellos individuos que cumplieron con los criterios de inclusión (paciente mayor de 18 años, clasificado como hipertenso, que acepta participar en el estudio, manifestando esto mediante consentimiento informado) y exclusión (paciente con demencia o deterioro cognitivo, o que presenta una enfermedad terminal).

Para recolectar la información que dio salida a las variables estudiadas se utilizó el análisis documental de las Historias Clínicas Individuales y de las Historias de Salud Familiares, el cual se complementó con la aplicación de instrumentos que permitieron obtener la información que dio salida a las variables estudiadas (control de presión arterial, edad, sexo, estado civil, convivencia, color de piel, escolaridad, nivel de estrés, ansiedad, presencia de factores de riesgo [tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo o hábitos alimentarios inadecuados], tiempo con el diagnóstico de la enfermedad, presencia de polifarmacia, presencia de diabetes mellitus, adherencia al tratamiento farmacológico y nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial). Se consideró controlado a todo paciente que en los últimos seis meses hubiera presentado valores de PA menores de 140/90 mmHg en personas con riesgo cardiovascular bajo o moderado; o menores de 130/80 mmHg en aquellos con riesgo cardiovascular alto o diabetes mellitus. Para la medición de la PA se utilizó el método auscultatorio utilizando un esfigmomanómetro de mercurio.

Entre las diferentes pruebas de evaluación psicológica aplicadas se encontraba la Escala para evaluar el nivel de estrés.⁽¹⁵⁾ A su vez, se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE),⁽¹⁶⁾ de carácter autoevaluativo, que mide dos formas relativamente independientes de ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa) relativamente estable. Se aplicó el cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MBG),⁽¹⁷⁾ que permitió determinar el grado de adherencia terapéutica según la frecuencia del paciente de realizar determinadas actividades asociadas al tratamiento farmacológico. El instrumento para medir el nivel de conocimientos en el presente estudio, fue el desarrollado por García Mireylle LA y Pinto Jessica MM.⁽¹⁸⁾

Procesamiento estadístico

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 22 para Windows, utilizándose métodos de estadística descriptiva e inferencial para el procesamiento de la información. Inicialmente se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para verificar el cumplimiento del supuesto de normalidad en las variables cuantitativas de la investigación, y con ello definir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Como métodos de estadística descriptiva se analizaron medidas de tendencia central (media aritmética o mediana) y de dispersión (desviación estándar o

rangos intercuartiles), en el caso de las variables cuantitativas; así como las frecuencias absolutas y porcentajes, para representar el comportamiento univariado de las variables categóricas.

Para el análisis bivariado se utilizó la estadística inferencial, utilizando las pruebas X² de Pearson para variables categóricas. Buscando establecer posibles interacciones entre variables categóricas y cuantitativas, se utilizó la prueba t de Student para muestras no relacionadas y la prueba U de Mann-Whitney, dependiendo del cumplimiento del supuesto de normalidad. Para el análisis multivariado fueron elaborados varios modelos predictivos, siendo empleado para ello los modelos de regresión logística binaria (siendo la variable dependiente la presencia de control de la PA), mediante el método stepwise (paso a paso), mediante el cual se pudieron determinar cuáles fueron las variables independientes influyentes en los modelos predictivos establecidos. Se tomaron valores de $p < 0,05$; como evidencia estadística de las diferencias encontradas. Los resultados se presentaron a través de tablas y gráficos.

Parámetros éticos

Para la ejecución del estudio se tomaron en consideración los aspectos reflejados en la Declaración de Helsinki en cuanto al diseño y aplicación de la investigación en humanos, cumpliendo así con el principio de autonomía establecido en el Código Internacional de Bioética para la investigación en seres humanos. Se consultó al Comité de Ética de la institución para la realización del estudio, se garantizó la confidencialidad de la información, se informó a cada paciente detalladamente de los objetivos y características del estudio y se les solicitó por escrito el consentimiento informado para participar en el mismo.

RESULTADOS

En la muestra analizada (Anexo 1) se observó un predominio de pacientes hipertensos que no tenían control de presión arterial (55,0 %).

