

# Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social



**Influencia de factores psicológicos, sociales y familiares sobre el control, la demanda asistencial y la adherencia terapéutica en pacientes con alto riesgo cardiovascular**

**Memoria para optar al grado de doctor  
presentada por:**

**Francisco Javier Atienza Martín**

Fecha de lectura: 2 de febrero de 2015

Bajo la dirección del doctor:

Francisco Revuelta Pérez

**Huelva, 2015**



**UNIVERSIDAD DE HUELVA**  
**Departamento de Psicología Clínica,**  
**Experimental y Social**



**Influencia de factores psicológicos,  
sociales y familiares sobre el control, la  
demanda asistencial y la adherencia  
terapéutica en pacientes con alto riesgo  
cardiovascular**

Memoria para optar al grado de doctor presentada por:

**Francisco Javier Atienza Martín**

Bajo la dirección del doctor:

**Francisco Revuelta Pérez**

Huelva 2014



**Universidad de Huelva**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**Departamento de Psicología Clínica, Experimental**  
**y Social**

TESIS DOCTORAL

INFLUENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS,  
SOCIALES Y FAMILIARES SOBRE EL CONTROL, LA  
DEMANDA ASISTENCIAL Y LA ADHERENCIA  
TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO  
CARDIOVASCULAR

Realizada por  
FRANCISCO JAVIER ATIENZA MARTÍN

Director  
DR. FRANCISCO REVUELTA PÉREZ

Huelva 2014



**Universidad  
de Huelva**

**Dpto. de Psicología Clínica, Experimental y Social**

Campus del Carmen  
Avda. Fuerzas Armadas, s/n  
21071 HUELVA

**FRANCISCO REVUELTA PÉREZ**, Profesor Titular del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social de la Universidad de Huelva, como director de la Tesis Doctoral titulada “INFLUENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y FAMILIARES SOBRE EL CONTROL, LA DEMANDA ASISTENCIAL Y LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR”, presentada por D. Francisco Javier Atienza Martín.

Considera que reúne los requisitos de interés académico, rigor científico y actualidad documental necesarios para ser presentada a su lectura. Por lo que, **INFORMA** favorablemente a la misma, autorizando su presentación con el fin de proceder a su defensa pública.

En Huelva, a 10 de Septiembre de 2014.

**Fdo: Francisco Revuelta Pérez**

*“No conozco ningún hecho más alentador que la incuestionable capacidad del hombre para dignificar su vida por medio del esfuerzo consciente”.* **Henri David Thoreau**

*“La medicina se enfrenta hoy con la tarea de ampliar su función. En un periodo de crisis como el que experimentamos actualmente, los médicos deben cultivar la filosofía. La gran enfermedad de nuestro tiempo es la carencia de objetivos, el aburrimiento, la falta de sentido y de propósito”.* **Norman R Farnsworth**

*“La sabiduría es resplandeciente e imperecedera; los que la aman la contemplan con facilidad, los que la buscan, la encuentran. Se adelanta a darse a conocer a quienes la anhelan. Quien madruga por ella no pasará fatigas, la encontrara sentada a la puerta. Pensar en ella es sensatez perfecta; quien vela por ella pronto estará libre de preocupaciones”.* **Libro de la Sabiduría 6, 12-15**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al director de esta tesis, el profesor D. Francisco Revuelta. Él es el artífice y el impulsor de este trabajo. Su estímulo constante hizo que me decidiera a realizar y terminar esta tesis, largamente demorada y tras varios intentos fallidos. Agradecerle también su meticulosidad en las sucesivas revisiones de la redacción que ha logrado un aspecto presentable. Casi todo lo bueno y brillante ha dependido de su aportación. Gracias por todo.

A los profesores del programa de doctorado y a todos con los que he colaborado en diversas investigaciones paralelas a esta tesis, ellos han sido acicate y estímulo para continuar. En especial quiero agradecer la ayuda de D<sup>a</sup> Luisa Rodríguez con la que, junto al profesor Revuelta, hemos establecido una fructífera línea de trabajo compartido.

A los residentes de medicina de familia, ya médicos de familia, D<sup>a</sup> Rebeca Bermúdez Jiménez y D. Daniel López Martín por su inestimable ayuda en la recogida de datos para este trabajo.

A mis compañeros del centro de salud “Adoratrices” que me soportan como director y que son un estímulo constante para la búsqueda de la excelencia.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada, en primer lugar, a mi mujer María. Compañera de penas y alegrías durante más de treinta años, siempre impulsó la realización de la tesis y, seguramente, sin ella este trabajo no habría visto la luz.

También está dedicada a mis hijas, María y María José, ellas son el ejemplo vivo de que todo lo pasado ha merecido la pena. No puedo más que dar gracias a Dios por la existencia de mi mujer y mis hijas.

Por último, quiero dedicar la tesis a mis padres, los dos en el cielo, por su esfuerzo constante para educar a sus hijos en los valores que hacen que seamos como somos.

# **ÍNDICE**

## **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD**

#### **2.1. Perspectiva histórica**

### **3. DETERMINANTES DE LA SALUD**

#### **3.1. Conceptos generales**

#### **3.2. Factores biológicos**

#### **3.3. Factores medioambientales**

#### **3.4. Estilos de vida**

#### **3.5. Factores en relación con los servicios sanitarios**

### **4. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD**

#### **4.1. Aspectos generales**

#### **4.2. Fases de prevención de la enfermedad**

### **5. LA SITUACIÓN DE SALUD EN ESPAÑA**

### **6. LA ENFERMEDAD CRÓNICA**

#### **6.1. Concepto general**

#### **6.2. Consecuencias**

#### **6.3. Estrategias de intervención**

### **7. FACTORES IMPLICADOS EN EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA**

#### **7.1. Estrés y afrontamiento de la enfermedad crónica**

**7.2. Creencias y expectativas**

**7.3. Adherencia terapéutica**

**7.4. Demanda asistencial**

## **8. LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

**8.1. Conceptos generales**

**8.2. Factores psicológicos y enfermedad cardiovascular**

**8.2.1. Depresión**

**8.2.2. Ansiedad**

**8.2.3. Personalidad**

**8.2.4. Aislamiento y falta de apoyo social**

**8.2.5. Estrés crónico**

**8.2.6. Agrupamiento de factores psicológicos y sociales**

**8.3. Coste y utilización de recursos en la enfermedad cardiovascular**

**8.4. Control de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular**

**8.5. Adherencia terapéutica en la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo**

# **ESTUDIO EMPÍRICO**

## **1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

## **2. OBJETIVOS**

- 2.1. Objetivos generales**
- 2.2. Objetivos específicos**
- 2.3. Hipótesis**

## **3. MATERIAL**

- 3.1. Muestra**
- 3.2. Instrumentos**
- 3.3. Material informático**

## **4. METODOLOGÍA**

- 4.1. Selección de la muestra**
- 4.2. Procedimiento de recogida de datos**
- 4.3. Método estadístico**

## **5. RESULTADOS**

- 5.1. Resultados de los instrumentos utilizados**
- 5.2. Resultados en función del sexo**
- 5.3. Resultados en función de la edad**
- 5.4. Resultados en relación al estado civil**
- 5.5. Resultados en relación al nivel educativo**
- 5.6. Resultados en relación al número de fármacos utilizados y la polimedicación**
- 5.7. Resultados en relación a las variables relacionadas con los factores de riesgo**

**estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)**

**5.8. Resultados en relación a la demanda asistencial**

**5.9. Resultados en relación al cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green**

**5.10. Resumen del modelo bivariante en relación con el control de los factores de riesgo**

**5.11. Modelo multivariante en relación con el control de los factores de riesgo**

**5.12. Resumen del modelo bivariante en relación con la demanda asistencial**

**5.13. Modelo multivariante en relación con la demanda asistencial**

**5.14. Resumen del modelo bivariante en relación con la adherencia terapéutica**

**5.15. Modelo multivariante en relación con la adherencia terapéutica**

## **6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

**6.1. Limitaciones y sesgos**

**6.2. Resultados descriptivos**

**6.3. Resultados en función del sexo**

**6.4. Según la edad**

**6.5. En función del estado civil**

- 6.6. Nivel de estudios**
- 6.7. Fármacos utilizados**
- 6.8. Existencia de problema psicosocial**
- 6.9. Función familiar**
- 6.10. Control de la TA en pacientes hipertensos**
- 6.11. Control de la HbA1c en pacientes diabéticos**
- 6.12. Control global de la enfermedad de base**
- 6.13. Demanda asistencial**
- 6.14. Adherencia terapéutica**

## **7. CONCLUSIONES**

## **BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXO 1: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

**ANEXO 2: RELACIÓN DE FIGURAS**

**ANEXO 3: RELACIÓN DE TABLAS**

# **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**

## **1. INTRODUCCIÓN**

El hecho de enfermar es una circunstancia que afecta a todas las dimensiones del ser humano, actúa sobre su parte biológica, configurando todo un cortejo de síntomas y signos y dando lugar a un pronóstico vital, influye en los aspectos psicológicos en relación con las vivencias y creencias individuales de la enfermedad y, también, en la manera y el grado en que acepta y afronta su enfermedad y, por último, se relaciona con la dimensión social y familiar del sujeto que sufre la enfermedad en realidades como el apoyo social, la influencia cultural y familiar sobre la vivencia de la enfermedad o la función familiar en la que está instalado el enfermo.

Sin embargo, desde la medicina, las realidades menos biológicas de la enfermedad son, con frecuencia, infraestimadas, focalizando la atención sobre los aspectos diagnósticos y terapéuticos, quizás seducidos por los indudables avances tecnológicos que ha experimentado esta ciencia en los últimos siglos.

Como respuesta a esta situación existe una corriente de pensamiento y de praxis clínica que defiende la importancia de la comprensión holística del ser humano enfermo, tanto en los aspectos de relación médico-paciente y preponderancia de la autonomía individual, como del enfoque diagnóstico y terapéutico, adaptando las guías de práctica clínica a la realidad concreta del paciente individual.

En este trabajo se pretende profundizar en las características psicológicas y sociales y su relación con la enfermedad cardiovascular para permitir una mejor comprensión y abordaje de los mismos en el ámbito de la atención primaria de salud.

## 2. CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

### 2.1. Perspectiva histórica

Es evidente que la concepción sobre los aspectos sanitarios de la humanidad gira en torno a la ambivalencia salud/pérdida de salud y que la acción sanitaria, además de idear métodos de protección y mejora de la salud, tiene que paliar, curar o evitar que ocurran pérdidas de ésta a diversos niveles, apareciendo así los conceptos de prevención, recuperación y cuidado de la salud.

El concepto de enfermedad, cuya interpretación ha ido variando a lo largo del tiempo, está íntimamente ligado al de salud. La enfermedad sería, por tanto, un estado alterado de la vida humana que, en un sentido más preciso, es considerada por Laín-Entralgo (1972) como “*un modo de vivir aflictivo, anómalo y reactivo a una alteración del cuerpo que hace imposible la vida biológica (enfermedad letal), o que impide o entorpece transitoriamente la realización de la vida personal (enfermedad curable) o la limita de un modo penoso y definitivo (enfermedad incurable)*”. Esta definición a pesar de ser redundante, constituye una aclaración sobre los distintos tipos de enfermedad, en función de sus efectos sobre el paciente. El concepto de salud ha tenido durante mucho tiempo una connotación negativa, pues no era la afirmación de algo, sino la ausencia de enfermedad.

A lo largo del desarrollo de la humanidad, los conceptos de salud y de enfermedad han tenido diversas significaciones. Se pueden distinguir en su evolución varios periodos o etapas conceptuales:

En la etapa sobrenatural ya desde la era paleolítica se observa como la concepción de proceso salud y enfermedad es mágica. En esta época los brujos tenían gran influencia dado que todo proceso anormal

era atribuido a una causa sobrenatural. Otra figura importante en esta concepción es el sacerdote, quien como individuo dotado de poderes médicos y de otro tipo, espanta los espíritus o los demonios causantes de la enfermedad.

En la cultura helenística se produjo el inicio de la visión racionalista y naturalista del mundo y del hombre, desechando las ideas mágicas como explicación cosmogónica. La salud era el bien máspreciado en la sociedad griega. Además, sin salud no podía haber belleza. Para los griegos antiguos, según Laín-Entralgo (1972), la enfermedad es desequilibrio, la desviación de la norma, y la cura pasa por un retorno a la naturaleza. Apolo era el dios de las plagas y de la enfermedad, el que aparta y desvía el mal y que domina también la profecía y el oráculo; su hermana Artemisa era la protectora de los partos y del crecimiento de los niños. El principal dios curador fue Asclepio o Esculapio para los romanos, hijo de Apolo y padre de las diosas Panacea e Higea, iconos de la salud para esa civilización.

Los principales filósofos desarrollaron sus teorías sobre la realidad de la enfermedad y su ausencia enfatizando en el concepto de equilibrio. Así Empédocles de Agrigento (475- 435 a.c.) formuló la teoría según la cual todos los seres naturales están compuestos por una mezcla en proporciones variables de cuatro elementos de cualidades opuestas (agua, aire, tierra y fuego). Para él la enfermedad es el resultado del desequilibrio provocado por el exceso o defecto de alguno de estos elementos. Propone dos fuerzas invisibles como verdaderos motores del cambio: el Amor y la Discordia.

Hipócrates (hacia el 460 a C.) tiene una concepción de salud y de enfermedad influenciada por la teoría de los cuatro elementos de Empédocles, llegando a una doctrina en la que todas las partes del organismo están compuestas por mezclas en proporciones variables de los cuatro humores del organismo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y

flema o pituita. Para un hipocrático lo importante es la armonía con la naturaleza y todas las enfermedades consisten en desórdenes o desequilibrios de la naturaleza.

Tres de los principios terapéuticos empleados por los médicos hipocráticos son:

- 1.- “Primum non nocere” es preferible no hacer nada a empeorar la situación. La terapéutica hipocrática trató siempre de favorecer sin perjudicar, iba dirigida a todo el cuerpo enfermo y no a sus partes, y se ejecutó con prudencia.
- 2.- Se debe ir a la causa de la dolencia.
- 3.- Abstenerse de actuar ante las enfermedades incurables, aceptando la inevitabilidad de los procesos fisiológicos.

La importancia de la medicina hipocrática reside en que con ella comienza la medicina como un saber técnico, lo que constituye el acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina.

La total elaboración de esta primera medicina científica, que llamamos medicina hipocrática, duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI a.C. Este cambio conceptual consistió en sustituir en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría centrada en el hombre y la naturaleza, lo que constituye el origen de una concepción científica de la medicina universal, definitivamente liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico. Hipócrates usó los sentidos y la mente como los únicos instrumentos diagnósticos, creó la medicina clínica junto al lecho (*klina*) del enfermo. El recurso terapéutico principal fue la dieta, expuesta en los tratados *Sobre la dieta* donde se describen las características, preparación e indicaciones de los alimentos, tanto para el enfermo como para el sano.

Otras figuras importantes para el desarrollo de esta concepción naturalística de la salud y la enfermedad fueron:

- *Platón* (428-347 a. C.) en el *Timeo* menciona que las causas y origen de las enfermedades son el desequilibrio humoral, las influencias externas contra su orden, las alteraciones del aire y la desarmonía entre el alma y el cuerpo. Platón vive la dualidad alma-cuerpo en el que el cuerpo y su salud tienen un valor relativo, y a veces llega a ver el cuerpo como un objeto muy inferior al alma. De alguna manera es el inventor de una psicoterapia verbal rigurosamente técnica. Utiliza la purificación del alma por la palabra, una catarsis verbal.
- *Aristóteles*: afirma que el alma y el cuerpo enferman juntos, y utilizó una psicoterapia basada en la catarsis verbal enérgica.
- *Galeno* nació en Pérgamo, en el extremo occidental del Asia Menor, ciudad conquistada por los romanos. Hace una síntesis de todo el saber anterior. El sistema fisiológico de Galeno dominó el pensamiento médico desde el siglo II al XVII. La obra de Galeno ha sido considerada como la máxima expresión de la medicina antigua y el inicio de la terapéutica racional. Las enfermedades, en su concepto, son causadas por el desequilibrio entre los humores que forman el cuerpo o alteraciones por corrupción de un humor. Resaltó la importancia del conocimiento previo del enfermo en estado de salud, temperamento, régimen de vida, alimentación, época del año, condiciones ambientales, y recomendó un examen serio y detenido de todo el cuerpo. Galeno es mucho más intervencionista que Hipócrates, aconsejando la abundante utilización de medicamentos. Para él los medicamentos, correctamente utilizados, son *manos de los dioses*. Fue médico de gladiadores lo que influyó en su idea de

que la gimnasia forma parte de las intervenciones terapéuticas (Laín-Entralgo, 1972).

La medicina europea de la época medieval mantuvo la influencia de los conceptos sanitarios de Grecia y Roma. De la preponderancia de alguno de los humores, proceden las diferentes disposiciones temperamentales, el triste melancólico, se haya dominado por la hiel negra; el tedioso flemático acusa el predominio del mucus. La enfermedad consistía en un deterioro de los humores y como no podía contemplarse el interior del cuerpo, había que inspeccionar la orina como mensajera del interior para indagar de ella las verdaderas causas de la enfermedad.

Aunque Hipócrates había eliminado de la concepción del proceso de enfermedad las influencias mágico-religiosas, en la Edad Media vuelven a parecer ideas sobre la intervención religiosa en la génesis de la enfermedad, así la lepra era considerada, a veces, como producto de los pecados de los enfermos y para procurar la salud, era importante la ayuda espiritual de la Iglesia. En la Edad Media el hombre era el responsable de su salud y podía por ello influir sobre la duración de la vida. Se daban distintos consejos: reforzar las fuerzas naturales por medio de los alimentos, así como las fuerzas espirituales a través de la oración (Laín-Entralgo, 1978). Se aprecia, en esta época, una nueva etapa de las concepciones sobre la salud que puede denominarse como etapa moral, en la que se incide sobre los efectos de las acciones de los hombres, desde un punto de vista moral, en la génesis de la enfermedad.

En el Renacimiento se produce de nuevo el paso de una sociedad rural a una urbana, la aglomeración en las ciudades carentes de sistemas de saneamiento dio lugar al incremento de enfermedades infecciosas y transmisibles. Junto con este problema y la persistencia de algunas concepciones mágico-religiosas, el Renacimiento es también

la época del gran desarrollo de la anatomía, impulsada por motivos médicos y también artísticos. En esta etapa que se puede denominar como biomédica, cobran fuerza los elementos anatómicos en la fundamentación de los conceptos de salud y de enfermedad. Destacó la figura de Vesalio que en su obra *De humani corporis fabrica* dio la descripción más completa de todos los órganos del cuerpo. Pero seguía faltando una crítica seria de la imagen clásica de Galeno poniéndose una buena anatomía al servicio de una mala fisiología. Sin embargo, la escuela fundada en Padua por Vesalio en 1537 produciría una serie de anatomistas que llegaría hasta Harvey (Lain-Entralgo, 1978).

En el Barroco (siglos XVI-XVII) se produce el cambio hacia el método científico, alentado por el filósofo Bacon o el estudioso Galileo Galilei que utiliza un punto de partida que es una hipótesis intuitiva aceptada como cierta, de ella se siguen deducciones lógico-matemáticas; luego las conclusiones se someten a prueba experimental y, finalmente, de los resultados experimentales se saca una conclusión inductiva que confirme o, mejor, no contradiga la hipótesis o conduzca a modificarla. Esta unión de intuición, deducción e inducción es uno de los fundamentos de la ciencia moderna. Figuras de esta época son Harvey que expuso su teoría sobre la circulación sanguínea y Sydenham que, además de describir diversas enfermedades, divide las enfermedades en agudas y crónicas. Las enfermedades crónicas son originadas por el régimen de vida del hombre, mientras que las agudas, en cuya sintomatología predominaba la fiebre, intervenían la influencia del medio ambiente sobre la especie morbosa, la localización del humor exaltado en la sangre, la constitución del enfermo y la mayor gravedad de los morbos agudos.

En general, en el siglo XVIII empiezan a descollar las universidades del norte europeo y desaparece la hegemonía de las italianas. Los logros más notables de la medicina del XVIII ocurrieron casi todos en la segunda mitad del siglo, particularmente los que fueron

frutos del movimiento de la Ilustración. La separación entre la medicina del comienzo de siglo y el precedente, es artificial. De hecho, siguieron en curso las corrientes de los iatrofísicos y los iatroquímicos, que a comienzos de siglo dieron lugar a una reacción: el vitalismo, introducido bajo el nombre de animismo, curiosamente por uno de los químicos más destacados de la época y también médico: Georg Stahl, fundador de la teoría del flogisto. En su trabajo sobre oxidación y respiración, Lavoisier establece que la respiración consiste esencialmente en consumo de oxígeno y eliminación de anhídrido carbónico, y ellos en determinada proporción, lo que se llama hoy cociente respiratorio. Por primera vez se habla de medicina social y se llevan a cabo logros importantes en salud pública y pasa a primer plano la idea de la prevención de enfermedades. Se habla de condiciones sociales como causa de enfermedad. Se mejoraron las condiciones higiénicas de las cárceles y hospitales y de la canalización de las aguas. El progreso más importante en salud pública fue la introducción en Europa, a fines del siglo, de una vacuna efectiva y segura contra la viruela (Lain-Entralgo, 1978). De una manera general estamos ante una gran etapa en la que la concepción de salud abarca aspectos biológicos y ambientales, pero también cobran importancia aspectos psicológicos y sociales.

Muchos fueron los cambios producidos durante estos siglos en el concepto de salud-enfermedad. La medicina actual se ha tecnificado. Los estudios complementarios han invadido la práctica médica. Estas prácticas muchas veces dejan de lado el contacto del médico con el enfermo. Se ha avanzado en la adopción de modelos preventivos, pero todavía hace falta trabajar más en este campo y quizás tener bien arraigado lo que decía Thomas Alva Edison: <<*El doctor del futuro no dará medicinas, sino que interesará a sus pacientes en el cuidado de su estructura humana, en la dieta y en la causa y prevención de la enfermedad*>> (Lain-Entralgo, 1978; Vega-Franco, 2002)

Fue precisamente la OMS (1946) quien inició la ruptura con las viejas concepciones y ya en 1946, en su carta constitucional señala que la salud <<*es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez*>>.

Sin embargo, para algunos autores, la salud debe considerarse un proceso dinámico, que cambia de acuerdo con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época. Se supone que la salud implica una lucha favorable ante los conflictos que le impone al hombre el mundo físico, mental y social. Por esta razón, el término bienestar debe considerarse como <<*el perfecto equilibrio dinámico entre el hombre y su ambiente, tanto físico como psíquico, social y económico*>> (OMS, 1946).

Atendiendo a este sentido dinámico y entendiendo la salud como una respuesta activa, Perkins la define como <<*un estado de equilibrio relativo entre nuestros órganos y sus funciones, como resultado de una adaptación dinámica frente a las fuerzas que tratan de destruirlo*>> (Perkins, 1938). Para otros autores, debería de eliminarse de la definición de la OMS la palabra “completo”, pues tanto la salud como la enfermedad tienen distintos grados. No existen dos únicos estados absolutos e incompatibles de completo bienestar y completo malestar que definan, respectivamente, la salud y la enfermedad, sino una gradación de estados subjetivos, desde luego con base objetiva, que van desde las formas de máximo bienestar hasta el más insoportable malestar. Es decir existe un gradiente salud-enfermedad, correspondiente a un gradiente inverso enfermedad-salud.

La primera cristalización de esta idea se encuentra en Travis y Callander (1990), con el concepto del *continuo enfermedad-salud*. Según él, la salud de una persona puede oscilar entre un alto grado de bienestar físico, psíquico y de adaptación social en un extremo y la muerte prematura en el otro, pero con muchos niveles intermedios. A

partir de un punto de neutralidad en el cual no puede distinguirse la situación de enfermo o sano, pueden disfrutarse niveles más elevados de salud, no solo por la ausencia de enfermedad, sino también por el pleno desarrollo de las potencialidades físicas, intelectuales y sociales. Esto puede lograrse con un armónico crecimiento y desarrollo, mediante acciones que modifiquen el comportamiento de las personas, a través de medidas de defensa de la salud y gracias a la autorresponsabilización del individuo para obtener el máximo nivel de salud para sí mismo, su familia y la comunidad.

Se aprecia, por tanto un concepto globalizador de la salud y, por tanto, un visión de la medicina desde una perspectiva biopsicosocial.

## **3. DETERMINANTES DE LA SALUD**

### **3.1. Conceptos Generales**

Si bien el concepto de salud no está claramente definido, existe un acuerdo unánime en que está condicionada por una serie de factores que son los que determinan el estado de salud del individuo y de la comunidad. Estos determinantes de la salud son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados.

Desde una perspectiva histórica fue el informe Lalonde (1974) el que introdujo la dimensión social entre otras dimensiones de la salud. Este informe se centró en la salud de la población y los factores que influyen en ella, desarrollando el concepto de campo de salud que tiene cuatro componentes: características biológicas, medio ambiente, estilos de vida y organización de la asistencia sanitaria. Estos factores se modificaron en publicaciones posteriores, pero quedó el principal concepto del informe, la existencia de factores que influyen o determinan la salud, más allá de los límites de la capacidad de los servicios de asistencia sanitaria (Evans & Stoddart, 1990). Este estudio ha servido como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias al establecer una relación directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. El estudio canadiense constató que los recursos no se empleaban de acuerdo a las causas que determinaban realmente la salud de la población.

Bajo esta perspectiva se realizó en los Estados Unidos el estudio liderado por Dever (1976), donde se encontró que la mejora de los estilos de vida podría contribuir potencialmente a la reducción de la mortalidad en un 43%, que las intervenciones realizadas en el campo de

la biología humana pueden reducir la mortalidad en un 27%, que la mejora de la calidad del medio ambiente puede reducir la mortalidad en un 19% y que, finalmente, los servicios asistenciales contribuyen potencialmente a reducir la mortalidad en un 11%. También en este caso se observó una desproporción entre los recursos destinados a los diferentes factores, y la contribución de estos a la mortalidad, dado que el mayor esfuerzo inversor se realiza, habitualmente, en los servicios asistenciales, poniéndose de manifiesto la baja efectividad de esta distribución de recursos.

Como evolución de estos elementos conceptuales, aparece el modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead (1991) que presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia como se puede ver en la Figura 1.

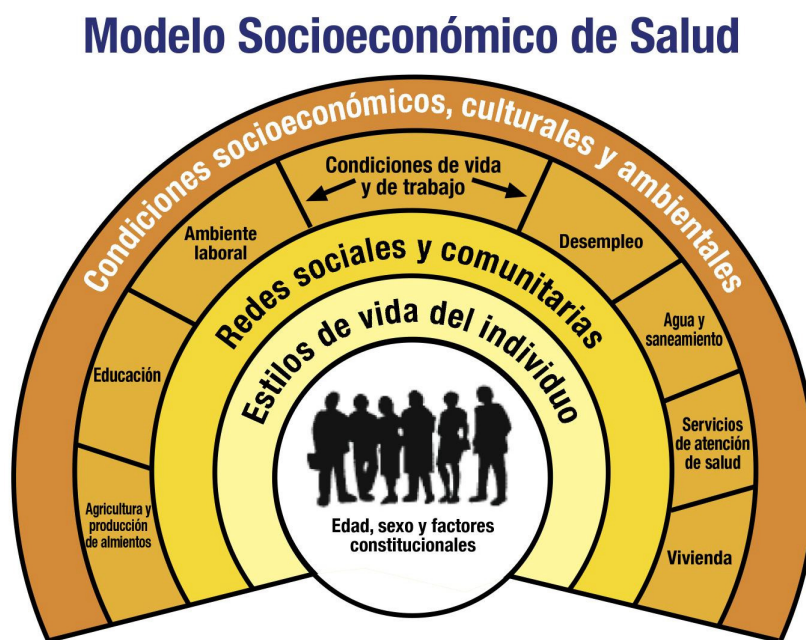


Figura 1. Determinantes de salud (modelo de Dahlgren y Whitehead)

Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde

hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud. Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

Otra aproximación al entendimiento de los procesos sociales que afectan a la salud, está citado por Acheson (1998) representado en la Figura 2. Este modelo considera a las desigualdades en salud como producto de exposiciones y vulnerabilidades diferenciales que surgen a partir de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, generando interacciones sociales, psicológicas y biológicas. Destaca la importancia de los primeros años de vida y la conexión entre lo social y lo biológico, explorando las vías causales que van desde la estructura socioeconómica hasta los cambios fisiopatológicos que producen un impacto en la salud.