En el anexo 2 se muestra el perfil demográfico de los individuos incluidos en el estudio, detallando un predominio del sexo femenino (70,7 %), con una edad media de $53,7 \pm 15,4$ años, y siendo el color de piel el negro el más representativo (52,9 %). El 56,4 % de los participantes eran solteros, el 32,9 % tenía un nivel de estudios preuniversitario y el 86,4 % vivía con alguien. La edad ($p < 0,001$) y la convivencia ($p < 0,001$) fueron las únicas variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa con el control de la PA, siendo la media de edad de los pacientes con control de la PA mayor que la de los que no lo tenían ($64,8 \pm 10,7$ vs. $44,5 \pm 12,4$). Por su parte, entre los hipertensos que viven con alguien, el 51,2 % mostró control, mientras que entre los que viven solos, el 5,3 % estaba controlado.

El análisis de las características psicosociales (Anexo 3) en la muestra permitió precisar cómo el 57,9 % de los pacientes presentaba niveles de estrés que superaban el límite. A su vez, se detallaron niveles medios de ansiedad rasgo y estado (52,1 % en ambos casos). Al relacionar estas variables con el control de la PA, todos los pacientes con niveles normales de estrés presentaban control de la PA, siendo mayor el porcentaje de control entre aquellos que presentaban niveles bajos de ansiedad. Tanto el nivel de estrés, como la ansiedad rasgo y estado mostraron una asociación estadísticamente significativa con el control de la PA ($p < 0,05$).

El anexo 4 muestra la presencia de tabaquismo y alcoholismo en el 29,3 y 4,3 % de los pacientes estudiados. El estilo de vida sedentario se presentó en el 29,3 % de los participantes y los hábitos alimentarios inadecuados en el 30,7 %. Todas las variables relacionadas con el estilo de vida se asociaron con el control de la PA ($p<0,05$).

Se tuvo una mediana de 10 (RIC: 3-13) años con el diagnóstico de la enfermedad, mostrando el 37,9 % de la muestra polifarmacia. Predominaron los pacientes con riesgo cardiovascular bajo (53,6 %), teniéndose una media de $27,2\pm 4,5$ kg/m² como índice de masa corporal. Dentro de las variables clínicas, solo se detalla la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin control de la PA, al considerar el tiempo con el diagnóstico de la enfermedad ($p=0,004$),

En el Anexo 5 se detalla el predominio de pacientes con adherencia parcial (50,7 %) y ausencia de adherencia (45,7 %). Se encontró relación entre ambas variables ($p<0,001$), mostrando todos los pacientes adherencia completa y control de la PA. Mientras tanto, el 81,5 % de aquellos con adherencia parcial lograron lograr el control de la PA, mientras que aquellos sin adherencia no lograron dicho control.

Al determinar el nivel de conocimientos (Anexo 6), se precisó predominio de los pacientes con nivel medio (52,9 %), mostrando aquellos con nivel alto, un mayor porcentaje de pacientes con control de la PA, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,005$).

Se precisa en anexo 7, los cuatro modelos de regresión aplicados, mostrando a excepción del tercero (incluye al tiempo con el diagnóstico de la enfermedad, la presencia de polifarmacia, la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de conocimientos), valores R^2 de Nagelkerke superiores a 0,800. Los cuatro modelos tuvieron valores predictivos superiores al 90 %, siendo el cuarto modelo (incluye la edad del paciente, la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de conocimientos), el que mayor valor predictivo global mostró (93,6 %), lo que sumado a la menor cantidad de variables explicativas que posee, hacen que sea el más adecuado para la predicción del control de la PA. Sobre este modelo, anexo 8 muestra los estadígrafos correspondientes, mostrando los ajustes de la edad ($p<0,001$; OR: 1,157; IC 95%: 1,089-1,230), adherencia al tratamiento farmacológico ($p<0,001$; OR: 1,273; IC 95%: 1,155-1,403), y el nivel de conocimientos ($p=0,032$; OR: 1,015; IC 95%: 1,920-2,119), asociación multivariante con el control de la PA.

Conclusiones

La evaluación de los pacientes permitió identificar un predominio de aquellos que no tenían control de la presión arterial. Entre las variables demográficas, la edad y convivencia, fueron las únicas que mostraron asociación estadísticamente significativa con el control de la presión arterial. Entre las variables psicosociales, dicha asociación se precisó por parte del nivel de estrés, y la ansiedad rasgo/estado. Todos los factores de riesgo estuvieron asociados con la ausencia de control de la PA. Predominaron los participantes con adherencia parcial, asociándose con el control de la PA, presentando todos los pacientes con adherencia total, control de la misma. En relación al nivel de conocimientos, fueron más representativos los individuos con un nivel medio, mostrando aquellos con nivel alto, un mayor porcentaje de pacientes con control de la PA. La aplicación de cuatro modelos de regresión logística binaria, permitió evaluar la influencia multivariable del perfil demográfico, psicosocial, clínico y de las variables asociadas al estilo de vida, sobre el control de la PA. El modelo que incluyó la edad del paciente, la

adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de conocimientos, mostró mayor capacidad predictiva y discriminatoria, demostrando ser útil.

Referencias Bibliográficas

1. Gort-Hernández M, Mamane-Malam I, Marquez-Blanco K, Tamayo-Rubiera A, Rodríguez-Núñez S. Categoría de riesgo cardiovascular total en pacientes hipertensos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2023; 27:5801 <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5801>
2. Calvis-González M, González-Véliz T. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en trabajadores con factores de riesgo. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2023; 27:5932. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5932>
3. Altamirano-Guerrero O, López-Barrionuevo C, Salazar-Pullutacsi K. Rol del hiperaldosteronismo primario para el desarrollo de hipertensión arterial. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2023; 27:6291. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6291>
4. Lara-Pérez E, Pérez-Mijares E, Cuellar-Viera Y. Antropometría, su utilidad en la prevención y diagnóstico de la hipertensión arterial. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]. 2022; 26(2):5438. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5438>
5. Landrove-Escalona E, Moreira-Díaz L. Hipertensión arterial inducida por el tratamiento con antiangiogénicos en el paciente oncológico. Universidad Médica Pinareña 2021; 18(1):810. <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/810>
6. Díaz-de-la-Rosa C, Enseñat-Rojas J. Factores de riesgo asociados a la aparición de la hipertensión arterial en pacientes del área de salud VII de Cienfuegos. Universidad Médica Pinareña 2021; 17(3):701. <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/701>
7. Marrufo-Gil J, Saavedra-Camacho J, Santisteban-Salazar N, Iglesias-Osores S. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un hospital de la selva peruana. Universidad Médica Pinareña 2023; 19:900. <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/900>
8. Tan S, Quek R, Haldane V, Koh J, Han E, Ong S, et al. The social determinants of chronic disease management: perspectives of elderly patients with hypertension from low socioeconomic background in Singapore. Int. J. Equity Health. 2019;18:e101. Disponible en: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0897-7>
9. Rodríguez-San-Pedro L, Alfonso-Hernández C, Valladares-González A, Pomares-Alfonso J, López-Angulo L. Estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial. Finlay. 2019;8(1):e484. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000100005&script=sci_arttext
10. Arredondo Bruce A, Chávez S, de la Cruz Y, Rodríguez L. Análisis de la no adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso. Rev Medica Electronica. 2019;40(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242018000300004&script=sci_arttext&tlng=en
11. Asenjo Alarcón J. Polifarmacia en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidos en un hospital provincial. Finlay. 2022;12(4):417-423. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342022000400417&script=sci_arttext
12. Regino-Ruenes Y, Quintero-Velásquez M, Saldarriaga-Franco J. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. Rev.

Colomb. Cardiol. 2021;28(6):648-655. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332021000600648&script=sci_arttext

13. Meriño-Pompa Y, Naranjo-Vázquez S, Soler-Otero J, Araluce-Estacio L. Caracterización de los adultos mayores hipertensos de un Consultorio Médico. Universidad Médica Pinareña 2023; 19:906.
<https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/906>

14. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2020. Disponible en:
<https://files.sld.cu/editorhome/files/2023/09/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-2023.pdf>

15. López Angulo L, Cabrera Parodis G, Preter Olite M, Luaces Toledo Y, Miranda Chaviano A, Regueira Jacobino B, et al. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/compendio_instrumentos/compendio_instrumentos_completo.pdf