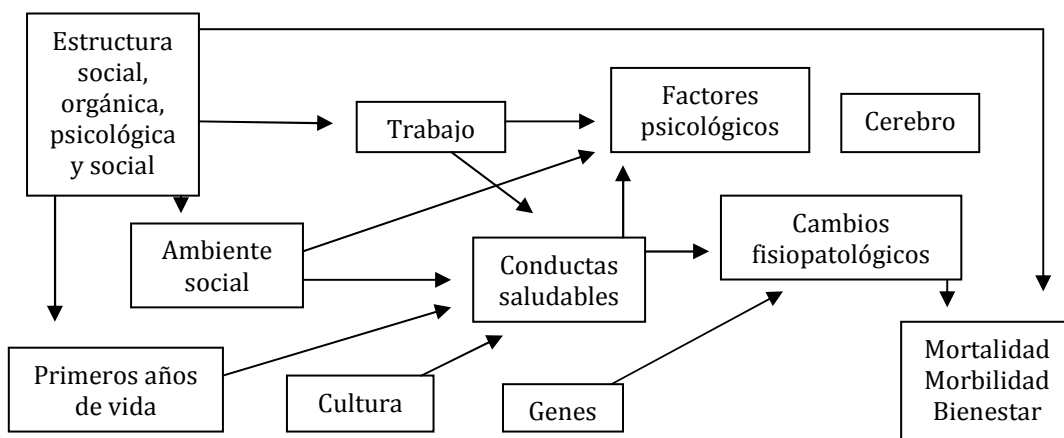


Figura 2. Modelo de Acheson

A modo de resumen se puede establecer que los determinantes de la salud son susceptibles de agruparse en:

- Condiciones biológicas: derivadas de la estructura biológica, hereditaria o no del individuo
- Condiciones ambientales: que pueden ser de diversa naturaleza: biológica (bacterias, virus, hongos...), física (ruidos, radiaciones, humos...), química (metales pesados, óxidos de azufre, benceno...), psicológica (estrés...) y social (violencia...)
- Condiciones socioeconómicas: calidad de vida (alimentación, vivienda, empleo...) y desigualdades sociales
- Condicionantes socioculturales: nivel de educación general, hábitos, creencias y comportamientos en relación con la salud
- Condicionantes sanitarios: derivados del tipo de organización sanitaria y su uso por la comunidad.

Estos determinantes se interrelacionan en un modelo ecológico de salud constituyendo la triada ecológica (Bronfenbrenner & Morris, 1998):

- *Agente*: físico, químico o biológico
- *Huésped*: definido por características como edad, sexo, raza, estado inmunitario y hábitos individuales
- *Ambiente*: Clima, urbanización, condiciones físicas del trabajo, ocio, etc, influencias de flora y fauna, influencias sociales (económicas, culturales y emocionales)

Los conceptos de salud y ecología deben valorarse siempre de manera conjunta, no solo por la variedad de efectos que pueden producir los distintos factores ambientales y la variabilidad de las reacciones a ellos, sino también porque el hombre es capaz de actuar sobre el medio de manera favorable o desfavorable.

## **3.2. Factores biológicos**

Está bien establecido que en la génesis de la enfermedad pueden actuar causas exógenas como infecciones, traumatismos, etc. y también endógenas derivadas de la disfunción de un órgano o la reacción anormal de este, o bien por un trastorno celular como ocurre en las enfermedades tumorales.

Los factores biológicos son propios de la fisiología del organismo y más estables que los demás factores. En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy relevante en la mortalidad de los niños menores de un año, pues, al estar muy controladas las enfermedades infecciosas, las causas más frecuentes de mortalidad infantil son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero a partir de cierta edad la importancia de estos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma importante.

El estado general de salud de cada persona y, de manera especial, la funcionalidad de su sistema inmunitario tiene una gran influencia en la aparición y el curso de la enfermedad. Asimismo hay que reconocer en la mayoría de las enfermedades un sustrato, probablemente relacionado con factores hereditarios, que modifica la susceptibilidad a determinadas enfermedades e influye en su pronóstico. Así se presentan, además de las enfermedades claramente hereditarias, las agrupaciones genéticas en enfermedades como la diabetes o determinados tipos de cáncer.

En la actualidad, se sabe que alteraciones que se consideran trastornos de la personalidad tienen un componente bioquímico. Por ejemplo, las personas con anomalías en el metabolismo del alcohol pueden ser más vulnerables a sus efectos que otras. El éxito de ciertos fármacos en el tratamiento de trastornos mentales ha suscitado la idea de que éstos pueden no ser siempre debidos a problemas de conducta, sino a manifestaciones del funcionamiento anómalo de una parte del

cerebro, aunque estas teorías se encuentran todavía en situación de hipótesis por demostrar.

Prácticamente, todas las enfermedades humanas son el resultado de la interacción entre la variación genética y los factores ambientales. Algunas variaciones en los genes fueron ya identificadas por su papel en enfermedades infantiles (como fibrosis quística, anemia de células falciformes, asma), enfermedades crónicas (como cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Alzheimer), enfermedades relacionadas con el trabajo (como cáncer de la vejiga), e enfermedades infecciosas (como VIH/SIDA) (Piédrola et al., 2008).

### **3.3. Factores medioambientales**

Dentro de los llamados factores determinantes claves de la salud se encuentran los llamados factores ambientales o del entorno y, más concretamente, los factores físicos y sociales. Se plantea por numerosos autores y expertos en el tema que los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud y que los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos, también constituyen influencias importantes.

Por otro lado, se plantea que el conjunto de valores y normas de una sociedad determina de diferentes maneras, la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones; la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas, proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios internacionales han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Los factores ambientales tienen gran repercusión sobre la salud del hombre. Pueden ser clasificados como biológicos (bacterias, virus, protozoarios, toxinas, hongos, alérgenos), químicos orgánicos e inorgánicos (metales pesados, plaguicidas, fertilizantes, bifenilos policlorados, dioxinas y furanos), físicos no mecánicos (ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes y no ionizantes, calor, iluminación, microclima) o mecánicos (lesiones intencionales, no intencionales y autoinflingidas), y psicosociales (estrés, tabaquismo, alcoholismo, conductas sexuales riesgosas, drogadicción y violencia).

Estudios internacionales ubican a los factores ambientales con una contribución relativa de la mortalidad total de un país cercana al 20 %. En el Informe Lalonde (1974) se le atribuyó una determinación del 19 %, Dever (1991) le atribuyó una contribución del 21,7 %, y McGinnis (2002), le atribuyó 20 %. Una reciente publicación que aborda los problemas de salud de los niños en el nuevo milenio, refiere que la carga global de enfermedad en menores de 15 años, se encuentra asociada a factores ambientales en el 90 % de los casos de las enfermedades diarreicas agudas y la malaria, en el 60 % de las infecciones respiratorias agudas, en el 30 % de los accidentes y lesiones, y en el 25 % de los casos de cáncer (Piédrola et al., 2008).

Esto es debido a la interrelación dinámica de los factores ambientales con el individuo. Las condiciones antropogénicas pueden influir de forma negativa al interrelacionarse con agentes biológicos, influyendo negativamente al favorecer las condiciones para la aparición de enfermedades infecciosas. La aparición de enfermedades no infecciosas se produce cuando la interacción es con agentes físicos o químicos. Y todo esto bajo condiciones sociales, económicas y conductuales determinadas.

Se pueden citar algunos factores ambientales naturales como temperaturas extremas, humedad elevada, velocidad del viento, topografía del terreno y la presión barométrica, que tienen efectos probados sobre la salud respiratoria y cardiovascular de los individuos. La presencia de algunas sustancias químicas, físicas o biológicas como contaminantes del suelo, aire o agua también pueden estar presentes de forma natural, como por ejemplo los metales pesados (arsénico) o radiactivos (radón), los cuales causan daños a la salud, en ambientes laborales o escolares, sin dejar de mencionar la vivienda y el peridomicilio.

Al citar factores ambientales antropogénicos como la nebulización descontrolada de plaguicidas en la agricultura, un accidente industrial en una comunidad o la generación de desechos industriales sin el debido manejo, pueden provocar enfermedades de origen ambiental que a menudo resultan muy sutiles, pero que en muchos casos tienden a surgir asociadas a estos eventos específicos.

El desarrollo de las investigaciones sobre el impacto que tienen los factores ambientales en los individuos y las poblaciones, ha demostrado la interacción de elementos naturales y sociales en los riesgos y problemas de salud que se producen, evidenciando cómo el ambiente juega un papel importante en el incremento o reducción de la morbimortalidad para enfermedades transmisibles como la hepatitis, el dengue, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, la leptospirosis y la malaria, entre otras, y no transmisibles como el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las cardiopatías y las enfermedades cerebrovasculares.

El nexo entre la salud humana y el ambiente ha sido reconocido desde hace mucho tiempo. Sin lugar a dudas, la salud humana depende de la voluntad y la capacidad de una sociedad para mejorar la interacción entre la actividad humana y el ambiente químico, físico y

biológico. Esto debe hacerse de manera que promueva la salud humana y prevenga la enfermedad, manteniendo el equilibrio y la integridad de los ecosistemas, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones (Piédrola et al., 2008).

### **3.4. Estilos de vida**

Los factores determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida poseen múltiples dimensiones y están ligados a varios problemas importantes para la salud. Además, algunos ámbitos sanitarios comparten los mismos determinantes, como son el tabaco, el alcohol y la alimentación.

Los problemas de salud vinculados a determinantes de un estilo de vida pueden ser específicos de una fase de la vida, por ejemplo, la niñez o la vejez, pero pueden también estar muy vinculados a aspectos culturales. Además, los factores socioeconómicos constituyen un motivo importante de variaciones en la salud. Todas las acciones encaminadas a tratar los factores determinantes de la salud ligados al estilo de vida abordarán estos condicionantes. Una promoción de la salud global en distintos entornos, por ejemplo, en las escuelas, las empresas, las familias y los municipios, ha demostrado ser eficaz para tratar estos factores (Barbero, 2008).

Todas estas dimensiones (factores determinantes, problemas de salud, ciclos vitales y entornos) están vinculadas entre sí. Dependiendo de la situación, puede justificarse una acción centrada en una enfermedad concreta o en un factor determinante específico. Del mismo modo, las acciones dirigidas a un grupo de población o a un entorno concreto, que aborden simultáneamente todos los determinantes de la

salud pertinentes, pueden ser el enfoque más eficaz en muchas situaciones (Borrell & Artacoz, 2008).

El tabaco es la principal causa de muertes evitables en la Unión Europea, responsable de más de medio millón de fallecimientos por año y más de un millón de muertes en Europa en conjunto. Se calcula que el 25 % de todas las muertes por cáncer y el 15 % de todas las muertes en la Unión Europea son atribuibles al tabaquismo. Para poner freno a esta epidemia, la Comunidad Europea está desarrollando activamente una política global de control del tabaco.

La adopción de medidas legislativas, que constituyen la espina dorsal de las actividades comunitarias actuales y futuras de control del tabaco. Un elemento importante en la estrategia de control del tabaco es el apoyo a las actividades de prevención y cese del tabaquismo en toda Europa.

Es esencial integrar el control del tabaco en una serie de políticas comunitarias (por ejemplo, políticas agrícola, fiscal y de desarrollo) para garantizar que los principios del control del tabaco forman parte de todos los ámbitos relacionados y que el papel pionero de la Comunidad Europea en muchos ámbitos de control del tabaco repercute más allá de las fronteras de la Unión Europea y, además, que la Comunidad se erige en principal defensora del control del tabaco a nivel mundial (*Commission of the European Communities, 2007*).

Actualmente, en Europa, seis de los siete mayores factores de riesgo de muerte prematura (la tensión arterial, el colesterol, el índice de masa corporal, la ingesta inadecuada de fruta y verdura, la inactividad física y el consumo excesivo de alcohol) están relacionados con nuestra forma de comer, beber y movernos (el factor restante es el tabaco). Una dieta equilibrada y una actividad física habitual, al mismo tiempo que abstenerse de fumar, son factores importantes para

fomentar y mantener una buena salud. Por otra parte, las personas que presentan menores ingresos y menor nivel educativo son las más afectadas (*Commission of the European Communities, 2007*).

El sobrepeso y la obesidad aumentan a un ritmo alarmante en Europa. La obesidad es uno de los problemas sanitarios más graves de Europa, ya que eleva notablemente el riesgo de padecer numerosas enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y determinados cánceres, que, en la actualidad, representan la mayor carga de enfermedades y constituyen la principal causa de mortalidad, tanto en Europa como en el mundo. El aumento de la obesidad infantil es especialmente preocupante. Los factores relativos al estilo de vida, como la dieta, los hábitos alimentarios y los niveles de actividad y de inactividad física, se adquieren con frecuencia en los primeros años de vida. Habida cuenta de que la obesidad infantil también está estrechamente relacionada con la obesidad en la edad adulta, los primeros años son el mejor período para abordar este problema. En nuestros días, mantener un peso normal es un reto. El entorno en que vive la gente propicia mucho la obesidad. Abundan los alimentos muy calóricos que, a menudo, son pobres en elementos nutritivos, y disminuyen las necesidades y las oportunidades de ejercer una actividad física, tanto en el trabajo como en los momentos de ocio. Las raciones alimentarias aumentan cada año, aunque en realidad la gente necesita cada vez menos calorías por la evolución hacia estilos de vida sedentarios (*Commission of the European Communities, 2007*).

Los daños causados por las drogas constituyen un problema social y de salud pública de primer orden en toda la Unión y el resto del mundo. Según el (artículo 152 del Tratado), al definir y ejecutar toda política o acción, la UE tiene la obligación de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana. El Tratado establece de modo explícito que la UE "*complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la*

*información y la prevención*". Según cifras del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT, 2007), de 1990 a 2004 hubo entre 6.500 y 9.000 muertes por sobredosis al año, lo que eleva a un total de 122.000 el número de fallecimientos a lo largo de ese periodo. En el conjunto de la UE, las drogas ocasionaron el 4% del total de muertes de personas de entre 15 y 39 años de edad. En algunos países, la proporción de jóvenes fallecidos por esta causa alcanza el 7% (si bien es más realista un porcentaje del 10%, en particular dada la tendencia a no informar de estos casos). Cada año se registran en la UE unos 400 fallecimientos relacionados con el consumo de cocaína. Los datos más recientes confirman que el cannabis es la sustancia ilícita más consumida en Europa, sobre todo entre la población joven. Cálculos recientes de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos a nivel nacional la sitúan entre 1 y 6 casos por cada 1000 personas de entre 15 y 64 años de edad. En toda Europa siguen observándose indicios de que el consumo de anfetaminas y éxtasis tiende a estabilizarse o incluso disminuir. Pero no hay datos recientes que confirmen los indicios de estabilización del consumo de cocaína por adultos jóvenes que apreciaba el Informe Anual de 2006 del OEDT. En 2005, el número de tratamientos de sustitución (sobre todo con metadona y buprenorfina) en los países miembros de la UE y Noruega se calculaba en un mínimo de 585.000 (incluidos muchos pacientes ya en tratamiento con anterioridad). En muchos países, las drogas para las que se solicita tratamiento siguen siendo sobre todo opiáceos (en particular, la heroína). En 2000 hubo un total de 326.000 solicitudes de tratamiento (según el "*indicador de demanda de tratamiento*" o IDT) para todos los tipos de drogas. En un 40 % se trataba de opiáceos, un 46% de los cuales por vía intravenosa, y en un 20% de cannabis, por lo general tratados en régimen ambulatorio. (*European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction, 2007 y 2008*).

En el conjunto de Europa, la transmisión del VIH sigue siendo especialmente preocupante entre los consumidores de drogas por vía

intravenosa, aunque la mayor parte de los países notifican índices bajos de nuevas infecciones por el VIH atribuibles a la inyección de droga. El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, estima que, en la UE, hasta 200.000 personas infectadas por el VIH son o han sido consumidores de drogas por vía intravenosa. En este colectivo se calcula en 3.500 al año el número de nuevos casos de infección por el VIH diagnosticados al año en la UE: el problema sanitario sigue pues siendo considerable. Pero la situación es mucho peor aún en cuanto a índices de infección por el virus de la hepatitis C, que se mantienen casi universalmente altos entre los consumidores de drogas por vía intravenosa: se calcula que 1 millón de consumidores actuales o anteriores por esta vía están infectados, de los cuales un número considerable ya ha abandonado la droga (*European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction*, 2010).

El significado del consumo de alcohol varía, para muchas personas consumir una bebida alcohólica forma parte de la vida social. El daño que puede derivar del consumo de alcohol se extiende más allá del bebedor individual a las familias y a las comunidades, para terminar abarcando a toda la población. Se estima que los productos alcohólicos son responsables del 9% de la carga total de enfermedad dentro de la Región. Están relacionados con los accidentes y la violencia, y son responsables de un porcentaje considerable en la reducción de la esperanza de vida en los países de la antigua Unión Soviética. La reducción del daño derivado del alcohol es una de las principales acciones de salud pública que los países pueden adoptar para mejorar la calidad de vida. Desde 1992, el Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol (PEAA) ha ofrecido una base para el desarrollo y la implantación de las políticas y programas en materia de alcohol en los Estados miembros. La finalidad del PEAA para el período 2000-2005 consiste en prevenir y en reducir el daño que puede derivar del alcohol en toda la Región Europea (Organización Mundial de la Salud, Europa [OMS], 2010). Sus objetivos globales consisten en:

- *Generar una mayor conciencia de la necesidad de proveer educación y de construir políticas de salud pública dirigidas a la prevención del daño ocasionado por el consumo de alcohol.*
- *Reducir el riesgo de los problemas relacionados con el alcohol que se pueden producir en diferentes ambientes como el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad y el entorno de la bebida.*
- *Reducir tanto la extensión como la gravedad del daño relacionado con el alcohol, es decir, los casos de muerte, accidentes, violencia, maltrato a menores, y crisis familiares.*
- *Ofrecer un tratamiento accesible y eficaz a las personas que realizan un consumo peligroso y nocivo de alcohol, así como a aquellas con una clara dependencia del alcohol.*
- *Ofrecer una mayor protección frente a las presiones que llevan a los niños y a los jóvenes a beber y que, también, soportan las personas que eligen no beber.*

### **3.5. Factores en relación con los servicios sanitarios**

Los sistemas sanitarios son determinantes de salud en base a su calidad y a su accesibilidad. Su importancia crece en la medida en que crece el desarrollo de un país concreto, dado que cuanto más desarrollado es un país, más relación causa-efecto existe entre la organización sanitaria de la región o país determinados y sus problemas de salud.

Pero aunque en general se sabe, como pone de manifiesto el informe Lalonde (1974) y los estudios derivados de él, que la influencia de los servicios sanitarios sobre la salud es limitada, es evidente también que los dispositivos de asistencia sanitaria consumen una elevada cantidad

de los recursos económicos de la comunidad, sea mediante financiación pública, mediante fórmulas aseguradoras privadas, o de forma compartida. Y aun cuando se pueda existir cierto interés de los estamentos sanitarios para disponer de los más recursos posibles, lo cierto es que el gasto sanitario sigue gozando de gran popularidad, parte de la cual, sin duda, tiene que ver con la respuesta que la sociedad espera del sistema sanitario para aliviar sus problemas de salud (Segura, 2000).

## **4. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD**

### **4.1. Aspectos generales**

Bajo la concepción global de salud con elementos biológicos, psicológicos y sociales y considerando la salud personal como un gradiente es posible desarrollar los conceptos de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

En el contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva (OMS, 1986). La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

La Carta de Ottawa (OMS, 1986), pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la

planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. El concepto de impulsar el poder de los individuos y las comunidades en los aspectos relacionados con su salud guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de dicha carta.

En este concepto, una comunidad con atribución de poderes para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.

Esta atribución de poderes para el desarrollo de la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen.

La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen. Se establece una

distinción entre la atribución de poderes para la salud del individuo y la de la comunidad. La segunda se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal mientras que la primera supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

En este mismo sentido, San Martín (1964) habla de salud y enfermedad como dos grados extremos en la variación biológica, resultado del éxito o el fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. La enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico-ecológico o como una falla en los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto.

## **4.2. Fases de prevención de la enfermedad**

La parte negativa del continuo (en el concepto de Travis) es el llamado espectro de la enfermedad de Leawell y Clark (1965), es decir, la secuencia de hechos que acontecen en el organismo humano desde el momento de la exposición al agente etiológico hasta que sobreviene la muerte o la curación de la enfermedad. En esta secuencia se distinguen períodos o fases: la enfermedad aparece y avanza, primero de forma asintomática o subclínica, solo detectable por signos, después en forma sintomática, para luego producir incapacidad y, finalmente la muerte.

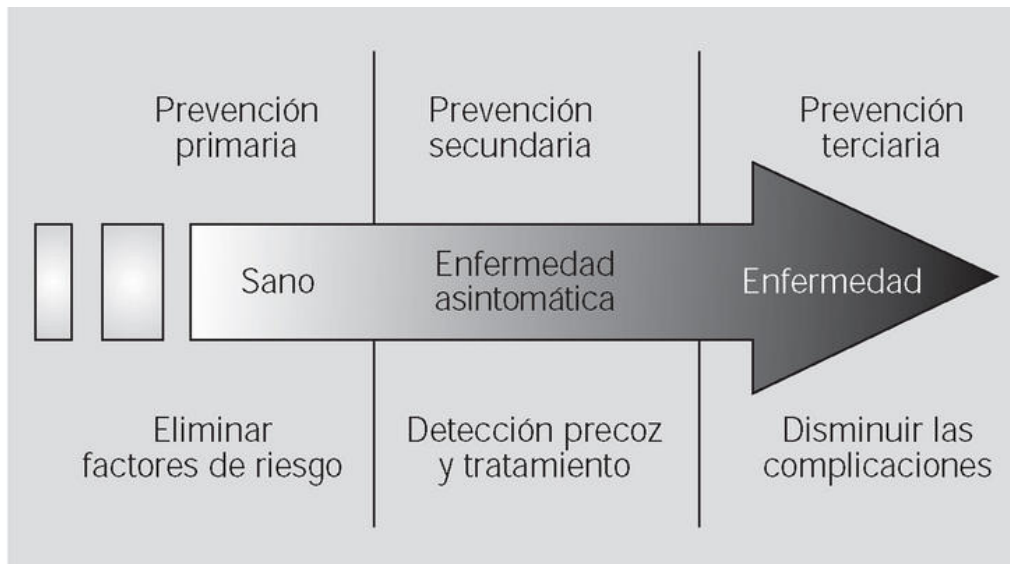


Figura 3. Fases de prevención de la enfermedad (modelo de Leawell y Clark)

Siguiendo este esquema, a las distintas fases de la citada secuencia corresponden diferentes fases de prevención de la enfermedad: la prevención primaria constituye el conjunto de actividades destinada a impedir que se produzca la enfermedad y conseguir el máximo desarrollo de las potencialidades físicas, intelectuales y sociales; la prevención secundaria va dirigida a la recuperación de la salud, deteniendo el curso progresivo de la enfermedad e impidiendo sus complicaciones, secuelas e invalideces; pretende actuar en el periodo patogénico preclínico, mediante el diagnóstico y el tratamiento precoz, cuando hay signos, pero todavía no hay síntomas; la prevención terciaria que se efectúa en el periodo patogénico clínico, sobre la persona evidentemente enferma, para evitar la aparición de complicaciones y secuelas y, si se producen, conseguir la rehabilitación física y mental del paciente, lo cual se traduce en su readaptación laboral y social.

## **5. LA SITUACIÓN DE SALUD EN ESPAÑA**

A lo largo del siglo XX se produjo en España una importante disminución de las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad y en especial en la infancia. Esto ha implicado un significativo incremento de la esperanza de vida, que se sitúa en 81,24 en el año 2008 que es superior a la media europea de 79 años. Este cambio se asoció a una disminución global de la fecundidad que ha pasado desde 1975 a 2008 desde un promedio de 2,8 hijos por mujer a 1,46, lo que ha conllevado un envejecimiento progresivo de la población. Paralelamente se han producido importantes cambios socioeconómicos, laborales, etc, con indudable repercusión en el estado de salud (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2010).

Esto ha originado, además de los cambios antes citados, a una modificación de las causas de muerte, de los patrones de enfermedad, de los factores de riesgo y de la exposición a riesgos para la salud ambientales y laborales (INE, 2010).

Por estos motivos se ha pasado de una época de predominio de las enfermedades infecciosas a otra, la actual, donde las enfermedades crónicas ocupan la primera posición entre las causas de morbilidad y mortalidad. Asimismo han cambiado los riesgos, pasando de riesgos como la contaminación hídrica o la falta de higiene de los alimentos a riesgos modernos como la contaminación ambiental, los accidentes de tráfico o los nuevos estilos de vida (consumo de tabaco por las mujeres, de alcohol en los jóvenes, sedentarismo,...).

La tasa de mortalidad española en 2008 fue de 8,47 por 1.000 habitantes. Las principales causas de mortalidad en nuestro país son, en la actualidad, las enfermedades cardiovasculares, que representan un tercio del total de muertes, seguida del cáncer que origina un 27%

de las muertes, estando lejos en magnitud la tercera causa de muerte que son las enfermedades del aparato respiratorio con el 10%. La tendencia en las últimas décadas muestra una disminución relativa de las enfermedades isquémicas del corazón y de la enfermedad cerebrovascular, así como del cáncer de mama, aunque se mantiene estable el cáncer de pulmón (INE, 2010).

En Andalucía la tasa de mortalidad en 2008 fue inferior a la nacional, con una tasa estandarizada de mortalidad de 7,58 por 1.000 habitantes, situándose las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte, representando el 34,9% y los tumores como segunda causa con un 25% siendo la mortalidad por enfermedades respiratorias el 10,6%. La tasa estandarizada de mortalidad en Huelva en 2008 fue de 7,98 por 1.000 habitantes, representando las enfermedades circulatorias el 37,7%, los tumores el 25,5% y las enfermedades respiratorias el 9,5%. Estos datos sugieren un mayor impacto, en nuestra provincia, de la mortalidad circulatoria, sin que se aprecie una diferencia en la mortalidad oncológica o respiratoria (INE, 2010).

En relación a la morbilidad y según datos de la Encuesta de Salud de 2006 (INE, 2010), casi un tercio de los españoles han consultado al médico en las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta (lo que implica que existe un alto consumo de estos servicios). Los problemas de salud percibidos son, en primer lugar, la artrosis, seguida de la hipertensión arterial, la mala circulación, las alergias y el colesterol alto, observándose el predominio de patologías crónicas como motivo de consulta.

Si se analiza la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2008 (INE, 2010), se observa que la causa más frecuente de alta corresponde a la atención al embarazo, parto y puerperio (634.610 altas), seguida de las enfermedades cardiovasculares (616.260 altas), digestivas (571.556

altas), respiratorias (571.556 altas), correspondiendo a los tumores malignos 422.724 altas y a las lesiones y envenenamientos 405.420 altas.