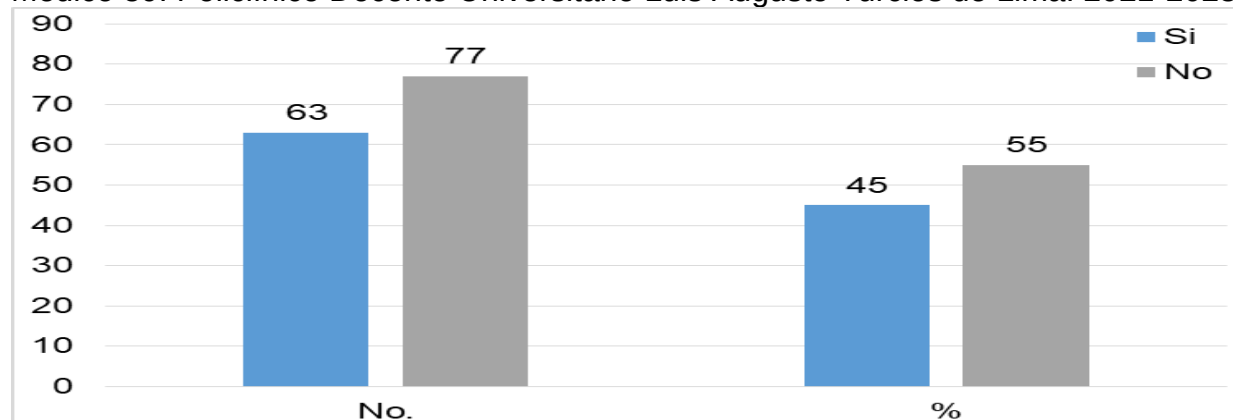
16. González Llanea F. Instrumentos de Evaluación Psicológica La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

17. Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, Grau Ábalo J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública. 2008;34(1). Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2008.v34n1/10.1590/S0864-34662008000100012/es/>

18. García Mireylle L, Pinto Jessica M. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia [citado 2023 Jun 23]; 2017. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_4eeff30932577d38a4d9531ab65316d2

Anexos

Anexo 1. Distribución de la muestra según control de presión arterial. Consultorio Médico 59. Policlínico Docente Universitario Luis Augusto Turcios de Lima. 2021-2023



Anexo 2. Perfil demográfico según control de presión arterial

Variable		Control de la presión arterial		Total No. (%)	p Valor
		Si No. (%)	No No. (%)		
Sexo	Femenino	49 (49,5)	50 (50,5)	99 (70,7)	0,097
	Masculino	14 (34,1)	27 (65,9)	41 (29,3)	
Edad [Media(Desviación estándar)]		64,8 (10,7)	44,5 (12,4)	53,7 (15,4)	<0,001
Color de piel	Blanco	18 (48,6)	19 (51,4)	37 (26,4)	0,516
	Mulato	15 (51,7)	14 (48,3)	29 (20,7)	
	Negro	30 (40,5)	44 (59,5)	74 (52,9)	
Estado civil	Soltero	45 (57,0)	34 (43,0)	79 (56,4)	0,202
	Casado/Unión consensual	14 (36,8)	24 (63,2)	38 (27,1)	
	Viudo/Divorciado	4 (17,4)	19 (82,6)	23 (16,4)	
Escolaridad	Primaria	14 (45,2)	17 (54,8)	31 (22,1)	0,415
	Secundaria	15 (37,5)	25 (62,5)	40 (28,6)	
	Preuniversitario	25 (54,3)	21 (45,7)	46 (32,9)	
	Universitario	9 (39,1)	14 (60,9)	23 (16,4)	
Convivencia	Solo	1 (5,3)	18 (94,7)	19 (13,6)	<0,001
	Acompañado	62 (51,2)	59 (48,8)	121 (86,4)	

Notas: * Prueba X2 de Pearson; ** Prueba t de Student para muestras simples no relacionadas

Anexo 3. Características psicosociales según el control de la presión arterial

Variable		Control de la presión arterial		Total No. (%)	p Valor
		Si No. (%)	No No. (%)		
Nivel de estrés	Normal	31 (100)	0 (0)	31 (22,1)	<0,001
	Ha pasado el límite	0 (37,0)	51 (63,0)	81 (57,9)	
	Estrés excesivo	2 (10,0)	18 (90,0)	20 (14,3)	
	Demasiado estrés	0 (0)	8 (100)	8 (5,7)	
Ansiedad estado	Baja	54 (93,1)	4 (6,9)	58 (41,4)	<0,001
	Media	9 (12,3)	64 (87,7)	73 (52,1)	
	Alta	0 (0)	9 (100)	9 (6,4)	
Ansiedad rasgo	Baja	56 (93,3)	4 (6,7)	60 (42,9)	<0,001
	Media	7 (9,6)	66 (90,4)	73 (52,1)	
	Alta	0 (0)	7 (100)	7 (5,0)	

Notas: * Prueba U de Mann Whitney; ** Prueba X2 de Pearson; *** Prueba t de Student para muestras simples no relacionadas

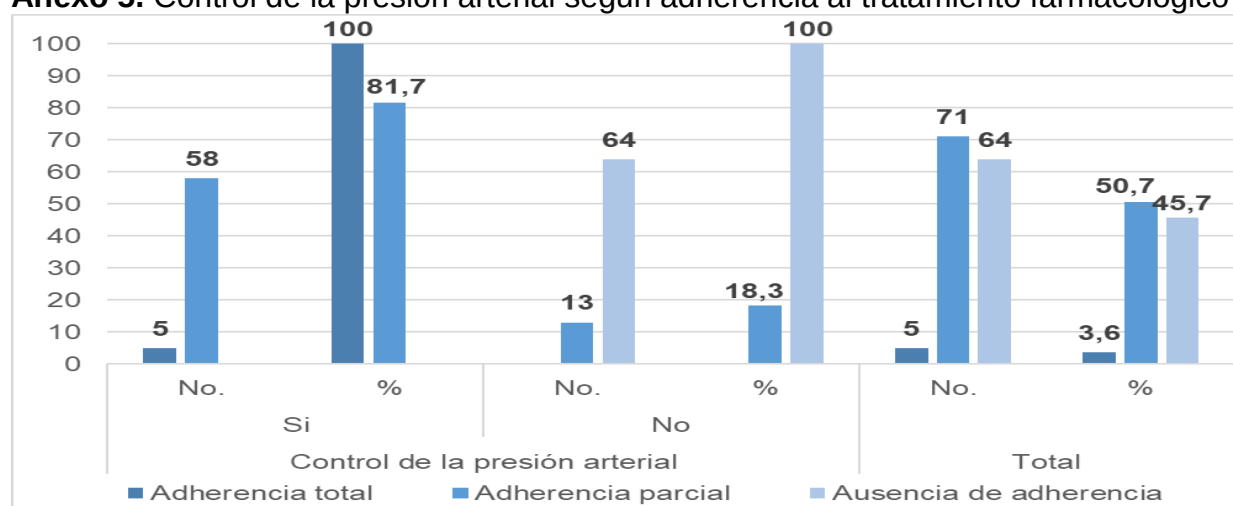
Anexo 4. Presencia de factores de riesgo según el control de la presión arterial

Variable		Control de la presión arterial		Total No. (%)	p Valor

		Si No. (%)	No No. (%)		
Tabaquismo	Si	13 (31,7)	28 (68,3)	50 (51,5)	0,042
	No	50 (50,5)	49 (49,5)	99 (70,7)	
Alcoholismo	Si	0 (0)	6 (100)	6 (4,3)	0,024
	No	63 (47,0)	71 (53,0)	134 (95,7)	
Sedentarismo	Si	4 (9,8)	37 (90,2)	41 (29,3)	<0,001
	No	59 (59,6)	40 (40,4)	99 (70,7)	
Hábitos dietéticos inadecuados	Si	13 (30,2)	30 (69,8)	43 (30,7)	0,019
	No	50 (51,5)	47 (48,5)	97 (69,3)	