Un aspecto a considerar es la carga de enfermedad medida por los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que pueden definirse como una unidad de medida del impacto de una enfermedad en términos tanto del tiempo perdido por muerte prematura (mortalidad) como del tiempo vivido con una discapacidad (morbilidad). Los AVAD atribuibles a cada enfermedad o lesión son el resultado de sumar el tiempo de vida perdido por muerte prematura, años de vida perdidos (AVP), y las pérdidas funcionales y de bienestar causadas por la discapacidad, años vividos con discapacidad (AVD).

Las enfermedades neuropsiquiátricas son la categoría de causas que genera mayor carga de enfermedad en Andalucía, de manera muy destacada por delante de las enfermedades cardiovasculares y los tumores. Los grupos principales de la clasificación de causas, con variaciones en los porcentajes, siguen el mismo orden tanto en varones como en mujeres. Igual ocurre en las categorías, sin embargo en las subcategorías ocupa el primer lugar el abuso de alcohol en los hombres y la depresión unipolar en las mujeres.

La estimación de la carga de enfermedad de Andalucía muestra cómo las enfermedades más mortales no son siempre las que mayor impacto tienen sobre la salud global de la población, puesto que muchas otras cuya letalidad es baja generan una gran cantidad de años vividos con discapacidad (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2008).

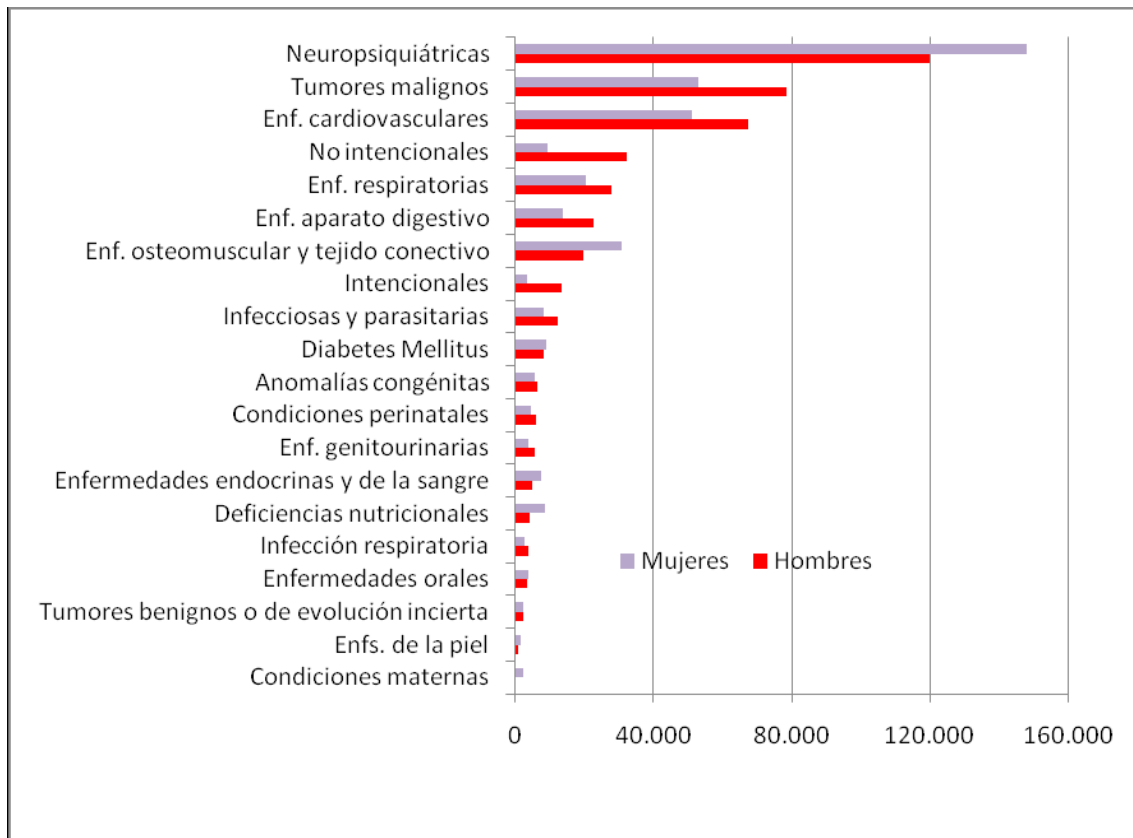


Figura 4. Carga de enfermedad Andalucía 2008 por causas, hombres y mujeres

De todos estos datos se puede concluir que las enfermedades crónicas, muchas de ellas derivadas de estilos de vida y cambios demográficos, constituyen la parte más relevante de los problemas de salud a los que se enfrenta la sociedad y, evidentemente, el sistema sanitario.

## **6. LA ENFERMEDAD CRONICA**

### **6.1 Concepto general**

Se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no pueden preverse claramente o no ocurrirán nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual aquellas pasan a considerarse crónicas; pero por término medio, a todas las que tengan una duración mayor a seis meses puede aplicársele esta denominación.

En epidemiología se entienden como enfermedades crónicas aquellas de alta prevalencia y no curables. En general se incluyen las cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular principalmente), las neoplásicas sin tratamiento curativo, las respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma crónicas), las osteoarticulares invalidantes (artritis reumatoides y artrosis severa), la diabetes mellitus y otras muchas.

Entre estas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las enfermedades oculares que originan discapacidad visual y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad.

### **6.2 Consecuencias**

Del total de 58 millones de defunciones que se previeron para 2005 por todas las causas, se estimó que 35 millones correspondieron a

enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales (OMS, 2010).

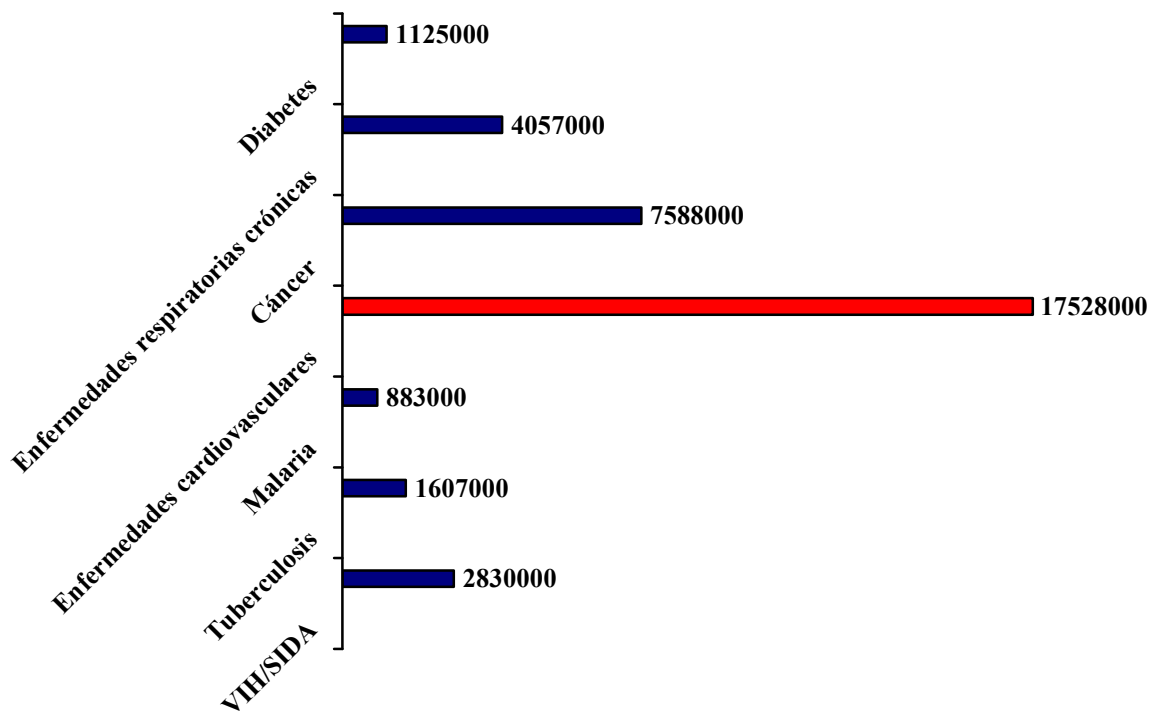


Figura 5. Mortalidad mundial prevista por distintas causas en todas las edades

El espectro de los problemas de salud crónicos afecta a todas las edades (p. ej., desde la atopia en niños, la dismenorrea en adolescentes, el consumo de tabaco en jóvenes con sus consecuencias mórbidas como cáncer y enfermedad pulmonar crónica, el desempleo de larga duración en adultos jóvenes con su repercusión sobre problemas de salud mental, factores de riesgo cardiovascular y sus lesiones en órganos diana en adultos maduros, hasta los síndromes geriátricos como inmovilidad, incontinencia de esfínteres, demencia, etc. en ancianos).

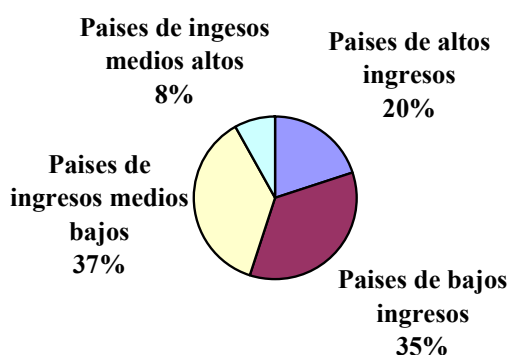
Así pues, el reto de las enfermedades crónicas (las que duran más de 6 meses) no se ciñe a unas pocas que afectan al anciano, sino a un

conjunto de problemas de salud en todos los grupos de edad y su variedad exige un cambio global, una mejora general y no sólo simples respuestas sencillas ( Gervás & Pérez- Fernández, 2009).

Además del sufrimiento humano, el coste de las enfermedades crónicas representa cada vez un porcentaje mayor en las economías no sólo de los países desarrollados, sino países con bajos ingresos, donde ocurren el 80% de estas muertes (OMS, 2010).

Muchas de estas enfermedades están relacionadas con los estilos de vida y con el envejecimiento de la población, asociado esto último a los avances médicos y de condiciones de vida. Muchos países están promocionando iniciativas que mejoren el tratamiento y la gestión integral de estas enfermedades. Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial.

**Distribución mundial prevista de las defunciones por enfermedades crónicas. Todas las edades por grupos de ingresos**



*Figura 6.* Mortalidad por enfermedades crónicas distribuidas por grupo de ingresos

La carga de enfermedades crónicas: tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados, es causa de muertes

prematuras y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general

Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo.

Entre ellos destacan, una alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco

Estos factores de riesgo se relacionan con la morbilidad y la mortalidad que originan las enfermedades crónicas, así cada año, como mínimo, en el mundo, 4,9 millones de personas mueren por el consumo de tabaco; 2,6 millones mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad; 4,4 millones de personas mueren a causa de unos niveles de colesterol total elevados; 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.

Se prevé que las defunciones por el conjunto de enfermedades infecciosas, dolencias maternas y perinatales y carencias nutricionales disminuirán en un 3% durante los próximos 10 años, y que las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán un 17% en ese mismo periodo. Eso significa que de los 64 millones de personas que fallecerán en 2015, 41 millones lo harán de enfermedades crónicas, a menos que se tomen medidas urgentes (OMS, 2010).

Este panorama implica una nueva percepción de las amenazas para la salud mundial. Es evidente el avance en el control de las enfermedades infecciosas como se ha visto en la respuesta a las recientes pandemias de gripe, aunque persistan espacios físicos con deficiente control de estas enfermedades y cierto nivel de riesgo inducido por la globalización y las facilidades en la transporte que,

como se ha visto en el caso de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hace difícil plantear barreras a la difusión de riesgos infecciosos. Sin embargo si se asiste a una epidemia invisible de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer que afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo y que tendrá sus consecuencias en forma de mortalidad y de morbilidad.

A modo de ejemplo se tienen los datos de la previsión de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevalencia de diabetes en el año 2030 estimando que afectará a 370 millones de personas, suponiendo un incremento del 114% con respecto al año 2000. Las regiones más afectadas por la enfermedad según estas previsiones continuarán situándose en el sureste asiático, con 122 millones de pacientes diabéticos, seguidas del área del Pacífico, con 71 millones de afectados; y el continente americano, donde se prevé que la enfermedad afecte a 67 millones de personas. En África se verán afectados unos 18 millones de personas, más del doble de los 7 millones actuales, y en Europa se pasará de los 33 millones de 2000, hasta alcanzar los 48 millones de pacientes (OMS, 2010).

Sin embargo, una estrategia global y la aplicación de las evidencias científicas al control de las enfermedades crónicas puede lograr mejoras en la esperanza y en la calidad de vida de la población afectada por estas patologías. Por ejemplo, las tasas de mortalidad por cardiopatías se han reducido hasta en un 70% en los tres últimos decenios en Australia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido. Países de ingresos medios, como Polonia, también han conseguido avances sustanciales en los últimos años. Esos progresos se han logrado en gran parte gracias a la aplicación de enfoques amplios e integrados que comprenden intervenciones dirigidas tanto al conjunto de la población como al individuo, y que se centran en los principales factores de riesgo, abarcando así varias enfermedades. El total acumulado de vidas

salvadas mediante esas reducciones es impresionante. Entre 1970 y 2000, según estimaciones de la OMS, se evitaron 14 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares sólo en Estados Unidos. Y en Reino Unido se salvaron 3 millones de vidas durante ese mismo periodo (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004).

### **6.3. Estrategias de intervención**

En nuestro país se ha elaborado un documento de consenso entre responsables políticos de la gestión de la salud y diversas sociedades científicas implicados en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas que plantea la necesidad de implementar una estrategia coordinada para el control de estas enfermedades que debería desarrollarse en tres áreas básicas y cuya declaración de consenso se transcribe a continuación (Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas, 2011):

#### **1. EL PACIENTE Y LA COMUNIDAD**

- Realizar una declaración y acción política explícita que facilite la extensión de las políticas y estrategias sobre cronicidad a todas las comunidades autónomas.
- Identificar a las personas vulnerables y estratificar a la población, según su nivel de riesgo, para realizar las intervenciones más eficientes y adecuadas a sus necesidades.
- Desarrollar iniciativas de identificación e intervención sobre los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades crónicas en el contexto de un sistema sanitario equitativo, eficiente y no medicalizado.
- Implantar las actividades de prevención y de promoción de la salud con estrategias poblacionales e individuales, evaluables, coste-efectivas y con el mismo nivel de intensidad que el resto de las intervenciones.

- Impulsar la participación de la comunidad en la mejora de la salud y en los cuidados en la enfermedad: instituciones públicas y privadas, sistema sanitario, red sociosanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes crónicos, voluntariado, bancos del tiempo, farmacias comunitarias, cooperando en red y estableciendo convenios de colaboración y de complementariedad de servicios.
- Prestar ayuda para facilitar el autocuidado y adoptar medidas de apoyo a la familia y a los cuidadores.
- Fortalecer el papel de la enfermería desarrollando las competencias clínicas necesarias para la prevención de las enfermedades crónicas y para el entrenamiento y seguimiento de los pacientes crónicos.
- Apoyo a los foros de relación, comunicación y colaboración de pacientes y profesionales y de páginas web de calidad en la red.

## 2. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

- La Atención Primaria ha de ejercer un papel de eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales relacionados a través del cual la población tenga un acceso ordenado a los cuidados sanitarios y sociales.
- Reforzar el papel del médico y de la enfermera de familia como agentes principales del paciente y puerta de entrada al sistema, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada del paciente.
- La reorganización del proceso asistencial debe centrarse en las necesidades del paciente potenciando la coordinación intersectorial e integral para facilitar la creación de un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- La estratificación de la población según su nivel de riesgo ha de permitir identificar a los pacientes pluripatológicos, frágiles o con enfermedades avanzadas que requieren el desarrollo de planes específicos de atención continuada.

- Es necesario reforzar el papel de los profesionales con capacidad integradora tanto en Atención Primaria como en el hospital. La alianza de los médicos y enfermeras de familia con los médicos internistas y enfermeras hospitalarias se está expresando como una alternativa innovadora que potencia la continuidad asistencial y la personalización de la asistencia sanitaria.
- Es necesario adecuar los perfiles competenciales de los profesionales a las necesidades del paciente crónico reforzando el protagonismo de farmacéuticos, trabajadores sociales y otros profesionales que se incorporarán al proceso asistencial.
- Es necesario impulsar el protagonismo de los profesionales en los servicios de salud potenciando la gestión clínica y una mayor autonomía de los centros.

### 3. LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y LA TOMA DE DECISIONES

- Los sistemas de información clínica deben cumplir dos requisitos fundamentales para facilitar a clínicos y gestores la toma de decisiones: ser útiles y válidos para la evaluación del proceso asistencial y facilitar la autonomía del paciente.
- Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tienen que construir la Historia Clínica Electrónica Única por paciente. Esta historia debe incorporar en sus módulos de prescripción elementos de ayuda en la toma de decisiones, integración del conjunto de tratamientos y protección de la seguridad clínica (interacciones, duplicidades o contraindicaciones farmacológicas).
- La Historia Clínica Electrónica virtualmente Única ha de permitir no solo el registro de la información clínica sino que ha de facilitar la comunicación entre los profesionales en un entorno seguro.
- La Historia Clínica Electrónica ha de ser diseñada de forma consensuada con los profesionales sanitarios y las Sociedades Científicas para que responda tanto a las necesidades de información de los gestores como de los clínicos. Debe registrar

también las actividades preventivas y los determinantes sociales y ambientales de la enfermedad crónica.

- Es necesaria la construcción de indicadores de evaluación acordados con los profesionales de contenido eminentemente clínico que permitan realizar un seguimiento del manejo de los enfermos crónicos y establecer objetivos de calidad asistencial incentivando el cumplimiento de los mismos.
- Es necesario evaluar el uso de las TIC para desarrollar nuevas estrategias de relación entre profesionales y pacientes. Estas relaciones han de estar basadas en el impulso a los autocuidados en un paciente más informado y con mayor autonomía.

Las enfermedades crónicas constituyen, pues, un importante y prioritario problema de salud pública que requiere la implicación de todos los actores de los sistemas sanitarios: gestores políticos y sanitarios, profesionales de la salud y ciudadanos. Este problema se define por:

- su magnitud, dada la gran cantidad de personas afectadas y su distribución global;
- su trascendencia en términos de mortalidad y morbilidad
- la posibilidad de ser abordado desde diferentes perspectivas y estrategias

El abordaje de la enfermedad crónica desde el ámbito de los sistemas de salud y, concretamente, desde la atención primaria de salud implica la profundización sobre diversos aspectos relacionados con la concepción de la salud y sus determinantes, así como el estudio de la vivencia de enfermedad por el individuo y su impacto sobre sus cogniciones y sus comportamientos.

Entre las iniciativas realizadas por en Andalucía, destaca la elaboración del Plan Andaluz de Atención Integrada a pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016 en el que, tras un exhaustivo

análisis de situación, se intentan aglutinar diversas estrategias de abordaje del paciente con enfermedad crónica. Otra iniciativa destacable, realizada en Andalucía es la puesta en marcha del portal web OPIMEC (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas complejas) que *<<a través de un modelo de Web 2.0 y de su Comunidad virtual, trata de promover la colaboración y alianzas entre personas, equipos y organizaciones interesados en el intercambio y trabajo conjunto de conocimientos, experiencias e información sobre organizaciones excelentes y prácticas innovadoras en gestión de enfermedades crónicas y en la modernización y mejora de los sistemas sanitarios>>*.

## **7. FACTORES IMPLICADOS EN EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA**

En el abordaje de los problemas crónicos de salud hay que tener en cuenta una serie de aspectos que pueden determinar el éxito del mismo y que, con frecuencia no son considerados en su justa importancia. Entre ellos debemos señalar:

### **7.1. Estrés y afrontamiento de la enfermedad crónica**

Históricamente el concepto de estrés fue introducido en el ámbito de la salud, por Walter Cannon (1935), aunque fue popularizado en 1936, por el médico checo Hans Selye, quien lo tomó de la física, para designar al conjunto de síntomas psicofisiológicos para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada y que también se conocen como síndrome general de adaptación. El estrés es, para el citado autor, la respuesta inespecífica a cualquier demanda a la que sea sometido un sujeto.

Desde un punto de vista académico, podemos distinguir varios tipos de teorías sobre el estrés.

#### *Teorías biológicas*

Entre ellas están las teorías genético-constitucionales que ponen su acento sobre el papel de los diferentes sistemas neurobiológicos en la génesis y desarrollo del estrés (Bremne & Vermetten, 2001) y el síndrome general de adaptación descrito por Selye (1956).

#### *Teorías psicológicas*

Entre ellas se pueden encontrar:

- La teoría psicodinámica relacionada con la ansiedad y que considera como fuentes de estrés las señales de daño y los conflictos intrapsíquicos que originan. Entre las debilidades de esta teoría está la dificultad de su verificación científica y la falta de consideración de los factores biológicos y sociales
- La teoría del aprendizaje relacionada con las hipótesis cognitivas desarrolladas por Beck (1963) y Ellis (1962), que considera el estrés como una interpretación alterada de los estímulos estresores, condicionada por una distorsión cognitiva previa.
- Teoría transaccional o modelo de Lazarus y Folkman (1984) que parte de dos conceptos fundamentales, la evaluación, es decir que los individuos evalúan lo que les está pasando y les afecta en su bienestar y la supervivencia, pues los individuos realizan esfuerzos en el ámbito cognitivo y de la conducta para gestionar, de manera adecuada sus demandas específicas. Es decir, el estrés es la consecuencia de la interacción entre las fuentes de demanda y el afrontamiento realizado

### *Teorías sociales*

Están basadas en la interacción, en el individuo, de los estresores sociales que tienen tres formas principales: los sucesos vitales que son los sucesos vitales (cambios agudos que requieren reajustes drásticos durante un corto periodo de tiempo), el estrés de rol (demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados y las contrariedades cotidianas (minieventos que requieren pequeños reajustes diarios); y los recursos personales y sociales (estrategias de afrontamiento, recursos de afrontamiento y apoyo social) que pueden dar lugar a la adaptación a los efectos del estrés (Cockerman, 2001).

El estrés es considerado como un concepto relacional, no se define por un tipo de estimulación externa ni un patrón de reacciones fisiológicas o conductuales sino que es visto como una relación

(transacción) entre el individuo y su medio ambiente que este evalúa como importante para su bienestar y también su capacidad para hacer frente a la situación. Este concepto apunta a dos procesos mediadores centrales en la transacción persona-ambiente: la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

De estas teorías se pueden derivar tres concepciones o modelos de estrés:

#### *Modelo de estímulo*

Basado en la importancia de los agentes estresores, que van desde los llamados acontecimientos vitales estresantes, definidos por Holmes y Rahe (1967), que abarcan un espectro que va desde situaciones de estrés de gran intensidad a los de escasa o media intensidad como los fastidios diarios. Sin embargo el impacto de estos acontecimientos no sólo depende de su intensidad, sino también de su persistencia (Pelechano, 2000).

#### *Modelo de respuesta*

En este modelo estaría el síndrome general de adaptación de Seyle. Este síndrome se desarrolla en tres etapas:

- La reacción de alarma comprende una *fase de alarma*, caracterizada por la activación del sistema nervioso autonómico, con aumento de la secreción de hormonas adrenérgicas y posteriormente, una contradescarga caracterizada por el aumento de la actividad de la corteza suprarrenal
- Si continua el estímulo se entra en una *fase de resistencia* en la que los síntomas y signos de la reacción de alarma desaparecen, lo que parece indicar una aparente adaptación del organismo a la situación estresante
- Pero si permanece la estimulación se puede llegar a una *fase de agotamiento* en la que la capacidad adaptativa del organismo a los estresores se agota y se pueden producir lesiones orgánicas

### *Modelo transaccional*

Este modelo se basa en la idea de que los procesos emocionales (como el estrés) dependen de las expectativas reales que tienen las personas en relación con el significado y el resultado de una demanda específica. Esto explicaría las diferencias individuales en la calidad, intensidad y duración de las emociones provocadas en individuos diferentes en su interacción con ambientes que son objetivamente iguales.

Estas diferencias serían el resultado generado, mantenido y modificado en el tiempo por un determinado patrón de evaluaciones cognitivas. Estas evaluaciones, a su vez, están determinadas por una serie de elementos personales y situacionales, los más importantes de los cuales son en el aspecto personal, la motivación, los objetivos y las expectativas y desde la perspectiva situacional, la predictibilidad, controlabilidad y la inminencia del evento potencialmente estresante.

Esta teoría distingue dos formas básicas de evaluación (Lazarus, 1996):

La evaluación primaria relativa al significado para el individuo del estímulo estresor, con respecto a su bienestar. Esta evaluación tiene tres modalidades:

- Valoración de significado bueno en la que el individuo percibe un posible beneficio y no genera estrés
- Valoración de significado indiferente, donde no se percibe beneficio ni daño y que tampoco es estrés
- Valoración de significado malo. Esta valoración puede percibirse en términos de amenaza, que se presenta cuando el individuo percibe un posible peligro; desafío, que se presenta ante una

valoración de amenaza en la que, además, existe una posibilidad de ganancia; o de pérdida, cuando ha existido un daño o perjuicio

La evaluación secundaria es aquella en la que los individuos valoran sus recursos y opciones de afrontamiento.

Los patrones específicos de evaluación primaria y secundaria llevan a diferentes tipos de estrés. Estos diferentes tipos de estrés psicológico se relacionan con las reacciones emocionales. Lazarus (1991) distingue quince emociones básicas. Nueve de ellas son negativas (rabia, miedo, ansiedad, culpa, vergüenza, tristeza, envidia, celos y disgusto), cuatro positivas (felicidad, orgullo, alivio y amor) y dos (esperanza y compasión) son ambivalentes.

El afrontamiento se entiende como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, controlar o tolerar las demandas internas y externas que generan estrés al individuo concreto (Halstead, Bennet, & Cunningham, 1993). El afrontamiento actúa como la estrategia que permite regular la perturbación emocional, si este afrontamiento es efectivo no se producirá malestar, si no lo es se produce la afectación negativa de la salud del individuo, incrementándose el riesgo de daño.

Se pueden distinguir dos conceptos relacionados con el afrontamiento, el estilo de afrontamiento y la estrategia de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son las predisposiciones personales, temperamentales y aprendidas, para hacer frente a diversas situaciones y que determinarán las estrategias de afrontamiento que son los procesos específicos que se utilizan en cada contexto determinado (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdez, 2003).

Lazarus, Valdés y Folkman (1986) plantean dos estilos de afrontamiento: los estilos de afrontamiento centrados en el problema

que generarán estrategias de afrontamiento encaminadas a modificar el problema para hacerlo menos estresante y centrados en la emoción en la que las estrategias se dirigirán a reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional.

Este concepto fue ampliado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) que plantearon la existencia de quince estilos de afrontamiento que fueron agrupados por en tres grandes grupos, estilos encaminados a resolver el problema, que refleja le predisposición a abordar los problemas de manera directa; los encaminados a referenciarse en otros que implica compartir los problemas con los demás y buscar soporte en ellos y los estilos de afrontamiento no productivo que son disfuncionales y se focalizan en la evitación (Frydenberg, 2004).

El interés mediático que ha suscitado el tema del estrés, si bien pone de manifiesto la preocupación que origina hoy en día, también ha llevado a cierta confusión del concepto y a un exceso en su patologización. El estrés no siempre tiene consecuencias negativas, en ocasiones su presencia representa una excelente oportunidad para poner en marcha nuevos recursos personales, fortaleciendo así la autoestima y el crecimiento personal e incrementando las posibilidades de éxito en ocasiones futuras.

La aparición de estrés tiene una amplia variabilidad interpersonal. Un mismo hecho no resulta igual de estresante para todas las personas, ni siquiera en todas las circunstancias o momentos de la vida para el mismo sujeto. Varios son los factores que lo determinarán (Martínez-Correa, Reyes, García-León, & González-Jareño, 2006):

- La forma de evaluar el suceso y/o las capacidades para hacerle frente: mientras alguien, por ejemplo puede considerar un

ascenso laboral como una amenaza, para otro puede suponer un reto personal.

- La manera de hacer frente a las dificultades: negar el problema, aplazarlo o poner en marcha conductas de autocontrol, por citar sólo algunas, conlleva distintas consecuencias en la percepción del estrés.
- Características personales: las personas tenemos diferentes estilos de reaccionar ante las circunstancias que demandan un esfuerzo de nuestra parte, son rasgos que si bien no pueden considerarse como definitivos, sí es cierto que se van consolidando con la acumulación de experiencias, como por ejemplo la emotividad o la reactividad al estrés. La tensión o el nerviosismo son variables individuales, tanto en su percepción como en sus consecuencias.
- Apoyo social: el número y calidad de relaciones que el individuo mantiene puede servir como amortiguadores o amplificadores de los acontecimientos potencialmente estresantes, así como la habilidad para pedir consejo o ayuda.

Si bien el ambiente físico puede ser un generador de estrés, es en el social donde se dan la gran mayoría de las situaciones que lo provocan. Mientras algunos autores han considerado los cambios vitales, pérdidas de personas o relaciones importantes, nueva situación laboral o nacimiento de un hijo, por poner unos ejemplos, como los desencadenantes del estrés, otros señalan que los acontecimientos diarios, pequeñas contrariedades, al ser más frecuentes y próximos a la persona pueden alterar en mayor medida la salud. Es posible, que ambos tipos se relacionen y determinen de forma mutua (González & Landero, 2008).

Sin embargo, aunque no todas las creencias influyen en la generación de estrés, las existenciales son fundamentales a la hora de que el sujeto atribuya significados y, sobre todo, para mantener las

esperanzas en situaciones difíciles, esto hace que las personas que las poseen suelen tender a comprometerse con lo que hacen y creen que los resultados en gran medida dependen de sus acciones. Reconocen y confían en sus valores, metas y prioridades y aprecian su propia capacidad. Su sistema de creencias minimiza la sensación de amenaza ante ciertos acontecimientos y ante otros consideran que el desafío es una oportunidad para el crecimiento personal. Son flexibles y toleran la ambigüedad, jugando un papel importante en su comportamiento la propia responsabilidad. Estas características, de una manera genérica, pueden influir en que en este tipo de sujetos el estrés genere un menor grado de influencia negativa (Extremera, Durán, & Rey, 2007).

Las relaciones existentes entre el estrés y la salud se vienen desarrollando desde hace mucho tiempo, por considerar que son investigaciones necesarias y fructíferas. Estas relaciones en ocasiones han estado sobrevaloradas e incluso mal interpretadas; no obstante, hoy en día se puede afirmar que el estrés, en general, es el principal factor causante de trastornos psicológicos, presente en la mayoría de las psicopatologías, y uno de los principales factores causales o de riesgo de las alteraciones orgánicas. El estrés afecta de una manera directa a la salud, facilitando la aparición de determinadas enfermedades o acelerando el progreso de una enfermedad ya crónica, o de forma indirecta, bien estimulando la realización de conductas nocivas o reduciendo la probabilidad de que aparezcan conductas saludables.

Muchos estudios han demostrado que el estrés reduce la competencia inmunológica del organismo. Puede reducir la resistencia a las enfermedades, las personas sometidas a altos niveles de estrés sufren un mayor número de enfermedades infecciosas de todo tipo. Ya es clásica la relación existente entre el estrés y los trastornos gastrointestinales, así como su influencia en problemas cardiovasculares. En los últimos años, y a partir del hallazgo de cómo

influye en la competencia inmunológica, se ha concluido que afecta de forma significativa y más si se tienen en cuenta otras variables personales y sociales, a la aparición y progresión de la artritis reumatoide, las alergias, los problemas de piel y los ciertos tumores (Fink, 2007), aunque, en contra de la idea generalizada de que el estrés disminuye la función inmunitaria, también existen estudios que relacionan el estrés moderado y de corta duración con un aumento de la hipersensibilidad retardada probablemente relacionado con el aumento de la movilidad de los leucocitos en la piel (Dhabhar & McEwen, 1999).

## **7.2. Creencias y expectativas**

Las conductas relacionadas con la salud están determinadas por toda una constelación de factores y procesos internos del individuo que han intentado ser explicadas desde diversas perspectivas como las publicadas por Bandura (1977), Edwards (1954), Fishbein y Ajzen (1975) y Rogers (1975).

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o *Health Belief Model* fue desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum (1958), en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades referidas por Becker (1974) y por Hochbaum, Sorenson y Lorug (1992). Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad (Rosentock, 1960), el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas (Kirscht, 1974), la práctica de autoexámenes exploratorios (Calnan & Moss, 1984) o el uso de tabaco (Weinberger, Greene, Mamlin, & Jerin, 1981).

En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje. En particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (*value expectancy*). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso (Maiman & Becker, 1974).

Los componentes básicos del MCS son pues:

- El deseo de evitar la enfermedad o de recuperar la salud
- La creencia de que determinada conducta considerada como saludable puede resultar útil para conseguir el deseo antedicho

Las dimensiones de este modelo serían según Rosentock (1974):

- La vulnerabilidad percibida que consiste en la autopercepción de posibilidad de enfermar, que puede graduarse desde la negación de esta posibilidad hasta el convencimiento de estar en peligro real de contraer una enfermedad. En definitiva es la percepción subjetiva que tiene cada hombre sobre el riesgo de caer enfermo.
- La gravedad percibida entendida como creencia sobre la trascendencia de padecer una enfermedad o no tratarla

adecuadamente. Esta dimensión contempla las consecuencias clínicas y las consecuencias sociales.

- La percepción de beneficios que modula la conducta que promueven las dos anteriores dimensiones, eligiendo una en función de las creencias sobre la efectividad relativa de las distintas conductas posibles. Estas creencias están, a su vez, conformadas por las influencias socioculturales y las normas del grupo social al que pertenece el sujeto.
- Las barreras percibidas que se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión, y que dificultan ese curso de acción (por ser doloroso, costoso, socialmente inaceptable, etc)

En definitiva el modelo funciona de manera lógica mediante la realización de un análisis interno de costes y beneficios, aunque también se ha sugerido la importancia de determinadas claves para la acción cuya influencia puede variar entre distintos sujetos. Estas claves pueden ser internas (percepciones corporales) o externas (recomendaciones de amigos, mensajes de los servicios de salud, etc).

Por último no se pueden olvidar las variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales que pueden afectar las percepciones del individuo y condicionar sus conductas de salud (Janz & Becker, 1984).

Existen numerosas críticas a este modelo, como las que plantean la perspectiva de considerar un excesivo protagonismo del componente cognitivo en el modelo (Gil, 1997), así como su moderada capacidad predictiva, haciendo que se dé la circunstancia de que las creencias acerca de las conductas de salud no resultan predictivas de los comportamientos reales que realiza el sujeto (Guerin & Foster, 1974), probablemente porque existen otros determinantes de la conducta de salud y porque, entre otras razones, las conductas de riesgo están

relacionados con determinantes externos a la salud (razones sociales, culturales, etc) (Kirscht, 1988).

Rotter (1954) aplicó el constructo de *locus de control* al campo de la salud, hipotetizando que las personas que creen que su salud depende, en primera instancia de ellas mismas (locus de control interno), tendrán mejor salud que las que creen que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (locus de control externo), debido a que el interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud.

Sin embargo esta teoría fue reformulada por Wallston y Kenneth (1992), adoptando el concepto de competencia personal percibida, planteando que la motivación para realizar conductas positivas en salud, viene dada por la percepción de lo competente para ello que es el individuo. En este esquema, tener una competencia personal percibida alta consiste en, primero, valorar la salud como un bien muy importante, segundo, creer que los hábitos de uno pueden influir positivamente en la salud y, tercero y especialmente importante, creer que se es capaz de realizar esas conductas saludables, así Wallston hace suya buena parte de la teoría de la autoeficacia de Bandura (1992).

También se postula que la competencia percibida permite un mejor afrontamiento del estrés y control de la ansiedad (Eifert, Coburn, & Seville, 1992). Esta teoría tiene una importancia clara en la concepción de la dinámica psicológica de las enfermedades crónicas, dado el estrés crónico que originan, así como la necesidad de modificar conductas referidas a la salud.

Averill (1973) distinguió entre tres diferentes posibilidades de ejercer control ante situaciones de estrés:

- el control conductual que consiste en la posibilidad de disponer de una respuesta que modifique objetivamente la situación que constituye la amenaza
- el control cognitivo que se basa en poder reinterpretar la apreciación de la situación amenazante de la manera más satisfactoria para el individuo
- el control de decisión que implica poder elegir entre diferentes cursos de acción alternativos ante una fuente de estrés.

Aunque esta clasificación de las maneras de ejercer control es la más ampliamente usada, quizás por ser la primera, quizás por su simplicidad y claridad, se han hecho otras propuestas, de entre ellas, se puede destacar la de Miller (1979) que divide el control en: instrumental, autoadministración, derivado de la predicción y en potencia y la de Thompson (1981) que divide el control en: conductual, cognitivo, informacional y retrospectivo.

En el curso de las actividades diarias es más difícil saber cuál es el control real objetivo que se tiene sobre el entorno; sin embargo, se ha comprobado que las personas que perciben positivamente su capacidad para controlar su entorno afrontan mejor las situaciones de estrés laboral (Kobasa, 1985) y las enfermedades crónicas (Helgeson, 1992).

A pesar que la percepción de control no siempre coincide con las capacidades reales de control de las que dispone una persona, el control percibido, por sí mismo, puede llegar a tener unos efectos poderosos. Por ejemplo, cuando las personas creen tener control sobre el entorno, aunque no sea así en absoluto, esta ilusión de control protege al individuo de los posibles efectos negativos que podría provocarle una situación de estrés (Alloy & Abramson, 1988).

En relación a la adaptación de enfermos crónicos, el control percibido es bueno especialmente cuando la amenaza es moderada o grave, pero de dudosa utilidad ante pequeños disgustos o

contratiempos, puesto que en este caso la gente se dedicaría innecesariamente a controlar amenazas sin importancia. Helgeson (1992) no observó, entre los enfermos que estudió, el fenómeno de ilusión de control en términos absolutos sino que comprobó que el control percibido es beneficioso siempre y cuando no llegue a ser extremadamente mayor que el control que realmente se puede ejercer.

Parece ser que dentro del concepto de control percibido se puede distinguir empíricamente entre creencias generales sobre el mundo y uno mismo y expectativas específicas referidas a contextos concretos (Ferguson, Dodds, Ng, & Flannigan, 1994). El control percibido entendido como un conjunto de creencias generales coincide con el constructo denominado "*competencia personal*" por White (1959) o "*dominio*" por Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan (1981) y se podría definir como la percepción de la habilidad propia para interactuar eficazmente con el entorno. Por ejemplo, se ha demostrado que una percepción alta de este tipo modula eficazmente el proceso de adaptación a enfermedades crónicas como se expresa en las publicaciones de Wallston, (1992) y de Smith, Dobbins y Wallston (1991).

Las expectativas específicas estarían ligadas a la experiencia pasada del sujeto y, por consiguiente, al aprendizaje específico al contexto. Este tipo de expectativa ha sido denominada autoeficacia por Bandura (1992). Es decir, mientras que las expectativas de autoeficacia serían creencias concretas sobre la capacidad de uno mismo de ejecutar con éxito una tarea en una situación determinada, el control percibido sería una creencia generalizada más relacionada con uno mismo que con una situación concreta.

Las expectativas de autoeficacia predicen de forma precisa la conducta de las personas, en concreto las personas que crean que son capaces de realizar con éxito conductas que sirven para prevenir o

curar enfermedades, realizarán con mayor probabilidad estas conductas y, además, serán más persistentes y no se desanimarán con fracasos ocasionales (Bandura, 1992).

Aunque parece que la autoeficacia tiene un gran poder predictivo sobre las conductas relacionadas con la salud, las creencias generales pueden tener también un papel muy importante en el mantenimiento de la salud. Ferguson et al. (1994) ha señalado dos de las razones por las que las creencias generales, aunque poco específicas, pueden ser muy importantes: por una parte, las personas con mayores creencias generales acerca de su control pueden tener unas expectativas de autoeficacia altas antes que otras personas que carezcan de estas creencias, teniendo en cuenta que las condiciones objetivas fueran las mismas. Por otra parte, es muy posible que en situaciones de estrés, que generalmente se caracterizan por ser nuevas, extrañas, ambiguas o inciertas, las creencias generales jueguen un papel más importante que las expectativas de autoeficacia específicas; las cuales se refieren a situaciones pasadas ya conocidas y habituales.

Litt (1988) ha revisado de manera crítica la capacidad del concepto de control percibido y de la autoeficacia y expresa sus reparos para aceptar estos conceptos. Por una parte, respecto al concepto de control percibido, Litt contrapone todo el conjunto de variables disposicionales totalmente individuales que pueden influir en la preferencia por el control y en la forma de ejercerlo. Por otro lado, este autor defiende que las expectativas de autoeficacia predicen bien las conductas, pero no tanto los afectos o las percepciones, de tal manera que personas con autoeficacia alta pueden mostrar una conducta eficaz, pero a costa de percepciones y sentimientos negativos, proponiendo que estos conceptos pueden ser integrados en la teoría de la apreciación en dos etapas de Lazarus y Folkman (1984).

Sin perder de vista que la salud es un fenómeno complejo e interdependiente de factores biológicos, psicológicos y sociales, no hay duda que los estados emocionales influyen en el estado de salud sea cual fuera este. Las vías para poder prevenir los efectos nocivos del estrés que generan las enfermedades crónicas y para potenciar emociones positivas y hábitos saludables con éxito es intentar mejorar las percepciones de control, tanto cambiando las creencias generales, como por medio de la experiencia, enseñando a ejercer dicho control de manera realista.

Las situaciones de estrés, el sufrimiento, la infelicidad y la enfermedad no se podrán nunca suprimir de la vida humana; es más, posiblemente, son necesarias para que, precisamente, la vida sea humana. Desde un punto de vista psicológico, debería favorecerse la protección de las personas ante eventualidades, muchas veces difíciles de prever. Es este aspecto las creencias sobre el control personal y las expectativas optimistas de autoeficacia pueden ayudar, muy posiblemente, a esta tarea (Fernández & Edo, 1994).

### **7.3. Adherencia terapéutica**

En primer lugar hay que aclarar los diversos términos que se utilizan en esta dimensión. Cumplimiento es un término que refleja una obediencia pasiva: lo que significa que el paciente "*accepta*" la prescripción del médico. El cumplimiento terapéutico refleja más bien el comportamiento objetivo y dinámico del paciente. La adherencia terapéutica significa que el paciente colabora con el tratamiento propuesto por el médico, en función de sus preocupaciones. Se trata de un cumplimiento dentro de los términos de un proyecto terapéutico y la motivación del paciente en relación con las recomendaciones médicas. La adherencia terapéutica sólo puede obtenerse cuando el paciente ha

aceptado la existencia de la enfermedad y las particularidades los tratamientos propuestos (Lamouroux, Magnan, & Vervloet, 2005).

En las enfermedades crónicas existen factores conocidos de incumplimiento terapéutico. Estos factores están relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento y el médico.

*Factores relacionados con los pacientes* (Boutry, Matheron, & Bidat, 2001):

- La edad: por ejemplo, la adolescencia es un periodo difícil
- La no aceptación de la enfermedad: resistencia
- La incomprensión de la necesidad de un tratamiento: ¿por qué debo seguir con el tratamiento incluso cuando me siento bien?
- La falta de confianza en el médico, que a menudo conlleva cambios de médicos en búsqueda de segundas opiniones
- Las creencias y quejas relativas a la enfermedad: fatalidad, injusticia,...
- Las expectativas, dado que en el caso de las enfermedades crónicas el tratamiento implica no poder anunciar a un paciente su curación y esto dificulta la aceptación de la enfermedad y por tanto el tratamiento a largo plazo.

*Factores relacionados con la enfermedad:*

- El cumplimiento terapéutico disminuye a largo plazo
- En periodos o con patologías asintomáticas, el paciente se encuentra bien y tiende a no tomar el tratamiento.

*Factores relacionados con el tratamiento:*

- El miedo a las reacciones adversas causadas por los medicamentos
- Los regímenes terapéuticos complejos
- La rutina del tratamiento (cansancio)

- La administración varias veces al día.

*Factores relacionados con el médico:*

- La mala relación entre médico/paciente
- El médico no escucha o carece de empatía
- La duración corta de la consulta (falta de tiempo)

Los estudios sobre el incumplimiento terapéutico, señalan que entre un 58 y un 85% de los pacientes incumple el tratamiento. Este incumplimiento terapéutico provoca un aumento de la morbilidad y una disminución de la eficacia del tratamiento y como consecuencia una falta de control de la enfermedad (Márquez et al., 2006).

## **7.4. Demanda asistencial**

Uno de los problemas relacionados con la provisión de servicios para atender a los pacientes con enfermedad crónica, está constituido por la utilización de servicios sanitarios que realizan estos pacientes, con evidente impacto sobre los costes sanitarios.

La utilización de recursos sanitarios, especialmente por los pacientes con enfermedad crónica, constituye una preocupación para los gestores sanitarios, de manera más importante en sistemas de salud de financiación mayoritariamente pública como el español.

La reducción de las desigualdades en salud es uno de los objetivos fundamentales del programa Salud 21 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999). El concepto de desigualdad en salud alude a las diferencias en el estado de salud de los individuos, en el acceso y la utilización de los recursos y en las oportunidades en relación a dicho estado. El término equidad en salud introduce una

valoración de la justicia de esas desigualdades, sobre la base de que muchas de ellas podrían ser evitadas (Starfield, 2002).

La utilización de los servicios sanitarios no depende exclusivamente de las necesidades en salud, sino, también, de cómo los individuos perciben éstas necesidades y del funcionamiento del sistema sanitario (Navarro & Benach, 1996). Por otro lado, el modelo de sociedad y el momento del ciclo económico en que se encuentra el país, actúa como factor modulador, de forma que la salud parece haberse convertido en un bien de consumo (Grossman, 1972).

Clásicamente los factores que condicionan la utilización de servicios sanitarios se clasifican en:

- *Estado de salud*: la evidencia muestra que la utilización de los servicios de atención primaria está relacionada, principalmente, con el estado de salud del individuo, ya sea el autopercebido o el aproximado por indicadores más objetivos (enfermedades crónicas, accidentes, limitación de la actividad de la vida diaria, incapacidad temporal) (Vera-Hernández, 1999).
- *Sexo y edad*: otras características personales, como el sexo y la edad, también condicionan la utilización. De hecho, podrían actuar como moduladores de la necesidad de atención. Por otro lado, y hasta cierto punto, el sexo y la edad podrían ser consideradas proxies, es decir variables que pueden reflejar, de manera sustitutoria, el estado de salud, particularmente cuando éste no se ha controlado perfectamente. Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1995), en una muestra aleatoria de pacientes mayores de 14 años pertenecientes a un centro de salud de Andalucía (Zaidín-Sur), encuentran que las mujeres son más utilizadoras de los servicios de atención primaria que los varones, especialmente entre los 35 y los 75 años de edad. El sexo (mujeres) y la edad

(75-84 años) se asocian con una mayor probabilidad de utilización de los servicios de atención primaria (Mello, Sterans & Norton, 2002).

- *Variables familiares y culturales:* algunas variables familiares y/o culturales podrían explicar también parte de la variabilidad observada en la utilización de los servicios de atención primaria. Muñoz-Pérez, Mariscal, Rubio y Rey (2000) muestran que el hecho de pertenecer a una familia monoparental se relaciona con una mayor utilización de los servicios sanitarios. En un sentido parecido, Jiménez-Martín, Labeaga y Martínez-Granado (2002) encuentran una relación negativa entre el tamaño de la familia y la utilización de los servicios de atención primaria. Diversos trabajos resaltan que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos, en general, se deben a alteraciones de la función familiar, relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicológicos y sociales con el origen de las crisis y la disfunción familiar. Varela (2000), en un análisis de la prevalencia de la hiperfrecuentación, para lo que utiliza los datos registrados en un centro de salud de Sevilla, encuentra que un 64,8% de los hiperfrecuentadores presentaban disfunción familiar y un 46%, malestar psíquico.
  
- *Variables relacionadas con el profesional sanitario:* diversos estudios han encontrado que la utilización (sobre todo, la administrativa, y en especial, la programada) está muy influida por el profesional de salud, en concreto por variables como su edad, sexo, formación, motivación, especialidad y estilo de práctica (Armstrong, Glanville, Bailey & O'Keefe, 1990). Desde otro punto de vista, Álvarez (2001) argumenta que una mayor densidad de médicos por habitante favorece el acceso a sus servicios pero no influye en la frecuencia de las consultas que el

individuo decide. Mello et al. (2002), sin embargo, encuentra que una mayor densidad conlleva, de forma estadísticamente significativa, una menor probabilidad de utilización.

- *Variables socioeconómicas:* varios estudios han observado la relación entre factores socioeconómicos, como el bajo nivel de renta, un bajo nivel educativo o una mayor tasa de desempleo y el nivel de salud, expresado como una mayor mortalidad, morbilidad e incapacidad laboral como se ha reseñado por Borrell y Pasarín (2004) y por Deaton y Paxson (2001). Estos factores influyen, además, en la utilización de los recursos sanitarios públicos, ya que se asocian a una mayor tasa de consulta, de forma que la carga de trabajo del médico de familia podría predecirse en función de escalas de privación social. Estos aspectos han sido referidos por Ben-Shlomo (1992), Carr-Hill, Rice y Roland (1996), Scaife, Gill, Heywood y Neal (2000) y por Sundquist, Malmstrom, Johanson y Sundquist (2003).

Dentro de las enfermedades crónicas destacan aquellas relacionadas con la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo por su alta prevalencia y su reconocido impacto sobre la salud en términos de morbilidad y mortalidad.

## **8. LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

### **8.1. Conceptos generales**

La enfermedad cardiovascular tiene como sustrato anatómico la lesión aterosclerótica de los vasos sanguíneos, que da lugar a una alteración isquémica, manifestada, en función del territorio afectado, por la enfermedad isquémica del corazón por afectación de los vasos coronarios, el ictus isquémico cuando se afectan las arterias cerebrales o la enfermedad vascular periférica si están afectados los vasos periféricos. La elevada prevalencia y su carga mórbida en relación con la afectación de órganos diana como el corazón, cerebro, riñón, etc. y la importante proporción de mortalidad por causas que representan estas enfermedades, hace que pueda ser considerada como un problema de salud pública de primera magnitud (Beaglehole & Yach, 2003).

En el mundo, las enfermedades crónicas y, en primer lugar, las cardiovasculares, constituyen la primera causa de muerte. En el informe de la OMS (2004) sobre las principales causas de muerte en el mundo se recogen las doce primeras que se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1

*Causas de muerte en el mundo (OMS, 2004)*

<b>CAUSA</b>	<b>Nº de muertes en millones</b>	<b>% sobre el total de muertes</b>
<b>Cardiopatía isquémica</b>	7,2	12,2
<b>Enfermedad cerebrovascular</b>	5,7	9,7
<b>Infecciones de las vías respiratorias inferiores</b>	4,2	7,1
<b>EPOC</b>	3,0	5,1
<b>Enfermedades diarreicas</b>	2,2	3,7
<b>VIH/SIDA</b>	2,0	3,5
<b>Tuberculosis</b>	1,5	2,5
<b>Cáncer de tráquea o pulmón</b>	1,3	2,3
<b>Traumatismos por accidentes de tráfico</b>	1,3	2,2
<b>Prematuridad y bajo peso al nacer</b>	1,2	2,0
<b>Infecciones neonatales</b>	1,1	1,9
<b>Diabetes mellitus</b>	1,1	1,9

En esta tabla se observa con la afectación aterósclerótica en los territorios cardíaco y cerebral representa el 22% de la mortalidad mundial, apareciendo también otras enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la diabetes mellitus.

En relación con la morbilidad se observa en el informe de la OMS (2004) como, con la medida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), como las enfermedades crónicas también representan una importante carga de enfermedad, tal como aparece en la Tabla 2.

Tabla 2

*Morbilidad en el mundo (OMS, 2004)*

<b>CAUSA</b>	<b>AVAD</b>	<b>%</b>
<b>Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales</b>	610.319	41,0
<b>Enfermedades no transmisibles</b>	697.815	46,8
<b>Traumatismos</b>	181.991	12,2

<b>CAUSA</b>	<b>AVAD</b>	<b>%</b>
<b>Enfermedades no transmisibles</b>	697.815	46,8
<b>Enfermedades neuropsiquiátricas</b>	193.278	13,0
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	148.190	9,9
<b>Neoplasias malignas</b>	75.545	5,1
<b>Trastornos de los órganos sensoriales</b>	69.381	4,7
<b>Enfermedades respiratorias</b>	55.153	3,7
<b>Enfermedades digestivas</b>	46.476	3,1

En 2008, en España, estas enfermedades representaron el 32% de la mortalidad total (INE, 2010). Las enfermedades cardiovasculares son también, una importante causa de utilización de los servicios de salud. La Encuesta Nacional de Salud de 2006 (Ministerio de Sanidad, 2008), muestra cómo se han incrementando, con respecto a la de 2001, los problemas de salud crónicos en mayores de 16 años. Este incremento es especialmente notable en el caso de la hipertensión arterial (de 14,4% en 2001 a 20,7% en 2006), la hipercolesterolemia (de 10,9% a 16,1%), la diabetes (de 5,6% a 6,1%) y las enfermedades del corazón (de 5,2% a 8%). Esto permite la estimación de que entre 6 a 8 millones de españoles presentan un riesgo cardiovascular elevado.

En Andalucía la enfermedad cardiovascular, en 2007, presentó una tasa de mortalidad cardiovascular de 313/100.000 habitantes, mucho más elevada que la nacional que fue de 241/100.000 habitantes, destacando la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular que representan, en conjunto el 60% de la mortalidad cardiovascular (el 30% cada una). La tasa estandarizada de morbilidad por enfermedad cardiovascular fue en Andalucía de 1.231 por 100.000 habitantes (Sociedad Española de Cardiología, 2009).

En el informe de la Sociedad Española de Cardiología, de 2009, correspondiente a 2007, en Huelva la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes fue de 343,3, más alta incluso que la media andaluza, con una tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes por cardiopatía isquémica de 105,2 (117,9 en hombres y 92,6 en mujeres) y por enfermedad cerebrovascular de 92,4 (73,9 en hombres y 110,8 en mujeres). También fue más elevada la tasa estandarizada de morbilidad por 100.000 habitantes al ser de 1.522 lo que supuso en ese año 7.108 altas hospitalarias por enfermedad cardiovascular (Sociedad Española de Cardiología, 2009).

El riesgo cardiovascular puede ser definido como la probabilidad que tiene un sujeto dado, de sufrir una manifestación de la enfermedad aterosclerótica en un periodo de tiempo definido, habitualmente en los siguientes diez años a la medición de su riesgo individual. El riesgo cardiovascular viene dado por la acción multifactorial de los diferentes factores de riesgo conocidos y no conocidos. Los factores de riesgo cardiovascular son, por tanto, aquellas características relacionadas con el desarrollo de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (Choi, Bonita, & McQueen, 2001).