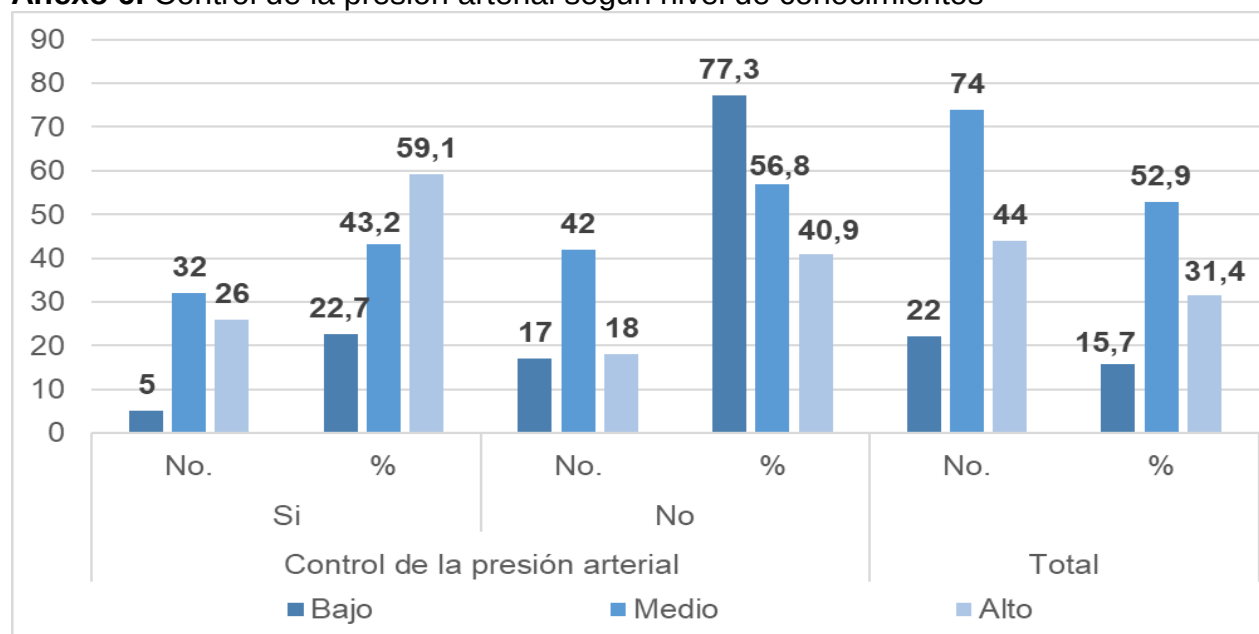
Notas: Prueba X^2 de Pearson

Anexo 5. Control de la presión arterial según adherencia al tratamiento farmacológico



Prueba U de Mann Whitney ($p < 0,001$)

Anexo 6. Control de la presión arterial según nivel de conocimientos



Prueba t-Student para muestras no relacionadas ($p=0,005$)

Anexo 7. Resumen de modelos de regresión aplicados

Modelos	-2 log de la verosi- militud	R cuadrad o de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerk e	Prueba de Hosmer y Lemeshow X ²	Sig.	Predic- ción con control	Predi- cción desc ontrol	Valor predicti- vo global
Bloque 0								55,0
Modelo 1*	53.973	,629	,841	3.438	,904	88.9	93.5	91.4
Modelo 2**	51.530	,635	,850	4.700	,789	90.5	93.5	92.1
Modelo 3***	94.439	,504	,675	22.787	,004	87.3	81.8	84.3
Modelo 4****	60.407	,611	,811	17.391	,026	95.2	92.2	93.6

Notas: *Modelo 1 [Sexo; Edad; Convivencia; Nivel de estrés; Apoyo afectivo]; **Modelo 2 [Ansiedad rasgo; Tabaquismo; Presencia de Diabetes mellitus; Alcoholismo; Sedentarismo; Hábitos dietéticos inadecuados]; ***Modelo 3 [Tiempo con diagnóstico; Polifarmacia; Adherencia al tratamiento farmacológico; Nivel de conocimientos]; ****Modelo 4 [Edad; Adherencia al tratamiento farmacológico; Nivel de conocimientos].

Anexo 8. Modelos de regresión aplicados

Predictores	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferi- or	Superi- or
Modelo 1	Constante	-5,839	2,715	4,624	,032	,003	
	Sexo (masculino)	-,871	,826	1,113	,291	,418	,083
	Convive (solo)	-5,107	1,754	8,474	,004	,006	,000
	Nivel de estrés	-1,060	,299	12,548	,000	,346	,193
	Edad	,192	,041	21,991	,000	1,212	1,118
	Apoyo afectivo	,031	,173	,032	,858	1,031	,735
Modelo 2	Constante	15,007	3,173	22,369	,000	0,030	
	Ansiedad rasgo	-,501	,106	22,212	,000	,606	,492
	Tabaquismo	-,692	,847	,668	,414	,501	,095
	PDM	1,176	,806	2,129	,145	3,242	,668
	Alcoholismo	-17,367	109,145	,000	,999	,000	,000
	Sedentarismo	-1,296	,974	1,769	,183	,274	,041
	HDI	-,745	,803	,861	,353	,475	,098
Modelo 3	Constante	-5,561	1,246	19,918	,000	,004	
	TDx	-,091	,042	4,654	,031	,913	,840
	Polifarmacia	-,664	,556	1,424	,233	,515	,173
	ATF	,214	,035	36,901	,000	1,239	1,156

	NC	,105	,042	6,271	,012	1,111	1,023	1,206
Modelo	Constante	-13,434	2,516	28,508	,000	,000		
4	Edad	,146	,031	22,169	,000	1,157	1,089	1,230
	ATF	,241	,050	23,572	,000	1,273	1,155	1,403
	NC	,014	,050	,084	,032	1,015	1,920	2,119

Notas: PDM (Presencia de Diabetes mellitus); HDI (Hábitos dietéticos inadecuados); TDx (Tiempo con diagnóstico); ATF (Adherencia al tratamiento farmacológico); NC (Nivel de conocimientos).