En este contexto, los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo de enfermedad cardiovascular son:

- La hipertensión arterial

- La dislipidemia
- La diabetes mellitas tipo 2
- El consumo de tabaco
- La edad (hombres mayores de 55 años, mujeres mayores de 65 años)

Junto a estos, existe una multitud de otros factores de riesgo cardiovascular con una influencia variable en el desarrollo de la enfermedad, tales como la microalbuminuria, la hipertrofia del ventrículo izquierdo, la obesidad, etc. (Yusuf et al., 2004).

La prevalencia de estos factores de riesgo en la población española se ha estudiado de manera amplia. A modo de resumen podemos tomar los datos de la revisión realizada por el grupo ERICE (Gabriel et al., 2008) que encuentra las prevalencias que se muestran en la Tabla 3:

Tabla 3

*Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (Estudio ERICE)*

<i>TABAQUISMO</i>	<i>&lt; 45 años</i>	<i>45-65 años</i>	<i>&gt; 65 años</i>	<i>Total</i>
Hombres	53,7% (51,7-55,7)	38,6% (36,8-40,5)	21,3% (19,9-22,7)	35,9% (34,9-36,9)
Mujeres	40,4 (38,5-42,3)	6,5 (5,7-7,4)	2,5 (2,1-3)	13 (12,4-13,7)
<b>OBESIDAD</b>				
Hombres	15,9 (14,4-17,4)	26,5 (24,8-28,2)	22,5 (21,1-23,9)	21,9 (21-22,8)
Mujeres	13,3 (12,1-14,7)	36,7 (35,1-38,4)	34,8 (33,4-36,1)	30,1 (29,3-31)
<b>DIABETES</b>				<b>Total</b>
Hombres	2,3 (1,7-3)	9,6 (8,5-10,8)	12,9 (11,8-14,1)	8,9 (8,3-9,5)
Mujeres	1,1 (0,8-1,6)	8,1 (7,2-9,1)	13,3 (12,4-14,3)	8,7 (8,2-9,3)
<b>HIPERCOLESTEROLEMIA (CT&gt;250mg/dl)</b>				
Hombres	14,1 (12,7-15,5)	24,3 (22,7-25,9)	18,7 (17,4-20)	19,2 (18,3-20)
Mujeres	6,1 (5,2-7)	24,6 (23,2-26,1)	26 (24,8-27,3)	20,7 (19,9-21,5)
<b>HIPERTENSIÓN</b>				
Hombres	22,5 (20,8-24,2)	49 (47-50,8)	66,4 (64,9-68)	48,5 (47,5-49,6)
Mujeres	10,3 (9,2-11,5)	50,3 (48,6-52)	74,1 (72,8-75,3)	51 (50,1-52)

Este estudio remarca la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población española, encontrando importantes diferencias regionales como las que se muestran en la Tabla 4:

Tabla 4

*Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular por áreas geográficas en España (estudio ERICE)*

<i>FACTOR</i>	<i>NORTE</i>	<i>MEDITE- RRÁNEO</i>	<i>CENTRO</i>	<i>SURESTE</i>
Tabaquismo	25,7 (21-30,4)	28,8 (27-30,6)	33,6 (31,6-35,6)	34,2 (32,4-36)
Obesidad	26,8 (23-30,5)	19,9 (18,7-21,2)	24,2 (22,9-25,6)	26,5 (25-28)
Diabetes	5,1 (3,8-6,5)	7,8 (7,1-8,5)	6 (5,4-6,6)	6,3 (5,5-7)
Hipercolesterolemia	17,8 (14,8-20,8)	20 (18,7-21,3)	17,1 (16-18,2)	12,7 (11,7-13,8)
Hipertensión	37,8 (34,0-41,5)	35,2 (33,6-36,7)	36,6 (34,8-37,8)	42 (40-44)

En Andalucía los datos más recientes son los proporcionados por el estudio DRECA 2 (Servicio Andaluz de Salud, 2008) que muestra la siguiente prevalencia de los principales factores de riesgo en población general de 21 a 75 años:

- Tabaquismo: 31,4%
- Obesidad: 29,4%
- Diabetes: 11,4%
- Dislipemia: 43,1%
- Hipertensión: 29,7%

En Huelva se ha publicado un estudio epidemiológico (Grupo Onuba, 1992) sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular que mostró los siguientes resultados:

- Hipercolesterolemia: 23,70%
- Tabaquismo: 37,07%
- Diabetes: 7,7%
- Hipertensión arterial: 25,26%

## **8.2. Factores psicológicos y enfermedad cardiovascular**

Desde los trabajos pioneros de Friedman y Rosenman (1959) que describían la asociación entre un patrón de conducta, que ellos nombraron como tipo A, y el riesgo de padecer cardiopatía coronaria, son múltiples y con resultados variados las investigaciones realizadas con el intento de relacionar los factores psicológicos y sociales con la enfermedad cardiovascular.

En la amplia revisión de Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999), se estudian los factores psicológicos y sociales siguientes: depresión, ansiedad, rasgos de personalidad (por ejemplo, la hostilidad), aislamiento social, y el estrés crónico y subagudo de la vida diaria. Se seguirá este esquema en este trabajo.

### **8.2.1. Depresión**

La depresión mayor se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo depresivo y una marcada disminución del interés en todas las actividades, que persiste durante al menos dos semanas y se

acompaña de al menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales: cambios en el apetito, trastornos del sueño, fatiga, alteración psicomotora o agitación, sentimientos de culpa o inutilidad, problemas de concentración y pensamientos suicidas.

La prevalencia en población general de la depresión mayor se sitúa en torno al 5%, sin embargo en los pacientes coronarios es tres veces mayor (Hans, Carney, Freedland, & Scala, 1996). Diversos estudios epidemiológicos relacionan los síntomas depresivos con la incidencia de enfermedad cardiovascular, estableciendo incluso un cierto gradiente entre intensidad de la depresión y aparición de eventos coronarios (Pratt et al., 1996).

Un aspecto particular de la depresión, la falta de esperanza, ha recibido particular atención. La desesperanza se ha relacionado con muerte súbita, tanto en estudios observacionales como en modelos animales (Bruhn, Parades, Adsett, & Wolf, 1974). Estudios epidemiológicos prospectivos también han señalado una relación entre los síntomas de la desesperación y el desarrollo de enfermedad coronaria (Anda et al., 1993).

Como mecanismo fisiopatológico explicativo de la relación entre depresión y enfermedad cardiovascular, además de estilos de vida poco cardiosaludables que son más frecuentes en los pacientes depresivos, se han invocado los mecanismos proaterógenicos relacionados con la elevación del cortisol y el deterioro de la función plaquetaria como aparece en los trabajos de Zigelstein, Bush y Fauerbach (1998) y de Blomhoff, Holven, Brosstad, Ose y Nenseter (2004).

### **8.2.2. Ansiedad**

Existen numerosos estudios que intentan relacionar la ansiedad con la aparición de enfermedad coronaria. En el seguimiento de los participantes en el estudio escocés de salud se observó como las

puntuaciones elevadas en la versión corta del cuestionario de Goldberg (GHQ) que evalúa dimensiones de ansiedad y depresión, se relacionaban con la presencia de factores de riesgo cardiovascular como el consumo de tabaco y de alcohol, el sedentarismo, hipertensión arterial y niveles elevados de proteína C reactiva y fibrinógeno (Hamer, Stamatakis, Kivimäki, Pascal, & Batty, 2008). En un estudio basado en la cohorte de Framingham, la ansiedad apareció como un factor de riesgo para la mortalidad total en hombres (riesgo relativo: 1,22; intervalo de confianza al 95% (IC95%): 1,08-1,38) y mujeres (riesgo relativo(RR): 1,27 IC95%: 1,05-1,55) y para la aparición de enfermedad coronaria (RR: 1,25 IC95%: 1,05-1,49) y fibrilación auricular en hombres (RR: 1,24 IC95%: 1,04-1,48) (Eaker, Sullivan, Kelley-Hayes, D'Agostino, & Benjamin, 2005).

El aumento de la estimulación simpática y el deterioro del control vagal se han sugerido como mecanismos fisiopatológicos que expliquen esta relación, a través de la generación de arritmias cardiacas (Watkins, Grossman, Krishnan, & Sherwood, 1998). En el metaanálisis de Roest, Elisabeth, Martens, De Jonge y Denollet (2010) que incluye 20 estudios con un total de 249.846 pacientes seguidos más de 10 años, se concluye que las personas ansiosas tienen un riesgo elevado de cardiopatía coronaria (RR: 1,26 IC95%: 1,15-1,38) y de muerte de origen cardiaco (RR: 1,48 IC95%: 1,14-1,92).

### **8.2.3. Personalidad**

Después de la identificación del tipo de patrón de conducta A por Friedman y Rosenman (1959), un síndrome caracterizado por la competitividad, la ira y hostilidad y el compromiso exagerado con el trabajo, muchos estudios han investigado si los patrones de personalidad pueden promover el desarrollo de enfermedad cardiovascular. El interés en el comportamiento de tipo A se aceleró después de que el *Western Collaborative Study Group*, que informó de que este patrón se asoció con un incremento del riesgo de enfermedad

coronaria y de infarto de miocardio recurrente en un seguimiento de 8,5 años (Rosenman et al., 1975).

Sin embargo estudios posteriores no confirmaron estos hallazgos, generando confusión sobre el papel de este tipo de personalidad (Shekelle, Gale, & Norusis, 1985). Incluso una evaluación a 20 años de los pacientes del *Western Collaborative Study* (Ragland & Brand, 1988) mostraron la falta de asociación de los patrones de personalidad tipo A (RR: 0,98 IC95%: 0,85-1,12). Se ha sugerido la falta de consistencia de es patrón de conducta tipo A o bien la existencia de factores de confusión, entre los que se ha destacado el apoyo social (Blumenthal et al., 1987). En la actualidad las investigaciones se centran en dilucidar que rasgos del patrón de personalidad tipo A están relacionados con la aparición de eventos coronarios, así como la influencia de factores de personalidad protectores como la fortaleza (*hardiness*) expresada en las dimensiones de compromiso, control y reto, estudiados por Kobasa, Maddi y Kahn (1982).

La hostilidad, un atributo importante del tipo de patrón de conducta A, ha recibido considerable atención como un potencial elemento "tóxico" en la construcción de esta personalidad. La hostilidad es un amplio constructo psicológico, que comprende las orientaciones negativas hacia las relaciones interpersonales, e incluye características tales como el enojo, el cinismo y la desconfianza. No existen estudios epidemiológicos a gran escala que evalúen el papel de la hostilidad entre los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Algunos pequeños estudios epidemiológicos en pacientes con enfermedad coronaria han sido positivos. Además, los estudios han mostrado que los pacientes con coronariopatía y con altos niveles de hostilidad tienen una mayor tasa de reestenosis tras angioplastia, una progresión más rápida de la aterosclerosis estudiada mediante ecografía carotídea y se manifiesta más isquemia durante las pruebas de estrés

que los demás pacientes coronarios (Everson et al., 1997). Sin embargo también existen trabajos como el de O'Malley, Jones, Feuerstein y Taylor (2000) que no encuentran relación entre la hostilidad, la depresión y las somatizaciones con la aterosclerosis reflejada como calcificación de las arterias coronarias. Los mecanismos fisiopatológicos que se han propuesto en este caso se relacionan con los estilos de vida poco saludables, la elevación del cortisol y las catecolaminas, así como deterioro del control vagal, la activación del sistema renina angiotensina aldosterona y alteraciones plaquetarias (Suarez, Kuhn, Schamberg, Williams, & Zimmermann, 1998).

#### **8.2.4. Aislamiento y falta de apoyo social**

Desde finales de 1970, una serie de estudios prospectivos de base comunitaria han examinado la influencia de los factores sociales en el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Los estudios iniciales se centraron en los aspectos cuantitativos de apoyo social, tales como la presencia de relaciones familiares, el número de amigos, y el grado de su participación en actividades de grupo y de organización. En definitiva centrados en la medición de lo que se ha llamado "red social". Dentro de este ámbito, algunos estudios evaluaron la influencia de la situación familiar (que viven solas, estado civil y/o ruptura matrimonial), y otros han evaluado los aspectos instrumentales de apoyo, tales como el acceso a los servicios comunitarios. Con el tiempo, sin embargo, la naturaleza cualitativa de un sistema de apoyo social (por ejemplo, la cantidad de apoyo emocional percibido) también ha sido cada vez más objeto de estudio.

Una red social relativamente pequeña se ha asociado con un aumento de tres veces en la incidencia de enfermedad coronaria en el tiempo (Berkman & Syme, 1979). Del mismo modo, los bajos niveles de percepción de apoyo emocional confieren un riesgo aún mayor para la aparición de eventos cardíacos (Blazer, 1982). El bajo apoyo social también se ha mostrado como un predictor de mal pronóstico en

pacientes con insuficiencia cardiaca (Pelle, Gidron, Szabó, & Denollet, 2008).

Por otra parte, la aculturación de forma independiente, puede influir en el desarrollo de enfermedad cardiovascular. En un estudio, 3.809 japoneses-americanos en California fueron clasificados según el grado en que se conserva una cultura tradicional japonesa. El grupo más tradicional de los japoneses-americanos tuvieron una prevalencia de enfermedad coronaria tan bajo como la observada en Japón, mientras que entre los que era mayor el cambio en el estilo de vida, existía una prevalencia cinco veces mayor de enfermedad (Marmot & Syme, 1976), aunque es evidente que estos resultados pueden estar en relación con la adquisición de hábitos de vida poco saludables, así como con el individualismo de este modelo de sociedad.

La relación matrimonial también se ha estudiado en relación con los eventos cardiacos, existiendo trabajos que muestran el efecto protector de las familias estables y el impacto negativo sobre la salud cardiaca de los conflictos familiares (Eaker et al., 2007).

Además de los factores sociales, el bajo nivel socioeconómico es un importante contribuyente a un mayor riesgo cardiaco en personas sanas y un contribuyente al mal pronóstico de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. El gradiente entre nivel socioeconómico y los eventos cardiacos se observa tanto si se mide por la educación, los ingresos o la ocupación. El bajo nivel socioeconómico se asocia con mayores niveles de riesgo cardiovascular (Adler et al., 1994).

### **8.2.5. Estrés crónico**

Parece clara la relación entre factores psicológicos y sociales y enfermedad cardiovascular y, aunque esta relación podría explicarse por la acción de factores alimentarios y estilos de vida poco

cardiosaludables, existe también alguna evidencia de que la exposición al estrés crónico podría ser un factor etiológico de interés. En trabajos experimentales con animales se ha observado que el estrés psicológico y social crónico podría llevar, a través de una estimulación del sistema nervioso simpático, a una exacerbación de la enfermedad coronaria, con disfunción endotelial transitoria, que puede llegar hasta la necrosis.

Se han referido distintos factores estresantes como cambios en la vida, estrés ocupacional y laboral, bajo control en la toma de decisiones, carencia de apoyo social y situaciones físicas como temperaturas extremas o niveles elevados de ruido. El problema es la dificultad de definir y cuantificar el estrés, que tienen un componente objetivo (naturaleza del factor estresante) y un componente subjetivo (forma en que es percibido).

Algunos trabajos han observado un incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria en situaciones emocionales agudas o como consecuencia de catástrofes naturales (Leor, Poole, & Kloner, 1996). Otros estudios han relacionado el estrés mental y la isquemia inducida por el mismo (Strike & Steptoe, 2003), así como que esta isquemia inducida por estrés era un predictor de muerte posterior, como se observa en el estudio PIMI (Sep et al., 2002).

También se ha observado una relación entre estrés psicológico e ictus. Dos estudios prospectivos han estudiado la relación entre la reactividad cardiovascular al estrés en hombres sin enfermedad (Everson et al., 2001) y la adaptación al estrés pacientes hipertensos (André-Petersson, Engström, Hagberg, Janzon, & Steen, 2001) y la incidencia de ictus. En el primero se observó que los sujetos más reactivos al estrés incrementaron su riesgo de ictus en un 72% con respecto a los sujetos menos reactivos y en el segundo estudio los hipertensos más reactivos tenían un riesgo de ictus tres veces mayor. En mujeres japonesas el estrés mental percibido se relacionó con un

incremento del riesgo de ictus (RR: 2,24; IC95%: 1,52-3,31), cardiopatía isquémica (RR: 2,28; IC95%: 1,17-4,43) y enfermedad cardiovascular global (RR: 1,64; IC95%: 1,25-2,16) (Iso et al., 2002).

El estrés laboral se ha evaluado como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (Kivimäki et al., 2006), existiendo recientes evidencias de que aumenta la incidencia de eventos cardiovasculares posteriores en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio previo (Aboa-Eboulé et al., 2007).

### **8.2.6. Agrupación de factores psicológicos y sociales**

Aunque, como hemos visto, los factores psicológicos y sociales considerados individualmente juegan un papel importante en el riesgo de enfermedad cardiovascular, es evidente que su presencia agrupada multiplica dicho riesgo como se ha observado en diversos estudios (Aboa-Eboulé et al., 2007; Bunker et al., 2003). Asimismo en la extensa revisión de Albus (2010), se hace hincapié en el papel de los factores psicológicos y sociales de riesgo como el bajo nivel socioeconómico, la falta de apoyo social, estrés en el trabajo y la vida familiar, depresión, ansiedad y hostilidad, en el incremento del riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria y el empeoramiento de la evolución clínica y el pronóstico de los pacientes con cardiopatía coronaria.

Estos factores pueden actuar como barreras a la adherencia al tratamiento y en los esfuerzos para mejorar el estilo de vida en pacientes y comunidades. Asimismo, se han identificado diferentes mecanismos de interacción entre factores psicológicos y biológicos involucrados en la patogénesis de la enfermedad cardiovascular.

### **8.3. Coste y utilización de recursos en la enfermedad cardiovascular**

La enfermedad cardiovascular, dada su elevada prevalencia y sus características de morbilidad y alta mortalidad da lugar a un elevado coste sanitario y no sanitario. La enfermedad cardiovascular tiene un costo estimado en la Unión Europea de 169.000.000.000 al año, correspondiendo a los costes sanitarios el 62% del total. Las pérdidas de productividad y cuidado informal representan el 21% y 17% de los gastos, respectivamente. Las enfermedades cardíacas representaron el 27% y las enfermedades cerebrovasculares el 20% de los costos generales de la enfermedad cardiovascular (Leal, Luengo-Fernández, Gray, Petersen, & Rayner, 2006).

En 2003 las enfermedades cardiovasculares supusieron en España un coste total de 6.997.000.000 de euros, de los que 4.016.000.000 correspondieron a gastos sanitarios, destacando el consumo de fármacos (1.570.000.000 de euros) (Villar, Banegas, Donado, & Rodríguez-Artalejo, 2003).

En el año 2000 se realizó en España un promedio de 1.825 coronariografías y 671 angioplastias por millón de habitantes. También se dieron 83.746 altas hospitalarias por motivos cardiológicos y se realizaron cerca de 900.000 consultas especializadas a pacientes cardiológicos. (Estébanez et al., 1986).

En el año 2009 en Andalucía fueron registradas 92.004 altas hospitalarias por enfermedad cardiovascular, un 56% en varones y un 48% correspondían a mujeres; en Huelva hubo 7.108 altas por enfermedad cardiovascular que suponen el 15,3% de todas las altas hospitalarias de la provincia. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron las más frecuentes suponiendo un 11,8% del total. El 47% de la población que acude al médico de atención primaria, tiene algún

problema de salud relacionado con patología cardiovascular (Sociedad Española de Cardiología, 2009).

Otros trabajos sobre la demanda asistencial por motivos de consulta en atención primaria en España muestran que las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de consulta en este ámbito representando entre el 12 y el 19% de las consultas, siendo la hipertensión arterial el motivo de consulta más frecuente, representando el 18,06% del total de motivos de consulta (Montaner et al., 1985).

#### **8.4. Control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular**

La enfermedad cardiovascular, como hemos visto, es responsable de una importante porción de la morbilidad y la mortalidad actual, constituyendo un problema de salud pública de primera magnitud. Existe un importante cuerpo de evidencia científica sobre la disminución de la morbimortalidad de esta patología, con un adecuado control de los factores de riesgo modificables (Gluckman et al., 2004; *American Heart Association* [AHA], 2004), sin embargo, en la práctica habitual, se observa que importantes porcentajes de pacientes no reciben las medidas de prevención adecuadas y/o no alcanza los objetivos terapéuticos considerados como de control (Olson, Bungar, & Tsuyuki, 2001).

En el caso de la hipertensión arterial, los objetivos terapéuticos podrían considerarse como adecuados los recomendados por las sociedades europeas (Mancia et al., 2007) y el Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2010):

- Población general mayor de 18 años: menos de 140/90 mmHg

En las cifras de lípidos, los objetivos terapéuticos establecidos por el Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular son los siguientes:

- Prevención secundaria (pacientes con enfermedad cardiovascular establecida): LDL menos de 100 mg/dl (considerar tratamiento farmacológico con LDL mayor a 130 mg/dl)
- Prevención primaria y riesgo cardiovascular alto: LDL menos de 130 mg/dl (considerar tratamiento farmacológico con LDL mayor a 160 mg/dl)
- Prevención primaria y riesgo cardiovascular moderado: LDL menos de 160 mg/dl (considerar tratamiento farmacológico con LDL mayor a 190 mg/dl)

Asimismo, este proceso asistencial recomienda como objetivo terapéutico en la diabetes una hemoglobina glicosilada inferior al 7%, aunque este objetivo puede ser más flexible en diabéticos de larga evolución o con daño orgánico como se infiere del estudio ACCORD (*The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, 2008*).

Existen numerosos estudios que evalúan el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en diversas poblaciones. Los más interesantes desarrollados en nuestro país son los siguientes:

- Estudio PREVENCAT (Álvarez-Sala et al., 2005): realizado en 2.649 pacientes con factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. Sus resultados fueron:
  - Control de tensión arterial: 40% (38,2-43,9)
  - Control de colesterolemia: 42,6% (40,5-44,7)
  - Control glucémico: 62,7% (60,8-64,5)
- Estudio PRESCAP (Llisterri et al., 2008): incluyó 10.520 hipertensos atendidos en atención primaria. El 41,4% (IC95%: 40,5-42,4) presentó un buen control de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD), el 46,5% (IC95%: 45,5-

47,4) sólo de PAS y el 67,1% (IC95%: 66,2-68,0) sólo de PAD. La diabetes, la enfermedad cardiovascular, el sedentarismo, el consumo elevado de alcohol y el horario de consulta fueron los factores más asociados al mal control de la HTA ( $p < 0,001$ ).

- Estudio HICAP (Márquez, De Rivas, Divison, Sobrevuela, & Luque, 2007): sobre 6.179 hipertensos en atención primaria. La hipertensión estaba controlada en el 39,3% (IC95%: 38,1-40,5) de la población general, y en el 10,5% (IC95%: 9,1-11,9) de los diabéticos; la diabetes mellitus en el 37,3% (IC95%: 35-38,7), y la dislipemia en el 18,8% (IC95%: 17,6-20), observándose que este control era más bajo en los pacientes con mayor riesgo cardiovascular.
  
- Estudio PRESCOT (Barrios et al., 2008): en 12.954 hipertensos atendidos en atención primaria. Se alcanzaron objetivos terapéuticos en un 37,5% de los pacientes con riesgo cardiovascular bajo, en un 30,2% de los de riesgo medio y en un 15,4% de los de riesgo alto. Los pacientes hipercolesterolémicos alcanzaron objetivos terapéuticos en un 65,6% de los pacientes con riesgo cardiovascular bajo, en un 28% de los de riesgo medio y en un 12,3% de los de riesgo alto.

Asimismo existen múltiples estudios que demuestran que la intervención terapéutica dirigida al control de los factores de riesgo cardiovascular da lugar a una reducción en la aparición de eventos cardiovasculares. Como paradigma de estos estudios podemos citar:

- Metaanálisis del *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaboration* (2008) que incluyó 31 estudios y 190.606 pacientes y que muestra que la reducción de 5 mmHg de tensión arterial sistólica da lugar a una reducción de alrededor del 10% del riesgo

cardiovascular, tanto en jóvenes como en mayores, aunque este efecto es más marcado en estos últimos.

- El *Heart Protection Study* (HPS) (*Heart Protection Study Collaborative Group*. MRC/BHF, 2002), que incluyó a 20.536 pacientes de alto riesgo vascular, demostrando que el tratamiento con una estatina, que consiguió una reducción del colesterol LDL de alrededor de 1 mmol/L, redujo la tasa de muerte coronaria e infarto no fatal (8,7% frente a 11,8%;  $p = 0,0001$ ), la tasa de ictus fatal y no fatal (4,3% frente a 5,7%;  $p < 0,0001$ ) y la tasa de revascularización (9,1% frente a 11,7%;  $p < 0,0001$ ). La tasa de eventos vasculares mayores de cualquier tipo se redujo de forma significativa en un 24% (19,8% frente a 25,2%;  $p < 0,0001$ ).
- El estudio STENO 2 (Gaede, Lund-Andersen, Parving, & Pedersen, 2008) en el que un abordaje multifactorial e intensivo de los factores de riesgo cardiovascular, con intervenciones sobre estilos de vida y farmacológicas en pacientes diabéticos tipo 2 dio lugar a una reducción de la muerte cardiaca (RR: 0,43, IC95%: 0,19-0,94;  $p = 0,04$ ) y de los eventos cardiovasculares (RR: 0,41, IC95%: 0,25-0,67;  $p < 0,001$ ).

Podemos concluir que aún queda mucho camino por recorrer para conseguir un adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular que permita un impacto mayor en el descenso de la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular.

## **8.5. Adherencia terapéutica en la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo**

La adherencia a las recomendaciones de cambio del estilo de vida y, de manera especial, a la toma de la medicación prescrita, constituye, en los pacientes con riesgo o enfermedad cardiovascular, un auténtico problema y un desafío para los profesionales de la salud.

Como señala Tudor (1999), existe la necesidad de reflexionar el porqué determinadas enfermedades muy prevalentes como la diabetes o la hipertensión no alcanzan un adecuado grado de control. Una de las respuestas a este hecho está en la falta de adherencia de los pacientes al tratamiento recomendado por su médico y, también, a los cambios que debe realizar en su estilo de vida.

La falta de adherencia es importante por su magnitud ya que puede estimarse en nuestro país en el caso de la hipertensión arterial que la magnitud del incumplimiento del tratamiento farmacológico se acerca al 40% de los pacientes (Márquez et al., 2006), cifra que puede elevarse al 60-70% cuando se trata de la adherencia a la modificación de estilos de vida no saludables (Gil & Merino, 1996). Asimismo el incumplimiento terapéutico se ha relacionado con la falta de control de la enfermedad de base, en concreto en el caso de la hipertensión arterial (Márquez et al., 2001).

También se ha estudiado como diversas intervenciones pueden mejorar la adherencia terapéutica (Roca, 2001), basadas en aspectos educativos y en simplificaciones del régimen terapéutico.

Se han señalado múltiples causas con factores relacionados con el cumplimiento terapéutico (De la Figuera, 2006). Sin embargo, no está bien definida la influencia de los factores cognitivos y conductuales en

la adherencia terapéutica, aunque existe alguna aproximación e este tema (Atienza-Martín, 2005).

# **ESTUDIO EMPÍRICO**

## **1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Como se ha visto, en la actualidad, las enfermedades crónicas representan un importante problema de salud pública, determinado por su elevada prevalencia, en relación con la mejora de la expectativa de vida lo que origina cambios demográficos de gran trascendencia, así como por el elevado coste que representan, tanto de tipo sanitario (atención sanitaria ambulatoria, hospitalizaciones, consumo de medicamentos y de técnicas diagnósticas y terapéuticas, etc.) como no sanitario (necesidad de cuidado formal o informal, impacto laboral, años de vida perdidos, etc.), sin olvidar el sufrimiento que originan a los pacientes y su impacto en la mortalidad.

Esto ha hecho que los profesionales y los gestores de la salud se planteen la necesidad de un abordaje específico de la enfermedad crónica, para realizar una utilización más eficiente de los recursos, en una sociedad afectada por una crisis económica global, que permita proporcionar a los pacientes las intervenciones sanitarias que necesitan con un coste sostenible. Es evidente que este abordaje debe ser multifactorial, teniendo en cuenta no sólo los aspectos biológicos de la enfermedad crónica, sino también los relacionados con los factores psicológicos y sociales.

Entre las enfermedades crónicas destacan las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo que son responsables de gran parte de la mortalidad, morbilidad y uso de recursos sanitarios y no sanitarios. Asimismo, se detecta que el control de los factores de riesgo dista mucho de ser el deseable, existiendo un gran cuerpo de evidencia científica que relaciona el control de los mismos con la disminución de

la aparición de complicaciones. Es, por tanto, de gran interés considerar los factores relacionados con el control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular para poder diseñar intervenciones efectivas para conseguir este objetivo de control.

Se ha estudiado la relación entre diversos factores psicológicos y sociales y la aparición o empeoramiento de la enfermedad cardiovascular; sin embargo, no está bien dilucidado si algunos factores de tipo cognitivo y conductual, como la percepción general de salud, los rasgos de personalidad, el tipo de afrontamiento del estrés, el apoyo social o la función familiar se relacionan con el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes con riesgo alto o moderado así como sobre la utilización de recursos sanitarios que realizan. Asimismo parece de interés intentar aclarar el papel de aspectos como el tipo de personalidad o las creencias, sobre la adherencia al tratamiento

Todo lo anterior justifica el emprender investigaciones que permitan estudiar la relación entre los factores cognitivos y conductuales de los pacientes con alto riesgo cardiovascular en relación con el control de los factores de riesgo que presentan, así como valorar su asociación con la demanda asistencial que realizan y con su nivel de adherencia al tratamiento.

## **2. OBJETIVOS**

La presente investigación se enmarca en los planteamientos propios de la Psicología de la Salud, concibiendo a la persona humana, en sus dimensiones de salud y enfermedad, como una unidad en la que interactúan y se interrelacionan factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta visión los objetivos planteados son:

### **2.1. Objetivos generales**

1. Determinar si existe relación entre las dimensiones tipo cognitivo, conductual, psicológico, social y familiar, de pacientes con alto riesgo cardiovascular, y el grado de control de su enfermedad
2. Evaluar la posible relación entre las dimensiones tipo cognitivo, conductual, psicológico, social y familiar, de pacientes con alto riesgo cardiovascular y la demanda asistencial que generan, en el ámbito de un centro de salud urbano
3. Analizar la existencia de influencias entre las dimensiones tipo cognitivo, conductual, psicológico, social y familiar, de pacientes con alto riesgo cardiovascular y la adherencia terapéutica de estos.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Describir las variables de estudio y los factores relacionados con ellas en la muestra de pacientes de alto riesgo cardiovascular de un centro de salud urbano, concretamente los rasgos de personalidad, el malestar psíquico, el estilo de afrontamiento del estrés crónico, el apoyo social percibido en sus dimensiones familiares y de entorno, las creencias sobre los medicamentos y la función familiar y sus alteraciones

2. Conocer la situación y los factores relacionados con ella, de la adherencia terapéutica, la demanda asistencial en visitas médicas y enfermeras y el grado de control de los resultados intermedios más relevantes como las cifras de tensión arterial y la hemoglobina glicosilada (en diabéticos) de los pacientes estudiados.
3. Analizar la asociación entre los rasgos de personalidad, el malestar psíquico percibido, el estilo de afrontamiento del estrés, el apoyo social percibido en sus dimensiones familiares y de entorno, las creencias sobre los medicamentos y las alteraciones de la función familiar de los pacientes de alto riesgo cardiovascular y el control de la tensión arterial y la hemoglobina glicosilada (en diabéticos), la demanda asistencial, en visitas médicas y enfermeras y la adherencia terapéutica.

### **2.3. Hipótesis**

La hipótesis general de este estudio, basada en la revisión de la literatura científica presentada en la primera parte es que diversos factores de índole psicológica, social y familiar, influyen en los pacientes con patologías crónicas, modificando diversos aspectos de las mismas.

Concretamente en este trabajo se plantean las siguientes hipótesis:

1. Si un paciente de alto riesgo cardiovascular presenta, de manera aislada o en cualquier combinación, elevada puntuación en neuroticismo, autovaloración negativa de la salud, alteración del estado de ánimo, afrontamiento pasivo o mala función familiar, entonces tendrá un mal control en su tensión arterial y/o HbA1c.
2. Si un paciente de alto riesgo cardiovascular presenta, de manera aislada o en cualquier combinación, elevada puntuación en

neuroticismo, autovaloración negativa de la salud, alteración del estado de ánimo, afrontamiento pasivo o mala función familiar, entonces se producirá una mayor demanda asistencial (mayor número de visitas al médico y/o enfermera de familia).

3. Si un paciente de alto riesgo cardiovascular presenta, de manera aislada o en cualquier combinación, alta puntuación en neuroticismo, autovaloración negativa de la salud, alteración del estado de ánimo, afrontamiento pasivo, mala función familiar y creencias negativas sobre el uso de medicamentos entonces resultará en una baja adherencia terapéutica.

## **3. MATERIAL**

### **3.1. Muestra**

La población a estudiar está constituida por los pacientes de alto riesgo cardiovascular (diabéticos, hipertensos, dislipémicos, etc) que han sufrido o no un evento cardiovascular y son atendidos en el centro de salud Adoratrices (Huelva). El riesgo vascular se estima en base a la ecuación de Framingham. La población total es de unas 3.750 personas.

La muestra final estudiada está compuesta por 211 individuos con las siguientes características:

#### *Edad y sexo*

La edad media fue de 65,17 años con un intervalo de confianza al 95% (IC 95%) de 63,95-66,39 años y un rango entre 39 y 89 años. La distribución por tramos de edad se muestra en la Tabla A1 del apéndice.

101 pacientes fueron varones, lo que supone el 47,9% (IC95%: 41,2-54,6) de los mismos; 110 fueron mujeres (52,1%; IC95%: 45,4-58,8).

La edad media por sexos fue de 65,71 años (IC95%: 64,12-67,31) en los varones y de 64,66 años (62,82-66,51) en las mujeres.

#### *Estado civil*

El 78,20 % (IC95%: 72,3-83,4) de los pacientes eran casados. La distribución de la muestra en función del estado civil se muestra en la tabla A2 del apéndice.

### *Nivel educativo*

El 66,35% de los individuos de la muestra tenían estudios primarios o no tenían estudios. En la tabla A3 del apéndice se muestra la distribución de la muestra en función del nivel educativo. El 10,9% de los pacientes varones tenían estudios universitarios y solo el 3,6% de las mujeres eran universitarias. Las características globales según sexo y nivel educativo pueden verse en la tabla A4 del apéndice

### *Consumo de fármacos*

El promedio de principios activos diferentes utilizados en los últimos doce meses fue de 10,64 (IC 95%: 9,88-11,40), con un rango entre 1 y 30 fármacos diferentes. La distribución por número de fármacos se muestra en la tabla A5.

El porcentaje de pacientes polimedicados, es decir aquellos que tomaban 6 o más fármacos fue del 83,4% (IC 95%: 77,93-87,98). Por sexos el porcentaje de polimedicados fue de 44,3% (IC95%: 37,1-51,7) en varones y de 55,7% (IC95%: 48,3-62,9) en mujeres.

### *Factores de riesgo susceptibles de control (hipertensión y diabetes mellitus)*

Los individuos de la muestra presentaron hipertensión arterial (HTA) en el 87,7% (IC95%: 82,7-91,6), diabetes mellitus (DM) en el 63,0% (IC95%: 56,4-69,4) y ambas patologías en el 50,7% (IC95%: 44,0-57,4).

En función del sexo los pacientes de la muestra se distribuyen según la presencia de los factores de riesgo estudiados como se muestra en la tabla A6.

La distribución de las cifras de tensión arterial (TA) en los pacientes hipertensos se puede observar en la tabla A7

La tensión arterial sistólica (TAS) media de los pacientes hipertensos fue de 139,01 mmHg (IC 95%: 136,5-141,5) y la tensión arterial diastólica (TAD) media de 79,52 mmHg (IC 95%: 77,9-81,1). La distribución por sexo se puede encontrar en la tabla A8 del apéndice.

Considerando controlados los hipertensos que presentaron cifras de TAS  $\leq$  140 mmHg y de TAD  $\leq$  90 mmHg el porcentaje de hipertensos controlados fue del 58,4% (IC 95%: 51,2-65,3), estando el 53,5% (IC95%: 42,9-63,8) de los varones controlados y el 62,6% (IC95%: 52,8-71,3) de las mujeres.

La hemoglobina glicosilada (HbA1c) media de los diabéticos fue de 6,94% (IC95%: 6,74-7,14) con unos resultados por sexo de 7,05% (IC95%: 6,79-7,30) en los varones y 6,80% (IC95%: 6,48-7,13) en las mujeres. La distribución de la HbA1c en la muestra se puede ver en la tabla A9.

Aunque en el estudio, dada la edad de la muestra se consideró controlados los pacientes con una HbA1c menor del 8 %, el porcentaje de pacientes diabéticos controlados por sexo y en diferentes puntos de corte se muestra en la tabla A10.

#### *Demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales)*

La demanda asistencial se estudió mediante el recuento de las visitas a la consulta médica y a la consulta enfermera, por cualquier motivo, en los doce meses anteriores a la revisión de la historia clínica. La distribución de las visitas médicas, enfermeras y totales por sexo y globales se muestran en la tabla A11.

Los promedios de visitas a la consulta médica fueron de 7,67 visitas/año (IC95%: 6,91-8,42) en toda la muestra, a la consulta enfermera de 5,42 (IC95%: 4,74-6,09) y las visitas totales tuvieron un

promedio de 12,95 (IC95%: 11,80-14,10). La distribución de los promedios de visitas por sexo, se pueden observar en la tabla A12.

Considerando hiperfrecuentador aquel paciente que realiza 12 o más visitas médicas y/o enfermeras en 12 meses la proporción de hiperfrecuentadores fue del 42,18% (IC95%: 35,64-48,93), siendo del 43,56% (IC95%: 34,14-53,35) en varones y del 40,91 (IC95%: 32,01-50,28) en las mujeres.

## 3.2. Instrumentos

*Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQ-R) y abreviado (EPQ-RS) (Eysenck, 1991):*

- Instrumento desarrollado por Eysenck y Eysenck (1985), con dos versiones, la completa (EPQ-R) y la abreviada (EPQ-RS). Esta última esta compuesta por los 48 primeros ítems (doce por cada escala) de los 83 de los que consta el cuestionario completo. Evalúa tres dimensiones básicas de la personalidad: *extraversión* (escala E), *emotividad* (escala de neuroticismo o N) y *dureza* (escala de psicoticismo o P). Adicionalmente, tiene una escala de *dismulo/conformidad* (escala L). Estas dimensiones pueden caracterizarse como:
  - Extraversión/Introversión: las personas extravertidas poseen las características de ser animados, sociables, activos, dominantes y buscadores de sensaciones, mientras que los introvertidos son reservados, discretos, poco atrevidos y socialmente inhibidos
  - Neuroticismo (o emotividad)/Estabilidad: Las personas emocionalmente inestables sufre prácticamente por todo, son ansiosas, tienen un humor tendente a la depresión, y una baja

autoestima, por el contrario las personas estables son relajadas y poco preocupadas

- Psicoticismo (o dureza)/Control de impulsos: Los duros de carácter son impulsivos, agresivos, egocéntricos, creativos y poco empáticos. Los de carácter más blando son altruistas, amables y empáticos
- Además se mide una escala diseñada para el disimulo o la deseabilidad social (disimulo), aunque en los ítems en los que no se espera beneficio, puede medir conformidad

En este estudio se ha empleado la versión abreviada; esto es, el EPQ-RS. La fiabilidad encontrada con esta adaptación y formato en otros trabajos es bastante aceptable, con cifras parecidas a las de la versión original inglesa. En varones ha oscilado desde 0,65 para P hasta 0,82 para N y, en mujeres, desde 0,67, en psicoticismo, hasta 0,82, igualmente, en neuroticismo.

Este cuestionario se ha utilizado en diversas poblaciones como cuidadores de pacientes con demencia y EPOC (Nordtug, Krokstad & Holen, 2010), en personas que acudían a programas de detección precoz de cáncer gástrico (Arai et al., 2009), en pacientes con colitis ulcerosa (Boye et al., 2008), con enfermos oncológicos (Sánchez et al., 2009) o de nefrológicos (Ponz et al., 2010), en relación con el control de diabéticos tipo 1 (Gordon et al., 1993) y la muerte de origen cardiovascular (Shiple, Weiss, Der, Taylor & Deary, 2001) y estudiando la relación entre el consumo de alcohol, la personalidad y la morbimortalidad cardiovascular (Murray, Barnes, & Ekuma, 2005).

#### *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)*

Este cuestionario es un instrumento de cribaje para la detección de trastornos psíquicos no psicóticos en población general. Consta de 28 preguntas con cuatro opciones de respuesta (Goldberg & Williams, 1988). Utilizamos la versión española adaptada por Lobo y Muñoz

(1996). Los 28 ítems son evaluados con un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 0 (mejor que lo habitual) hasta 3 (mucho peor que lo habitual). El sistema de puntuación consiste en otorgar valores de 0 y 1 a las categorías de respuesta (0 para las dos primeras y 1 para las otras dos). En la versión adaptada a la población española por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986) se recomienda un punto de corte 5/6 para la puntuación total de la escala. Por encima de estos valores estaríamos ante un probable caso psicopatológico.

Las dimensiones que se evalúan son:

- síntomas somáticos
- ansiedad e insomnio
- disfunción social
- depresión grave

Las puntuaciones más elevadas en cada dimensión y en la puntuación total implican un peor estado de salud entendida como un mayor malestar psíquico.

Presenta una alta fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,938 en la escala total y de 0,826 en la subescala de síntomas somáticos, 0,859 en la de ansiedad, 0,862 en la subescala de disfunción social y 0,834 en la de depresión. La validez se estudió mediante análisis factorial y se obtuvo una sensibilidad del 78,6% y una especificidad del 42,1% para un punto de corte 5/6 de la escala total (Pérez-Moreno, Lozano, & Rojas, 2010).

Este cuestionario se ha utilizado para la detección de alteraciones psicosociales en atención primaria de nuestro país (De la Revilla, De los Rios, & Luna, 2004), ancianos con vértigo (Olmos & Pérez-Jara, 2010), en pacientes de alto riesgo cardiometabólico (Kanauchi, Kubo, Kanauchi, & Saito, 2008) y en pacientes diabéticos, relacionando las

puntuaciones de una versión abreviada del cuestionario (GHQ-12) con los niveles de HbA1c y la mortalidad (Hamer et al., 2010).

### *Cuestionario de Afrontamiento COPE*

El cuestionario COPE intenta evaluar el afrontamiento multidimensional del estrés. Fue elaborado por Carver et al. (1989). En este estudio se utiliza la adaptación española de Crespo y Cruzado (1997).

Consta de 60 preguntas con cuatro posibles respuestas. Evalúa un grupo amplio de estrategias de afrontamiento. Mediante análisis factorial se obtienen 15 factores de primer orden y 6 de segundo orden. Los factores de primer orden son: búsqueda de apoyo social, apoyo en la religión, humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, aceptación, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación y evadirse.

Los factores de segundo orden se corresponden a cinco modos básicos de afrontamiento (afrontamiento conductual del problema, afrontamiento cognitivo del problema, escape cognitivo, afrontamiento de las emociones y escape conductual) más un sexto factor claramente diferenciado que es el consumo de alcohol o drogas (Crespo et al., 1997).

Las características psicométricas del COPE parecen adecuadas. La fiabilidad interna de todas sus escalas es adecuada (>0,50 para todas las escalas y >0,60 para todas a excepción de aceptación, negación y desahogo) (Carver, 1989). La adaptación de la versión original de 60 ítems (Carver et al., 1989) en población española, presentaba una buena consistencia interna (>0,60) para todas las escalas excepto dos

(actividades distractoras y evasión). Por otro lado, su fiabilidad test-retest para siete semanas presenta valores que oscilan entre 0,34 y 0,96 (Crespo et al., 1997).

Esta herramienta se ha utilizado para evaluar el afrontamiento del envejecimiento en mujeres (Krzemien, Urquijo, & Monchietti, 2004), en pacientes con insuficiencia cardiaca para evaluar la aparición de síntomas depresivos (Paukert, Lemaire, & Cully, 2009), en la evaluación de riesgo cardiometabólico asociado a la vida urbana (Malan, Malan, Wising, & Seedat, 2008) y en pacientes con insuficiencia cardiaca (Trivedi et al., 2009).

#### *Cuestionario de Apoyo Social SS-A*

Esta herramienta, desarrollada inicialmente por Vaux et al. (1986) contiene un total de 23 preguntas, que se agrupan en tres subescalas, en función de la procedencia del apoyo: familia, amigos y gente, en general. Tiene cuatro alternativas de respuesta, que van desde *muy de acuerdo* hasta *muy en desacuerdo*.

En el estudio se utiliza la versión española realizada por Andújar y Revuelta (2001) que muestra una validez aceptable en su análisis factorial y una buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,83).

Esta escala se ha utilizado en pacientes hiperfrecuentadores en atención primaria (Vidal et al., 2010) y en la valoración psicosocial de cuidadores formales (Torres, 2007)

#### *Cuestionario de Función Familiar APGAR FAMILIAR*

El Apgar Familiar (*Family APGAR Questionnaire*) consta de cinco ítems que recogen la percepción de disfunción familiar por el sujeto que contesta, mediante cinco variables relacionadas con el funcionamiento familiar. Hay datos que apoyan el uso del test de Apgar Familiar como

un instrumento fiable y útil para medir el nivel de satisfacción con la función familiar (Smilksteisn, 1978).

Mediante la categorización de 0 a 2 el sujeto da su percepción sobre cinco dimensiones del funcionamiento de su familia:

- Estar satisfecho de la ayuda recibida por la familia
- Estar satisfecho con la forma en que la familia discute y comparte
- Creer que la familia acepta y apoya sus deseos
- Sentir que la familia le quiere
- Estar satisfecho con el tiempo que la familia y el encuestado pasan juntos.

Se estima que existe una "disfunción grave" en una familia, cuando la suma total de la puntuación de las cinco variables puntúa entre 0 y 3, y de "disfunción leve" cuando es de 4 a 6, considerándose la percepción de la familia como funcional cuando la puntuación osciló entre 7 y 10.

Su validez y fiabilidad en atención primaria fue analizada por Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (1996), encontrando un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,84 y verificando su validez mediante análisis de grupos extremos por regresión logística múltiple.

Es un instrumento ampliamente utilizado en la atención familiar que se realiza en atención primaria de salud. Se ha estudiado en el embarazo en adolescentes (Rangel, Valerio, Patiño, & García, 2004), en pacientes con asma bronquial (Guzmán-Pantoja, 2008) o en el estudio de los factores psicológicos y sociales de la frecuentación de consultas (Bellón, Delgado, Luna & Lardelli, 2007). En la enfermedad cardiovascular se ha estudiado en relación con la calidad de vida de pacientes con enfermedad cardíaca congénita (Chen et al., 2011), en pacientes tras un infarto de miocardio (Clarke, Walker, & Cuddy, 1996) y tras cirugía coronaria (Steine, Laerum, Eritslund, & Arnesen, 1996).

### *Cuestionario de Opinión sobre los Medicamentos (BMQ)*

El Cuestionario de opinión sobre los medicamentos (*Beliefs about Medicines Questionnaire; BMQ*) fue desarrollado por Horne, Weinman y Hanhins (1999) para identificar como se organizan las opiniones personales sobre el tratamiento. Este cuestionario consta de dos escalas: una que evalúa creencias sobre la medicación en general (BMQ-general) y otra específica (BMQ-específico) para valorar las opiniones del paciente sobre su tratamiento específico.

Este cuestionario se ha utilizado en pacientes con tratamiento antidepresivo en atención primaria (Brown et al., 2005) y con artritis reumatoide (Neame & Hammond, 2005), relacionando las creencias sobre la medicación con la adherencia al tratamiento farmacológico.

En este estudio se utilizará la escala del BMQ-general en su versión española validada por Beléndez-Vázquez, Hernández-Mijares, Horne y Weinman (2007) en pacientes diabéticos e hipertensos y en jóvenes universitarios, que alcanzó una adecuada validez de constructo y una alta fiabilidad con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,7 y 0,8.

Esta escala consta de 8 items con respuesta en escala de tipo Likert de cinco opciones desde el totalmente en desacuerdo al totalmente de acuerdo, puntuando de 1 a 5. Las puntuaciones más elevadas se relacionan con la desconfianza hacia el tratamiento.

### *Cuestionario de Adherencia Terapéutica de Morisky-Green*

Este cuestionario de adherencia terapéutica autocomunicada se desarrolló por Morisky, Green y Levine (1986). En este estudio se utilizará la versión española de Val-Jiménez, Amorós, Martínez, Fernández y León (1992), que consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo

adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/No/No/ No.

Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos (Piñero et al., 1997; Shalansky, Levy, & Ignaszewski, 2004) y antirretrovirales para el SIDA (Corless et al., 2005; Pratt et al., 2001). En osteoporosis también algunos estudios lo han utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos para incrementar la adherencia al tratamiento (Turbi et al., 2004; Guílera, Fuentes, Grifols, Ferrer, & Badía, 2006). Este cuestionario tiene, en relación con el patrón oro de medida del cumplimiento que es el recuento de comprimidos una sensibilidad del 32%, una especificidad del 94%, un Valor Predictivo Positivo (VPP) del 91,6% y un Valor Predictivo Negativo (VPN) del 42% (García-Pérez et al., 2000).

### 3.3 Material informático

Para la tabulación de los datos y el análisis estadístico se ha utilizado el programa estadístico SPSS en su versión 15 para Windows que permite el análisis descriptivo básico, el análisis bivariante mediante  $t$  de Student,  $U$  de Mann-Whitney, Chi cuadrado y test exacto de Fisher, así como análisis de la varianza (ANOVA), correlaciones de Pearson y los modelos multivariantes mediante regresión lineal múltiple y logística binaria.

Para la generación de tablas de números aleatorios y el cálculo de intervalos de confianza de proporciones se ha utilizado el programa estadístico Open-Epi, en su versión *on-line*, disponible en la página web: <http://www.openepi.com/Menu/OpenEpiMenu.htm>.

Para el cálculo de la magnitud de efecto se ha utilizado el programa SPSS para el cálculo de la  $\phi$  de Cramer y la calculadora de la Universidad de Colorado para estimar la  $d$  de Cohen disponible en la página web: <http://www.uccs.edu/~lbecker/>.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Selección de la muestra**

Los pacientes son seleccionados de forma aleatoria de entre la población de estudio a través de un muestreo aleatorio (la selección se realizó a partir de una tabla de números aleatorios generada en el programa Open-Epi).

El tamaño de la muestra calculada en función de la prevalencia estimada del 10%, con una precisión del 10% y una confianza del 95% es de 139 pacientes, a los que añadimos un 10% más por posibles pérdidas, siendo el tamaño muestral total necesario de 153 pacientes

#### *Criterios de inclusión*

Se podían incluir todos los pacientes que presentaran, en el momento del estudio, registrada en su historia clínica la inclusión en uno de los procesos asistenciales integrados o programas de salud relacionados a continuación, o que presentaran en sus antecedentes alguno de los diagnósticos mencionados en estos criterios

- Pacientes con marcador de riesgo vascular del centro de salud.
- Proceso asistencial integrado de riesgo vascular
- Proceso asistencial integrado de diabetes
- Proceso asistencial integrado de insuficiencia cardiaca
- Programa de salud de atención a hipertensión arterial
- Programa de salud de atención a anticoagulados.
- Diagnóstico codificado de cardiopatía isquémica
- Diagnóstico codificado de enfermedad cerebrovascular
- Diagnóstico codificado de insuficiencia cardiaca

#### *Criterios de exclusión*

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que presentaran alguna de las siguientes características:

- Pacientes con deterioro cognitivo que les impida la realización de los cuestionarios del estudio
- Pacientes con otra comorbilidad que les impida la realización de los cuestionarios del estudio
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

## **4.2 Procedimiento de aplicación**

Para la aplicación de las pruebas se contactó personalmente con los sujetos seleccionados en la consulta médica o enfermera, previa comprobación de la existencia de una cita cercana en el tiempo, o telefónicamente. Tras este contacto se les citó para una entrevista específica en la que, tras la información y firma del consentimiento informado, se realizaban los cuestionarios presenciales y se les instruía para la cumplimentación de los autoadministrados que se recogieron en los días sucesivos. Asimismo se procedió, sin la presencia del paciente, a la revisión de su historia clínica digital para la obtención de los datos necesarios para el estudio.

## **4.3 Estudio estadístico**

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0., se creó una base de datos y se efectuó un análisis descriptivo e inferencial.

### *Estadística descriptiva*

Se realizó una estadística descriptiva de las variables utilizando medias, desviaciones estándar (*DT*) e intervalos de confianza de la media al 95 % (IC 95%) para las variables cuantitativas y proporciones con sus IC 95% para las variables cuantitativas.

Las variables de estudio fueron:

- Edad en años

- Sexo : Varón/Mujer
- Estado civil: Soltero/Casado/Viudo-separado-divorciado
- Nivel educativo: Sin estudios/Estudios primarios/Estudios secundarios/Formación profesional/Estudios universitarios
- Número de fármacos utilizados en los últimos 12 meses
- Grado de control de la enfermedad de base
  - o Hipertensión arterial: Tensión arterial sistólica menor de 140 mmHg y diastólica menor de 90 mmHG
  - o Diabetes: Hemoglobina glicosilada menor de 8%
- Demanda Asistencial
  - o Visitas a consulta médica en los 12 meses anteriores a la revisión de la historia clínica
  - o Visitas a consulta enfermera en los 12 meses anteriores a la revisión de la historia clínica
  - o Visitas totales a consulta médica y enfermera en los 12 meses anteriores a la revisión de la historia clínica
  - o Existencia de hiperfrecuentación si el número de visitas totales es igual o superior a 12 en los últimos 12 meses
- Personalidad del paciente: Medida por el cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-RS) en su versión abreviada en castellano que consta de 48 preguntas con respuesta si/no. Se medirán las subescalas de
  - o Extraversión/Introversión
  - o Neuroticismo/Estabilidad
  - o Psicoticismo/Control de impulsos
  - o Deseabilidad social
- Malestar psíquico: Medida por el cuestionario de Goldberg (GHQ-28), en su versión de 28 preguntas con cuatro respuestas posibles. Se medirán las dimensiones:
  - o Síntomas somáticos
  - o Ansiedad
  - o Disfunción social
  - o Depresión grave

- Presencia de problema psicosocial en la escala global
- Estilo de afrontamiento del estrés: Estudiado mediante el cuestionario COPE de 60 preguntas con cuatro posibles repuestas: nunca hago eso/normalmente hago eso/ normalmente hago eso en cantidad media de veces/ normalmente hago esto casi siempre. Se medirán los quince tipos de afrontamiento de primer orden.
- Apoyo social: Valorado por el cuestionario SS-A de 23 preguntas con cuatro posibles respuestas: muy de acuerdo/de acuerdo/en desacuerdo/muy en desacuerdo. Se medirá la puntuación total
- Función familiar: Evaluada con el cuestionario APGAR Familiar. Se medirá la puntuación total y la función familiar clasificada como
  - Función familiar normal
  - Disfunción leve
  - Disfunción grave
- Opinión sobre los medicamentos: Medida por el cuestionario BMQ de 8 preguntas con escala tipo Likert de 5 respuestas desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo
- Adherencia terapéutica valorada, mediante el cuestionario de Morisky-Green, como cumplidor o no cumplidor

### *Estadística inferencial*

- Análisis bivalente:
  - Para comparaciones entre variables cuantitativas y cualitativas se utilizó la comparación de medias mediante la prueba  $t$  de Student y el análisis de la varianza (ANOVA), con previa comprobación de las condiciones de aplicación mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Cuando no existía normalidad en la distribución de las variables se aplicó la prueba  $U$  de Mann-Whitney.
  - Para comparaciones entre variables cualitativas se usó el test de la Chi cuadrado, con previa comprobación de las

condiciones de aplicación. En caso contrario se aplicó el test exacto de Fisher.

- Las comparaciones entre variables cuantitativas se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson.
  - Para evaluar la magnitud del efecto en variables cuantitativas se ha utilizado la prueba  $d$  de Cohen
  - En la evaluación de la magnitud de efecto de las comparaciones de variables categóricas se ha usado la prueba  $\phi$  de Cramer y se ha calculado la odds ratio (OR)
- Análisis multivariante: Se desarrolló un análisis multivariante mediante regresión logística binaria por pasos, considerando como variables dependientes las variables consideradas como objetivos del estudio: control de la enfermedad de base e hiperfrecuentación, considerada como realizar doce o más visitas anuales al centro de salud. En el modelo se incluyeron todas las variables que presentaron una  $p < 0,20$  en el análisis bivariante.

#### **4.4 Aspectos éticos**

El proyecto ha sido revisado y aprobado por el comité de ética de la investigación de Huelva. Se ha informado a todos los pacientes seleccionados sobre los objetivos y procedimientos del estudio y se ha solicitado su consentimiento informado para realizar la entrevista y acceder a su historia clínica, por escrito. Este consentimiento podía ser revocado en cualquier momento.

Se informó a los pacientes sobre el manejo y custodia de la información.

Los datos para el análisis se disociaron de todos los datos que permitían la identificación de los pacientes y el acceso a la base de datos del estudio está restringido a los investigadores autorizados.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Resultados de los instrumentos utilizados

*Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-RS) (Eysenck, 1991):*

Las puntuaciones medias en las diferentes dimensiones del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ-RS) globalmente y por sexos se muestran en las tablas A13 y A14, siendo las más elevadas en las dimensiones de deseabilidad social (8,93; DS: 2,43) y extraversión (7,41; DS: 2,98)

*Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)*

El cuestionario de salud percibida de Goldberg en su versión de 28 ítems (GHQ-28), presentó una puntuación media, en su escala global de 7,87 (DS: 7,10; IC95%: 6,91-8,84). La puntuación media de sus cuatro dimensiones, globalmente y por sexo, se pueden apreciar en las tablas A15 y A 16 del apéndice.

El porcentaje de pacientes con cribado de problema psicológico y/o social, es decir con puntuaciones en la escala global de 6 o más fue del 53,08% (IC95%: 46,3-59,8), siendo del 49,51% (IC95%: 39,8-59,2) en los varones y del 56,36% (IC95%: 47,0-65,4) en las mujeres.

*Cuestionario de afrontamiento COPE*

Las puntuaciones medias en los diferentes estilos de afrontamiento del cuestionario COPE se muestran en la tabla A17, siendo el estilo de afrontamiento con puntuaciones más elevadas el *crecimiento personal* (media: 3,08; DS: 0,75; IC95%: 2,98-3,18). Las puntuaciones medias del cuestionario COPE en varones y mujeres aparecen en la tabla A18.

*Cuestionario de apoyo social SS-A*

La puntuación media del cuestionario de soporte social SS-A, de forma global fue de 71,52 (DS: 8,95; IC95%: 70,31-72,74), siendo de 71,09 (DS: 8,82; IC95%: 69,35-72,83) en varones y de 71,92 (DS: 9,02; IC95%: 70,20-73,64) en mujeres.

#### *Cuestionario de función familiar APGAR FAMILIAR*

El cuestionario de función familiar APGAR-Familiar presentó unas puntuaciones medias, globalmente de 8,69 (DS: 1,93; IC95%: 8,43-8,95) y de 8,97 (DS: 1,62; IC95%: 8,65-9,29) en los varones y de 8,44 (DS: 2,16; IC95%: 8,03-8,84) en las mujeres. La distribución de las alteraciones de la función familiar se muestra en la tabla A19.

#### *Cuestionario de opinión sobre los medicamentos (BMQ)*

Las puntuaciones medias de la escala global general del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ fueron de 21,40 (DS: 5,80; IC95%: 20,48-22,32); los varones presentaron un promedio de 20,69 (DS: 5,20; IC95%: 19,50-21,89) y las mujeres de 22,05 (DS: 6,27; IC95%: 20,66-24,44).

#### *Cuestionario de adherencia terapéutica de Morinski-Green*

La frecuencia de pacientes no cumplidores fue del 45,50% (IC95%: 38,9-52,3), de manera global y del 43,56% (IC95%: 34,1-53,4) en los varones y el 47,27% (IC95%: 38,1-56,6) en las mujeres.

## **5.2 Resultados en función del género**

#### *Análisis en función del género y la edad*

La edad media de los varones fue de 65,71 (IC95%: 64,12-67,31) y la de las mujeres 64,66 (IC95%: 62,82-66,51). Su comparación mediante la *t* de Student no arrojó diferencias significativas (*t*: -0,846; *p*: 0,396)

### *Relación entre estado civil según el género*

Las diferencias en el estado civil según el género se pueden apreciar en la Tabla 5, resultando estadísticamente significativas las diferencias entre la situación de casado/a y viudo/a y el género, siendo más frecuente la situación de casado en los varones y de viuda en las mujeres.

Tabla 5

### *Relación entre estado civil y género*

	<i>Varón (%; IC 95%)</i>	<i>Mujer (%; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Soltero</i>	4,95% (1,8-10,6)	7,27% (3,4-13,3)	0,483
<i>Casado</i>	86,14% (78,3%-91,9%)	70,91% (61,9-78,8)	<b>0,007</b>
<i>Viudo/Separado</i>	8,91% (4,4-15,7)	21,82% (14,9-30,3)	<b>0,009</b>

Al transformar la variable en dicotómica, agrupando los casados y los que viven solos (solteros, viudos o separados), se aprecian diferencias estadísticamente significativas, siendo más frecuentes las mujeres que viven solas (29,09%; IC95%: 21,2-38,1) frente a los varones (13,86%; IC95%: 8,1-21,7); asimismo se encuentra una mayor proporción de varones casados (86,14%; IC95%: 78,3-91,9) frente a las mujeres (70,91%; IC95%: 61,9-78,8) ( $\chi^2 = 7,164$ ;  $p = 0,007$ ;  $\phi : 0,184$ ).

### *Comparación entre nivel educativo y género*

Al analizar la relación entre nivel educativo y género, se observa una diferencia, con significación estadística entre los pacientes sin estudios, situación que es más frecuente en las mujeres (29,09%; IC95%: 21,2-38,1) que en los varones (6,93%; IC95%: 3,1-12,2) ( $p < 0,0001$ ), y entre los pacientes con estudios secundarios y universitarios, situación más frecuente en los varones. La distribución y diferencias por género y nivel educativo se puede observar en la Tabla A20.

Al convertir la variable nivel educativo en una variable dicotómica entre universitarios y no universitarios, se encuentra que los varones

son universitarios en una proporción del 10,89% (IC95%: 5,9-18,1) frente al 3,64% (IC95%: 1,8-8,5) de las mujeres aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

*Evaluación en función del número de fármacos utilizados, la polimedición y el género*

No hubo diferencias sinificativas por género en el promedio de fármacos (principios activos diferentes) utilizados en los doce meses anteriores a la revisión de la historia clínica de los pacientes del estudio utilizando las mujeres 11,33 (IC95%: 10,32-12,34) y 9,90 (IC95%: 8,76-11,04) los varones (p=0,064)

El porcentaje de polimedicados por género fue del 44,3% (IC95%: 37,1-51,7) en los varones y del 55,7% (IC95%: 48,3-62,9) en las mujeres ( $\chi^2 = 5,356$ ; p = 0,020;  $\phi : -0,159$ ).

*Relación entre el género y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

En la muestra del estudio la frecuencia de los factores de riesgo estudiados en los pacientes estudiados no presentó diferecias por sexo en el caso de la HTA, aunque si en la proporción de diabetes mellitus, que fue significativamente superior en los varones que presentaban diabetes en el 74,26% (IC95%: 65,1-82,1)de los casos mientras que en las mujeres la proporción de diabetes fue del 52,73% (IC95%: 43,4-61,9) ( $\chi^2 = 10,475$ ; p = 0,001;  $\phi : 0,223$ ).

Las cifras de presión arterial medias (última toma registrada en la historia clínica) de los pacientes hipertensos y el porcentaje medio de control en las tomas de TA registradas en los últimos doce meses anteriores a la revisión de la historia clínica de los pacientes hipertensos incluidos en el estudio, en función del sexo, no presentaron diferencias significativas; los resultados se aprecian en la Tabla A21 del apéndice.

El porcentaje de pacientes controlados, es decir con TAS < 140 mmHg y TAD < 90 mmHg, comparados por género no mostró diferencias significativas siendo del 52,48% (IC95%: 42,9-63,8) en varones y del 62,63% (IC95%: 52,8-71,7) en las mujeres (p = 0,209)

La cifra media de HbA1c (última analítica registrada en la historia clínica) de los pacientes diabéticos, por sexos, fue de 7,05 (IC95%: 6,8-7,3) en varones y de 6,80 (IC95%: 6,5-7,1) en mujeres (p = 0,236).

El porcentaje medio de control en los análisis de HbA1c registrados en los últimos doce meses anteriores a la revisión de la historia clínica de los pacientes diabéticos incluidos en el estudio, no mostró diferencias significativas en función del género (80,88% (IC95%: 72,1-89,7) para los varones y 86,20% (IC95%: 7,8-94,6) para las mujeres) (p = 0,368).

El porcentaje de pacientes controlados en función de las cifras de HbA1c (control: HbA1c < 8% y control estricto: HbA1c < 7%), tampoco obtuvo diferencias en relación con el género y sus resultados se muestran en la Tabla A22 del apéndice.

#### *Comparación de la demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales) por género*

El promedio de visitas según el género no presentó diferencias, estadísticamente significativas y sus resultados aparecen en la Tabla A23.

Considerando hiperfrecuentadores a los pacientes que realizaban 12 o más visitas totales en los doce meses anteriores a la revisión de su historia clínica, no se encontraron diferencias con significación estadística en el porcentaje de hiperfrecuentadores en relación con el género, presentandose un porcentaje de hiperfrecuentadores varones

del 43,56% (IC95%: 34,1-53,4) y de mujeres hiperfrecuentadoras del 40,91% (IC95%: 32,0-50,3) ( $p = 0,696$ ).

*Análisis de los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS según el género*

Las puntuaciones medias y sus diferencias en relación al género, de las cuatro dimensiones del cuestionario de personalidad EPQ-RS, se muestran en la Tabla 6, donde se aprecian unas puntuaciones significativamente más altas en las mujeres, de las escalas de neuroticismo, psicoticismo y deseabilidad social.

Tabla 6

*Resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS según el género*

	<i>Varón</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Mujer</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	7,73 (7,20-8,27)	7,12 (6,51-7,72)	0,135
<i>Neuroticismo</i>	4,87 (4,22-5,53)	6,44 (5,83-7,05)	<b>0,001</b>
<i>Psicoticismo</i>	3,55 (3,15-3,96)	4,23 (3,82-4,64)	<b>0,022</b>
<i>Deseabilidad social</i>	8,43 (7,91-8,94)	9,40 (8,99-9,81)	<b>0,003</b>

*Comparación de los resultados del cuestionario de salud general GHQ-28 según el género*

Las puntuaciones medias y sus diferencias en relación al género, de las cuatro dimensiones del cuestionario de salud general GHQ-28, así como de la escala global, no presentaron ninguna diferencia en relación al género y sus resultados están en la Tabla A24 del apéndice.

En relación a la frecuencia de problema psicológico y/o social, utilizando este instrumento como herramienta de cribado, con un punto de corte de 6, no se encontraron diferencias por género, presentándose en un porcentaje del 49,51% (IC95%: 39,8-59,2) en los varones y en el 56,36% (IC95%: 47,0-65,4) de las mujeres ( $p = 0,319$ ).

### *Evaluación de los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE según el género*

En la evaluación de las diferencias por género en las puntuaciones medias del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE, se observan unas puntuaciones significativamente más elevadas en las mujeres en los estilos de “*apoyo en la religión*” (varones: 2,52; IC95%: 2,3-2,7); (mujeres: 2,91; IC95%: 2,7-3,1;  $p = \mathbf{0,003}$ ), “*abandono del afrontamiento*” (varones: 1,78; IC95%: 1,7-1,9), (mujeres: 1,96; IC95%: 1,8-2,1;  $p = \mathbf{0,039}$ ) y “*centrarse en las emociones*” (varones: 2,17; IC95%: 2,0-2,3), (mujeres: 2,40; IC95%: 2,3-2,5;  $p = \mathbf{0,020}$ ), mientras que los varones muestran unas puntuaciones significativamente más elevadas en el estilo de afrontamiento “*humor*” (varones: 1,87; IC95%: 1,7-2,0), (mujeres: 1,62; IC95%: 1,5-1,7;  $p = \mathbf{0,017}$ ). Los resultados en todas las dimensiones se muestran en la Tabla A25.

### *Análisis de los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A por género*

Los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A según el género no se mostraron diferencias en relación al género. Los varones presentaron un promedio de 71,09 (IC95%: 69,4-72,8) y las mujeres de 71,92 (IC95%: 70,2-73,6) ( $p = 0,503$ ).

### *Comparación de los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar en varones y mujeres*

Las puntuaciones medias del cuestionario de función familiar APGAR-familiar fueron, significativamente, más elevadas en los varones (8,97; IC95%: 8,7-9,3) que en las mujeres (8,44; IC95%: 8,0-8,8) ( $t = -2,043$ ;  $p = \mathbf{0,042}$ ;  $d = -0,278$ ), aunque no se encontraron diferencias con significación estadística al comparar, por género, los diferentes grados de función familiar. Estos resultados se pueden ver en la Tabla A26 del apéndice.

### *Evaluación de los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ en función del género*

Las puntuaciones de los 8 ítems y la total del cuestionario BMQ de creencias sobre los medicamentos según el género no presentaron diferencias, salvo en la pregunta “*la mayoría de los medicamentos crean adicción*” que obtienen puntuaciones más elevadas (2,61 frente a 3,09;  $p = 0,026$ ), de manera significativa, en las mujeres. Esta comparación puede verse en la Tabla A27.

### *Estudio de los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green por género*

La relación entre la adherencia terapéutica y el género no mostró diferencias con significación estadística. El porcentaje de incumplidores varones fue del 43,56% (IC95%: 34,1-53,4) y el de mujeres del 47,27% (IC95%: 38,1-56,6) ( $p = 0,589$ ).

## **5.3 Resultados en función de la edad**

### *Relación entre estado civil y edad*

La edad media de los individuos estudiados, en cada grupo de estado civil, se muestran en la Tabla A28.

Al dicotomizar la variable “*estado civil*” en dos situaciones: vivir solo o estar casado, se aprecian diferencias significativas en la edad media, siendo esta superior en las personas que viven solas (69,33; IC95%: 66,2-72,5) frente a los casados (64,01; IC95%: 62,8-65,3)

### *Comparación de la edad según nivel educativo*

La edad media de los pacientes por nivel educativo se muestra en la Tabla A29.

Al realizar la transformación dicotómica de la variable “*nivel educativo*” en universitarios y no universitarios, se encuentra una edad media significativamente menor en los universitarios (60,64; IC95%: 58,2-63,1) frente a los no universitarios (66,36; IC95%: 65,0-67,7) ( $t=3,879$ ;  $p < \mathbf{0,0001}$ ;  $d = 0,679$ ).

*Evaluación con respecto a la edad y el número de fármacos utilizados y la polimedicación*

La correlación entre la edad y el número de fármacos utilizados en los doce meses anteriores a la revisión de la historia clínica de los pacientes incluidos en el estudio presentó un coeficiente de correlación de Pearson de 0,054 ( $p = 0,436$ ).

La edad media de los pacientes de la muestra en función del hecho de ser o no polimedicados no presentó diferencias con significación estadística siendo de 65,31 años (IC95%: 64,0-66,6) en los polimedicados y de 64,46 años (IC95%: 61,0-67,9) en los que no lo eran.

*Relación entre la edad y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

No existió correlación entre los resultados de las cifras de TAS y HbA1c y la edad y si apareció una correlación negativa entre TAD y edad ( $r = -0,254$ ;  $p < \mathbf{0,0001}$ ).

Los resultados de edad media en función del control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular estudiados no mostró diferencias significativas entre controlados y no controlados y se pueden consultar en la Tabla A30 del apéndice.

No se encontró correlación entre el porcentaje medio de control de los factores de riesgo cardiovascular en los últimos doce meses y la edad.

*Análisis de la demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales) según la edad*

La correlación entre la edad y la demanda asistencial se muestra en la tabla A31, donde se observa la correlación positiva entre edad y visitas enfermeras ( $r = 0,186$ ;  $p = \mathbf{0,007}$ ).

La edad media fue, significativamente, superior en los hiperfrecuentadores (66,94; IC95%: 65,0-68,9) frente a los que no lo eran (63,87; IC95%: 62,3-65,4), ( $p = \mathbf{0,014}$ ;  $d = -0,344$ )

*Comparación entre los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS y la edad*

Las correlaciones entre las puntuaciones medias de las subescalas del cuestionario de personalidad EPQ-RS y la edad se muestra en la Tabla A32, observándose una correlación negativa entre la dimensión “*extraversión*” y la edad ( $r = -0,141$ ;  $p = \mathbf{0,041}$ ) y una correlación positiva entre la dimensión “*psicoticismo*” y la edad ( $r = 0,221$ ;  $p = \mathbf{0,001}$ ), como queda representado en la Figura 7.

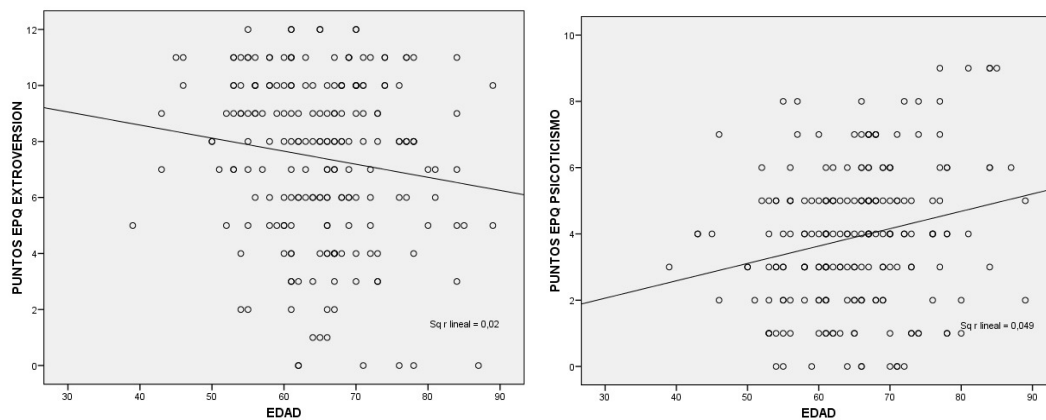


Figura 7. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables edad/dimensiones extraversión y psicoticismo del cuestionario EPQ-RS

### *Comparación entre los resultados del cuestionario de salud general GHQ-28 y la edad*

En la Tabla A33 del apéndice se pueden observar los resultados de la correlación entre las puntuaciones medias del cuestionario de salud general GHQ-28 y la edad, no apreciándose ninguna correlación significativa estadísticamente.

Los pacientes con cribado positivo para problema psicológico y/o social presentaron una edad media de 65,57 (IC95%: 63,8-67,3) que no tuvo diferencias significativas de los pacientes con un cribado negativo que fue de 64,71 (IC95%: 63,0-66,4);  $p = 0,487$ .

### *Evaluación de los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE en función de la edad*

La correlación entre las puntuaciones medias de los estilos de afrontamiento medidos por el cuestionario COPE y la edad, se muestran en la tabla A34, donde se observa una correlación positiva entre los estilos “apoyo en la religión” ( $r: 0,151$ ;  $p: \mathbf{0,029}$ ) y “abandono del afrontamiento” ( $r: 0,187$ ;  $p: \mathbf{0,006}$ ) y la edad.

### *Relación entre los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A y la edad*

La correlación entre la puntuación media del cuestionario de apoyo social SS-A y la edad no obtuvo significación estadística ( $r = 0,038$ ;  $p = 0,581$ )

### *Comparación entre los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar y la edad*

Al analizar la correlación entre la puntuación media del cuestionario de función familiar APGAR-familiar y la edad no se encontró diferencia con significación estadística ( $r = 0,012$ ;  $p = 0,866$ ) y

tampoco existió diferencia al comparar la edad media de los pacientes que tenían disfunción familiar que fue de 63,79 (IC95%: 59,9-67,6) años frente a los 65,34 (IC95%: 64,1-66,6) años de los que tenían una función familiar normal ( $p = 0,428$ ).

#### *Valoración de los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ según la edad*

Las correlaciones entre las puntuaciones medias de los diferentes ítems del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y la edad se muestran en la Tabla A35 del apéndice, donde se aprecia que no existió ninguna correlación con significación estadística.

#### *Comparación entre los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green y la edad*

La edad media de los pacientes cumplidores fue de 65,49 (IC 95%: 63,9-67,1) años y no mostró diferencias con la de los incumplidores que fue de 64,78 (62,9-66,7) años; ( $p = 0,571$ ).

## **5.4 Resultados en relación al estado civil**

La comparación entre sexo, edad y estado civil ya ha sido estudiada en apartados anteriores.

#### *Comparación entre el nivel educativo y el estado civil*

En la Tabla A36 del apéndice se refleja la proporción de pacientes en función de su nivel educativo y su estado civil.

Al dicotomizar la variable estado civil en vive solo (que agrupa a solteros, viudos y separados o divorciados) o casado, la proporción de universitarios de la categoría “vive solo” fue del 24,55% (IC95%: 18,5-31,5) frente al 11,36% (IC95%: 4,3-23,4) de los “casados” ( $p = 0,059$ ).

*Análisis de las relaciones entre el número de fármacos utilizados, la polimedicación y el estado civil*

El promedio de fármacos utilizados en los últimos doce meses fue de 10,85 (IC95%: 9,3-12,4) en los que viven solos y de 10,59 (IC95%: 9,7-11,5) en los casados (p: 0,781). El porcentaje de polimeditados entre los que viven solos fue del 82,61% (IC95%: 69,64-91,58) frente al 83,64% (IC95%: 77,40-88,70) de los casados. Estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

*Relación entre el estado civil y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

En este estudio no se han encontrado diferencias en las cifras medias de TAS, TAD y HbA1c en relación al estado civil, como se muestra en la Tabla A37.

En la relación entre el grado de control de la TA y la HbA1c, mostradas en la tabla A38 del apéndice, se hallaron diferencias significativas en el control moderado de la HbA1c, siendo del 87,76% (IC95%: 80,1-93,2) en los casados y del 70,83% (IC95%: 50,6-86,3) en los que viven solos ( $\chi^2 = 4,199$ ; p = 0,047;  $\phi = 0,186$ ).

No se encuentran diferencias en el porcentaje medio de control de las cifras de TA y HbA1c, registradas en los últimos doce meses, en relación con el estado civil, como se refleja en la Tabla A39.

*Análisis de los resultados de demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales) en función del estado civil*

Se observó una mayor utilización de visitas enfermeras en los pacientes que viven solos que tuvo un promedio de 6,72 (IC95%: 5,3-8,2) visitas, frente a las 5,05 (4,3-5,8) de los casados (p <0 **0,044**; d = 0,340). Los resultados totales se pueden ver en la Tabla A40.

En la prevalencia de hiperfrecuentadores no se observaron diferencias con significación estadística en relación con el estado civil siendo del 45,65% (IC95%: 31,7-60,1) en los que vivían solos y del 41,21% (IC95%: 33,9-48,8) entre los casados, ( $p = 0,590$ ).

*Comparación entre los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS y el estado civil*

Al estudiar la relación entre las puntuaciones medias de las subescalas del cuestionario de personalidad EPQ-RS y el estado civil, que se muestra en la Tabla 7, se observan unas puntuaciones significativamente más elevadas en las subescalas de neuroticismo y psicoticismo entre los que viven solos frente a los casados.

Tabla 7

*Relación entre el cuestionario de personalidad EPQ-RS y estado civil*

<i>Variable</i>	<i>Vive solo (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Casado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	6,72 (5,9-7,6)	7,61 (7,2-8,1)	0,074
<i>Neuroticismo</i>	7,04 (6,1-8,0)	5,31 (4,8-5,8)	<b>0,002</b>
<i>Psicoticismo</i>	4,76 (4,0-5,5)	3,67 (3,4-4,0)	<b>0,002</b>
<i>Deseabilidad social</i>	8,37 (7,6-9,1)	9,09 (8,7-9,5)	0,075

*Evaluación de los resultados del cuestionario de salud general GHQ-28 según el estado civil*

La comparación entre las puntuaciones del cuestionario GHQ-28 según el estado civil se muestra en la Tabla A41, donde se puede observar que aparecen unas puntuaciones significativamente más elevadas en la subescala de depresión grave entre los que viven solos que fueron de 1,41 (IC95%: 0,8-2,0) que en los casados que fueron de 0,64 (IC95%: 0,4-0,8), ( $p = \mathbf{0,014}$ ;  $d = 0,460$ ).

No se observaron diferencias en los pacientes con cribado positivo para problema psicológico y/o social en relación a su estado civil, siendo del 58,70% (IC95%: 44,1-72,2) para los que viven solos y del 51,52% (IC95%: 43,9-59,1) para los casados ( $p = 0,388$ ).

#### *Comparación entre los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y el estado civil*

La relación completa de las diferencias entre las puntuaciones del cuestionario COPE en relación con el estado civil se muestra en la Tabla A42, donde se observan unas puntuaciones significativamente más elevadas en los siguientes estilos de afrontamiento:

- abandono del afrontamiento: solos, 2,20 (IC95%: 2,0-2,4); casados, 1,79 (IC95%: 1,7-1,9); ( $p < \mathbf{0,0001}$ ;  $d = 0,637$ )
- centrarse en las emociones: solos, 2,51 (IC95%: 2,3-2,7); casados, 2,23 (IC95%: 2,1-2,3); ( $p = \mathbf{0,016}$ ;  $d = 0,391$ )
- aceptación: solos, 2,90 (IC95%: 2,7-3,1); casados, 2,63 (IC95%: 2,5-2,7); ( $p = \mathbf{0,030}$ ;  $d = 0,361$ )
- evadirse : solos, 2,43 (IC95%: 1,5-3,3); casados, 1,88 (IC95%: 1,8-2,0); ( $p = \mathbf{0,033}$ ;  $d = 0,245$ )

#### *Relación entre los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A y el estado civil*

Las puntuaciones medias del cuestionario de apoyo social SS-A en relación con el estado civil presentaron un promedio de 72,11 (IC95%: 69,1-75,2) para los que vivían solos y de 71,36 (IC95%: 70,0-72,7) para los casados, ( $p = 0,652$ ).

#### *Análisis de las diferencias entre los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar según el estado civil*

Las diferencias entre las puntuaciones medias del cuestionario de función familiar APGAR-familiar en función del estado civil alcanzaron significación estadística, siendo de 7,65 (IC95%: 6,9-8,4) en los que

vivían solos y de 8,98 (IC95%: 8,7-9,2) en los casados, ( $p = \mathbf{0,002}$ ;  $d = 0,611$ ).

El porcentaje de disfunción familiar fue, significativamente, más alto entre los que viven solos que fue del 21,74% (IC95%: 11,6-35,3) frente al 8,48% (IC95%: 4,9-13,5) de los casados ( $\chi^2 = 6,269$ ;  $p = \mathbf{0,012}$ ;  $\phi = -0,172$ ).

#### *Evaluación de los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ en función del estado civil*

No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ en función del estado civil. Los resultados de esta comparación pueden observarse en la Tabla A43 del apéndice.

#### *Relación entre los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green y el estado civil*

No se encontraron diferencias significativas, en función del estado civil al comparar la adherencia terapéutica autocomunicada entre pacientes que vivían solos que presentaron un porcentaje de cumplidores del 50,00% (IC95%: 35,8-64,2) y los casados cuyo porcentaje de cumplidores fue del 55,76% (IC95%: 48,1-63,2);  $p = 0,488$ .

## 5.5 Resultados en relación al nivel educativo

La comparación entre el nivel educativo, el sexo, la edad y el estado civil ya se ha analizado anteriormente.

### *Relación entre número de fármacos utilizados, polimedicación y el nivel educativo*

No se ha encontrado relación entre el promedio de fármacos y el nivel educativo dicotomizado entre universitarios (promedio: 9,48 fármacos; IC95%: 7,8-11,2) y no universitarios (promedio: 10,95 fármacos; IC95%: 10,1-11,8);  $p = 0,120$ .

Tampoco se ha encontrado relación entre la polimedicación y el nivel educativo existiendo un porcentaje de polimedificados entre los universitarios del 77,27% (IC95%: 63,2-87,8) y entre los no universitarios del 85,03% (IC95%: 79,0-89,9);  $p = 0,218$ .

### *Comparación entre el nivel educativo y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

La comparación entre las últimas cifras medias registradas en la historia clínica de TAS, TAD y HbA1c y el nivel educativo se muestra en la Tabla A44, observándose una diferencia con significación estadística en las cifras medias de TAD entre universitarios (promedio: 82,65 mmHg; IC95%: 77,7-87,7) y no universitarios (promedio: 78,00 mmHg; IC95%: 75,5-80,5);  $p = \mathbf{0,002}$ .

La relación entre control de TA y HbA1c y nivel educativo aparece en la Tabla A45 del apéndice, donde se observa que no existen diferencias significativas. Asimismo, no se encontraron diferencias en el promedio de control de TA y HbA1c en relación al nivel educativo, como se muestra en la Tabla A46.

*Análisis de la demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales) según el nivel educativo*

La comparación entre demanda asistencial medida en visitas médicas y enfermeras y el nivel educativo mostró una diferencia significativa en la demanda de visitas enfermeras y totales entre universitarios y no universitarios, siendo los no universitarios más utilizadores de los servicios de salud de atención primaria que los universitarios como se puede observar en la Tabla 8.

Tabla 8

*Relación entre demanda asistencial y nivel educativo*

	Universitario ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	No universitario ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
Visitas médicas	6,66 (4,9-8,4)	7,93 (7,1-8,8)	0,177
Visitas enfermeras	2,57 (1,7-3,5)	6,67 (5,4-7,0)	<b>&lt;0,0001</b>
Visitas totales	9,23 (6,9-11,6)	13,93 (12,6-15,2)	<b>0,001</b>

De igual manera se observa una diferencia significativa en la proporción de hiperfrecuentadores en relación al nivel educativo, presentando los universitarios un porcentaje del 25,00% (IC95%: 13,9-39,3) frente al 46,71% (IC95%: 39,2-54,3) de los no universitarios, ( $\chi^2 = 6,728$ ;  $p = \mathbf{0,012}$ ;  $\phi = -0,179$ ).

*Comparación entre los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS y el nivel educativo*

El análisis de los resultados del cuestionario EPQ-RS en relación con el nivel educativo no mostró diferencias significativas, salvo en la dimensión de extraversión (universitarios: promedio: 8,41; IC95%: 7,6-9,2; no universitarios: 7,15; IC95%: 6,7-7,6;  $p = \mathbf{0,012}$ ;  $d = -0,450$ ). Los resultados completos aparecen en la Tabla A47.

### *Relación entre los resultados del cuestionario de salud general GHQ-28 y el nivel educativo*

La relación entre el cuestionario GHQ-28 y el nivel educativo se muestra en la Tabla A48, no hallándose diferencias significativas entre universitarios y no universitarios en la escala global ni en ninguna de las subescalas de este cuestionario.

Si se ha encontrado una proporción, significativamente más alta, de cribado positivo de problema psicológico y/o social entre los no universitarios (56,89%; IC95%: 49,3-64,3) en comparación con los universitarios (38,64%; IC95%: 25,2-53,5), ( $\chi^2 = 4,657$ ;  $p = \mathbf{0,031}$ ;  $\phi = -0,149$ ).

### *Evaluación de los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE en función del nivel educativo*

La relación entre el cuestionario COPE y el nivel educativo se muestra en la Tabla A49, donde solo se encontraron diferencias en el estilo de “abandono del afrontamiento” entre universitarios (promedio: 1,65; IC95%: 1,5-1,8) y no universitarios (promedio: 1,93; IC95%: 1,8-2,0); ( $p = \mathbf{0,011}$ ;  $d = 0,460$ ).

### *Comparación entre los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A y el nivel educativo*

La comparación entre los resultados del cuestionario SS-A y el nivel educativo no presentó diferencia significativa, siendo de 72,18 (IC95%: 69,1-75,3) en los universitarios y de 71,35 (IC95%: 70,0-72,7) en los no universitarios, ( $p = 0,583$ ).

### *Estudio de las diferencias entre los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar según el nivel educativo*

La comparación entre el cuestionario APGAR-familiar y el nivel educativo no presentó diferencias significativas al ser de 8,91 (IC95%: 8,5-9,3) en los universitarios y de 8,63 (IC95%: 8,3-9,0) en los no

universitarios, ( $p = 0,404$ ). Tampoco se encontraron diferencias en la proporción de pacientes con disfunción familiar en relación a su nivel educativo (universitarios: 9,09%; IC95%: 3,0-20,5; no universitarios: 11,98%; IC95%: 7,7-17,6;  $p = 0,592$ ).

#### *Relación entre los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y el nivel educativo*

La comparación entre las puntuaciones del cuestionario BMQ y el nivel educativo se muestra en la Tabla A50, donde se aprecia la inexistencia de diferencias con significación estadística.

#### *Comparación entre los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green y el nivel educativo*

Se ha encontrado relación entre adherencia terapéutica y nivel educativo, observándose un porcentaje, significativamente más alto, de pacientes cumplidores con el tratamiento entre los universitarios (68,18%; IC95%: 53,4-80,6) que entre los no universitarios (50,90%; IC95%: 43,3-58,4), ( $\chi^2 = 4,195$ ;  $p = \mathbf{0,041}$ ;  $\phi = -0,141$ ).

## **5.6 Resultados en relación al número de fármacos utilizados y la polimedicación**

La relación de estas variables con el sexo, la edad, el estado civil y el nivel educativo ya ha sido abordada en apartados anteriores.

#### *Relación entre fármacos utilizados y polimedicación y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

El análisis de la correlación entre cifras de TA y HbA1c y número de fármacos utilizados en los últimos 12 meses encontró una correlación negativa con significación estadística entre la TAD y el

número de fármacos ( $r = -0,196$ ;  $p = \mathbf{0,005}$ ). Los resultados completos se pueden ver en la Tabla A51.

La relación entre cifras de TA y HbA1c y polimedicación se muestra en la Tabla 9, hallándose una diferencia, estadísticamente significativa, entre los polimedcados y los no polimedcados en las cifras de TA, siendo superiores en los no polimedcados.

Tabla 9

*Relación entre cifras de TAS, TAD y HbA1c y polimedicación*

	<i>Polimedicado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No polimedicado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>TAS</i>	136,71 (134,1-139,3)	145,51 (139,3-151,8)	<b>0,007</b>	<b>0,496</b>
<i>TAD</i>	78,05 (76,3-79,8)	82,57 (78,9-8,23)	<b>0,030</b>	<b>0,413</b>
<i>HbA1c</i>	6,88 (6,7-7,1)	7,38 (6,6-8,1)	0,089	

Al analizar la relación entre control de TA y HbA1c y número de fármacos no se encuentra ninguna diferencia significativa como se ve en la Tabla A52.

Tampoco, se ha encontrado correlación entre el número de fármacos y el porcentaje de control en los últimos 12 meses, ni diferencias significativas entre este porcentaje de control y el hecho de ser polimedcado o no, como se ve en la Tabla A53.

*Comparación entre demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales) y fármacos utilizados y polimedicación*

Existió una clara correlación entre el número de visitas médicas, enfermeras y totales de los últimos 12 meses, con el número de

fármacos utilizados por los pacientes del estudio, como se observa en la Tabla 10 y se muestra gráficamente en la Figura 8.

Tabla 10

*Correlación entre demanda asistencial y número de fármacos*

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	0,468	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Visitas enfermeras</i>	0,242	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Visitas totales</i>	0,435	<b>&lt;0,0001</b>

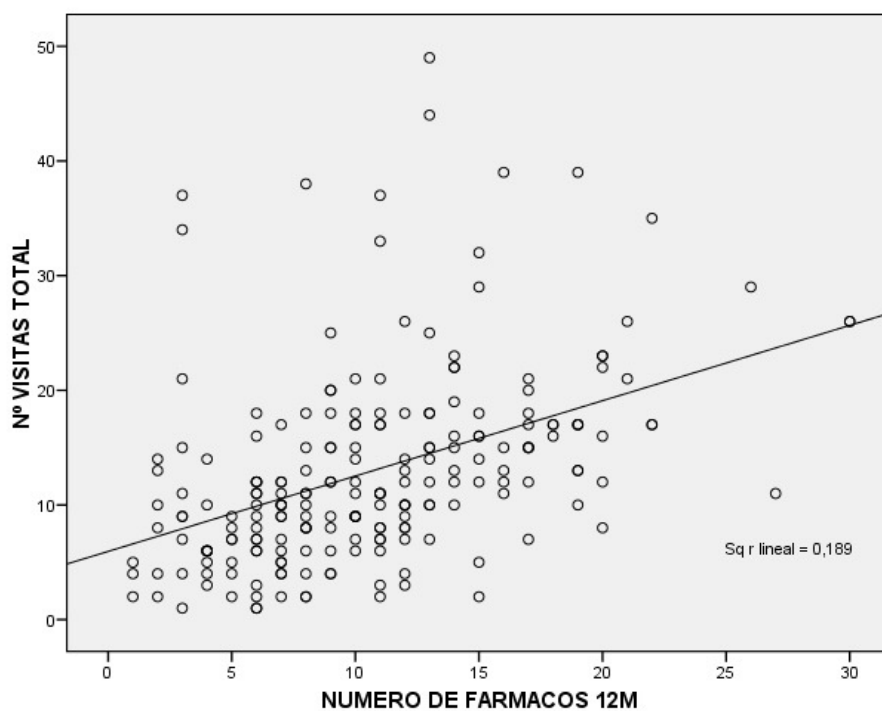


Figura 8. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables número de fármacos/número de visitas totales

También fue significativa la diferencia del promedio de fármacos utilizados en los últimos 12 meses entre hiperfrecuentadores (13,55; IC95%: 12,3-14,8) y normofrecuentadores (8,52; IC95%: 7,7-9,3), ( $p < \mathbf{0,0001}$ ;  $d = -0,980$ ) así como el promedio de visitas médicas, enfermeras y totales y la polimedicación como se aprecia en la Tabla 11.

Tabla 11

*Relación entre demanda asistencial y polimedicación*

	<i>Polimedicado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No polimedicado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Visitas médicas</i>	8,1 (7,3-8,9)	5,51 (3,5-7,6)	<b>0,012</b>	-0,454
<i>Visitas enfermeras</i>	5,82 (5,1-6,6)	3,40 (2,0-4,8)	<b>0,008</b>	-0,533
<i>Visitas totales</i>	13,75 (12,5-15,0)	8,91 (6,2-11,6)	<b>0,002</b>	-0,595

El estudio de la relación entre polimedicación e hiperfrecuentación mostró que los polimedicados presentaban un porcentaje de hiperfrecuentadores del 46,59% (IC95%: 39,3-54,0) frente al 20,00% (IC95%: 9,2-35,6) de los no polimedicados, ( $\chi^2 = 8,464$ ;  $p = \mathbf{0,004}$ ;  $\phi = -0,200$ ).

*Relación entre los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS y fármacos utilizados y polimedicación*

No se observó correlación entre el número de fármacos y las puntuaciones del cuestionario EPQ-RS, como se ve en la Tabla A54. Tampoco se observaron diferencias significativas en las puntuaciones del cuestionario EPQ-RS entre polimedicados y no polimedicados como se muestra en la Tabla A55.

*Análisis de las diferencias entre los resultados del cuestionario de salud general GHQ-28 y los fármacos utilizados y la polimedicación*

Se observó una correlación positiva entre la escala global del cuestionario GHQ-28 y el número de fármacos, así como en las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y disfunción social, pero no en la subescala de depresión grave, como se muestra en

la Tabla 12. En la Figura 9 se muestra gráficamente esta correlación entre la escala global del GHQ-28 y el número de fármacos.

Tabla 12

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario GHQ-28 y número de fármacos*

Variable	Correlación de Pearson	p
Síntomas somáticos	0,375	<0,0001
Ansiedad	0,307	<0,0001
Disfunción social	0,235	0,001
Depresión grave	0,067	0,335
Escala global	0,321	<0,0001

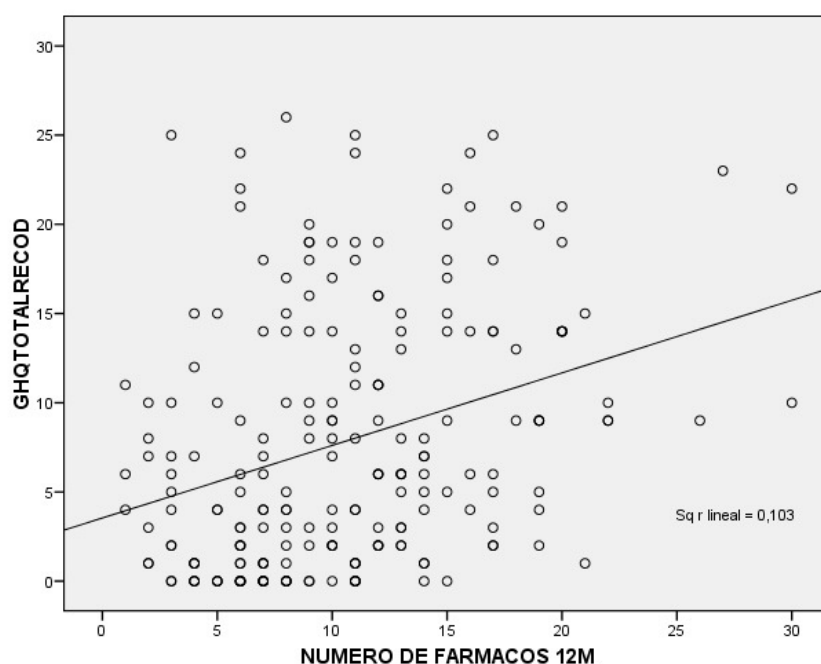


Figura 9. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables número de fármacos/escala global del cuestionario GHQ-28

Existió una relación, estadísticamente significativa, entre el promedio de fármacos y el cribado positivo de problema psicológico y/o social, siendo de 12,21 (IC95%: 11,1-13,3) entre los que tenían cribado positivo y de 8,88 (IC95%: 8,0-9,8) entre los que no, ( $p < 0,0001$ ;  $d = 0,627$ ).

Al analizar la relación entre la polimedicación y las puntuaciones de las escalas del GHQ-28 aparecieron diferencias con significación estadística en la escala global y las subescalas de síntomas somáticos y disfunción social como se aprecia en la Tabla 13.

Tabla 13

*Relación entre cuestionario GHQ-28 y polimedicación*

	<i>Polimedicado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No polimedicado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	2,66 (2,3-3,0)	1,17 (0,6-1,8)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>-0,730</b>
<i>Ansiedad</i>	2,70 (2,3-3,1)	2,09 (1,4-2,8)	0,109	
<i>Disfunción social</i>	2,20 (1,8-2,6)	1,31 (0,6-2,0)	<b>0,023</b>	<b>-0,400</b>
<i>Depresión grave</i>	0,84 (0,6-1,1)	0,63 (0,1-1,1)	0,453	
<i>Escala global</i>	8,40 (7,3-9,5)	5,20 (3,3-7,1)	<b>0,005</b>	<b>-0,492</b>

El porcentaje de pacientes con cribado positivo de problema psicológico y/o social no alcanzó diferencias significativas en función del hecho de ser polimedicado (87,50%; IC95%: 80,4-92,7) o no (78,79%; IC95%: 69,9-86,0), ( $p = 0,090$ ).

*Relación entre los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y fármacos utilizados y polimedicación*

Existió correlación positiva entre el número de fármacos y el estilo de afrontamiento “realización de actividades distractoras” ( $r = 0,258$ ;  $p < 0,0001$ ) y negativa con el estilo “refrenar el afrontamiento” ( $r = -0,195$ ;  $p = 0,005$ ). Los resultados completos de las correlaciones pueden verse en la Tabla A56.

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los diferentes estilos de afrontamiento entre polimedicados y no polimedicados. Estos resultados se reflejan en la Tabla A57.

*Evaluación de las diferencias entre los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A y fármacos utilizados y polimedicación*

No existió correlación entre puntuaciones del cuestionario SS-A y el número de fármacos ( $r = 0,056$ ;  $p = 0,420$ ). Tampoco el promedio de puntuaciones del cuestionario SS-A presentó diferencias entre polimedicados (71,69; IC95%: 70,5-72,9) y no polimedicados (70,66; IC95%: 66,6-74,7);  $p = 0,620$ .

*Análisis de los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-familiar en función de los fármacos utilizados y la polimedicación*

No se encontró correlación entre las puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar y el número de fármacos ( $r = 0,023$ ;  $p = 0,742$ ), ni entre el promedio de fármacos utilizados por los pacientes con disfunción familiar (8,67 fármacos; IC95%: 6,4-11,0) o sin ella (10,9 fármacos; IC95%: 10,1-11,7);  $p = 0,066$ .

Tampoco hubo diferencias en el promedio de puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar entre los polimedicados (8,77; IC95%: 8,5-9,0) y los no polimedicados (8,29; IC95%: 7,5-9,1), ( $p = 0,265$ ). Sin embargo sí existió una diferencia significativa en la presencia de disfunción familiar entre los polimedicados (25,71%; IC95%: 13,3-42,0) y los no polimedicados (8,52%; IC95%: 5,0-13,4), ( $\chi^2 = 8,559$ ;  $p = 0,007$ ;  $\phi = -0,201$ ).

*Comparación entre los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y fármacos utilizados y polimedicación*

La primera pregunta del cuestionario BMQ de creencias sobre los medicamentos se correlacionó con el número de fármacos ( $r = 0,232$ ;  $p = 0,004$ ), pero no la escala global y el resto de preguntas como se

muestra en la Tabla A58. Tampoco existieron diferencias en las puntuaciones del cuestionario BMQ entre polimedicados o no como puede apreciarse en la Tabla A59.

#### *Relación entre los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green y fármacos utilizados y polimedicación*

El promedio de fármacos utilizados fue superior, con significación estadística, en los no cumplidores (11,73; IC95%: 10,5-13,0) frente a los cumplidores (9,74; IC95%: 8,8-10,7), ( $p = \mathbf{0,011}$ ;  $d = 0,357$ ), aunque no existió asociación entre adherencia terapéutica y polimedicación, siendo cumplidores el 52,84% IC95%: 45,5-60,1) de los polimedicados y el 62,86% (IC95%: 46,1-77,6) de los no polimedicados;  $p = 0,277$ .

## **5.7 Resultados en relación a las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)**

La comparación entre estas variables y el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el número de fármacos utilizados y la polimedicación ya han sido analizadas anteriormente.

#### *Comparación entre demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales) y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

La cifra media de TAD se correlacionó negativamente con las visitas enfermeras ( $r = -0,233$ ;  $p = \mathbf{0,001}$ ) y totales ( $r = -0,152$ ;  $p = \mathbf{0,030}$ ), los resultados globales de esta comparación se muestran en la Tabla A60.

Los hiperfrecuentadores presentaron cifras significativamente más elevadas de TAD (76,84; IC95%: 74,1-79,6) que los

normofrecuentadores (80,28; IC95%:78,5-82,0), ( $p = \mathbf{0,039}$ ;  $d = 0,300$ ). Los resultados íntegros se pueden ver en la Tabla A61.

Como se observa en la Tabla A62 del apéndice, no se encontraron diferencias en el promedio de visitas médicas, enfermeras y totales, realizados en los últimos 12 meses y el control de TA en hipertensos, de HbA1c en diabéticos o en el control global. Tampoco se encontró, como se ve en la Tabla A63, relación entre hiperfrecuentación y control de TA, HbA1c y control global ni correlación entre demanda asistencial y porcentaje medio de control de TA y HbA1c cuyos resultados se muestran en la Tabla A64.

La comparación entre hiperfrecuentación y porcentaje medio de control de TA y HbA1c no encontró diferencias con significación estadística como aparece en la Tabla A65.

*Evaluación de los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS según las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

No se ha encontrado correlación entre las cifras de TA y HbA1c y las puntuaciones del cuestionario EPQ-RS, como puede verse en la Tabla A66 del apéndice. Tampoco existieron diferencias, con significación estadística, entre control de TA (en hipertensos), HbA1c (en diabéticos) y control global y las puntuaciones del cuestionario EPQ-RS, se muestran en la Tabla A67. No se encontró correlación entre puntuaciones del cuestionario EPQ-RS y porcentaje medio de control de TA y HbA1c, como se ve en la Tabla A68.

*Relación entre los resultados del cuestionario de salud general GHQ-28 y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

No se encontró correlación entre puntuaciones del cuestionario GHQ-28 y cifras de TAS, TAD y HbA1c como se observa en la Tabla A69.

No se han encontrado diferencias en las cifras medias de TA y HbA1c entre pacientes con cribado positivo de problema psicológico y/o social y los que presentaban un cribado negativo, como se observa en la Tabla A70.

La subescala de depresión grave del cuestionario GHQ-28 presentó puntuaciones más elevadas, significativamente, en los no controlados (1,04; IC95%: 0,6-1,5) frente a los controlados (0,49; IC95%: 0,3-0,7) respecto a las cifras de TA en hipertensos ( $p = \mathbf{0,047}$ ;  $d = 0,301$ ) y en relación al control global (0,62; IC95%: 0,4-0,8 en controlados y 1,08; IC95%: 0,7-1,5 en no controlados;  $p = \mathbf{0,041}$ ;  $d = 0,295$ ). Los resultados completos se pueden observar en la Tabla A71.

No se encontró asociación entre cribado positivo de problema psicológico y/o social y control de TA y HbA1c, como se ve en la Tabla A72 y tampoco correlación entre puntuaciones del cuestionario GHQ-28 y porcentaje medio de control de TA y HbA1c, como se observa en la Tabla A73. Por último no se halló relación entre cribado positivo de problema psicológico y/o social y porcentaje medio de control de TA y HbA1c, como se ve en la Tabla A74.

*Análisis de los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE según las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

La Tabla A75 muestra la correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y cifras de TAS, TAD y HbA1c, siendo significativa la correlación positiva entre cifras de TAD y los estilos de afrontamiento “aceptación” ( $r = 0,175$ ;  $p = \mathbf{0,012}$ ) y “crecimiento personal” ( $r = 0,149$ ;  $p = \mathbf{0,033}$ ).

La comparación entre el control y los diversos estilos de afrontamiento del cuestionario COPE mostró las siguientes diferencias significativas:

- El estilo de afrontamiento “*aceptación*” presentó una puntuación significativamente más elevada en los hipertensos no controlados (2,85; IC95%: 2,7-3,0 frente a 2,62; IC95%: 2,5-2,8;  $p = \mathbf{0,038}$ ;  $d = 0,297$ ), en los diabéticos no controlados (respecto al control estricto), (2,96; IC95%: 2,8-3,2 frente a 2,57; IC95%: 2,4-2,8;  $p = \mathbf{0,009}$ ;  $d = 0,488$ ), y en relación al control global (2,84; IC95%: 2,7-3,0 frente a 2,59; IC95%: 2,5-2,7;  $p = \mathbf{0,018}$ ;  $d = 0,336$ ).
- El estilo de afrontamiento “*concentrar esfuerzos para alcanzar una solución*” presentó una puntuación significativamente más elevada en los hipertensos controlados, (2,50; IC95%: 2,4-2,6 frente a 2,25; IC95%: 2,1-2,4;  $p = \mathbf{0,012}$ ;  $d = 0,381$ ) y en los pacientes controlados globalmente, (2,49; IC95%: 2,4-2,6 frente a 2,22; IC95%: 2,0-2,4;  $p = \mathbf{0,003}$ ;  $d = 0,381$ ).
- El estilo de afrontamiento “*abandono del afrontamiento*” presentó una puntuación significativamente más elevada en los diabéticos no controlados (respecto al control moderado), (2,14; IC95%: 1,8-2,5 frente a 1,83; IC95%: 1,7-1,9;  $p = \mathbf{0,047}$ ;  $d = 0,472$ ).

Los resultados globales se muestran en la Tabla A76.

No se encontró correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y porcentaje medio de control de TA y HbA1c, como se observa en la Tabla A77.

*Comparación entre los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

No se encontró correlación entre puntuaciones del cuestionario SS-A y cifras de TAS, TAD y HbA1c, como se observa en la Tabla A78. Tampoco se encontraron diferencias significativas, como se aprecia en la Tabla A79, entre las puntuaciones del cuestionario SS-A respecto del

control de TA y HbA1c ni entre puntuaciones del cuestionario SS-A y porcentaje de control medio de TA y HbA1c, como se observa en la Tabla A80.

*Relación entre los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-Familiar y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

Existió una correlación negativa entre puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar y cifras de HbA1c ( $r = -0,301$ ;  $p = \mathbf{0,001}$ ) que se representa gráficamente en la Figura 10. Las correlaciones totales se pueden ver en la Tabla A81.

Las cifras de HbA1c fueron significativamente más altas en los pacientes con disfunción familiar, como se ve en la Tabla 14.

Tabla 14

*Relación entre función familiar y cifras de TAS, TAD y HbA1c*

	<i>Normofunción</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Disfunción</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>TAS</i>	139,34 (135,9-142,8)	137,36 (125,2-149,5)	0,903	
<i>TAD</i>	78,77 (76,5-81,1)	81,64 (72,4-90,1)	0,374	
<i>HbA1c</i>	6,86 (6,7-7,1)	7,78 (6,7-8,8)	<b>0,008</b>	<b>-0,695</b>

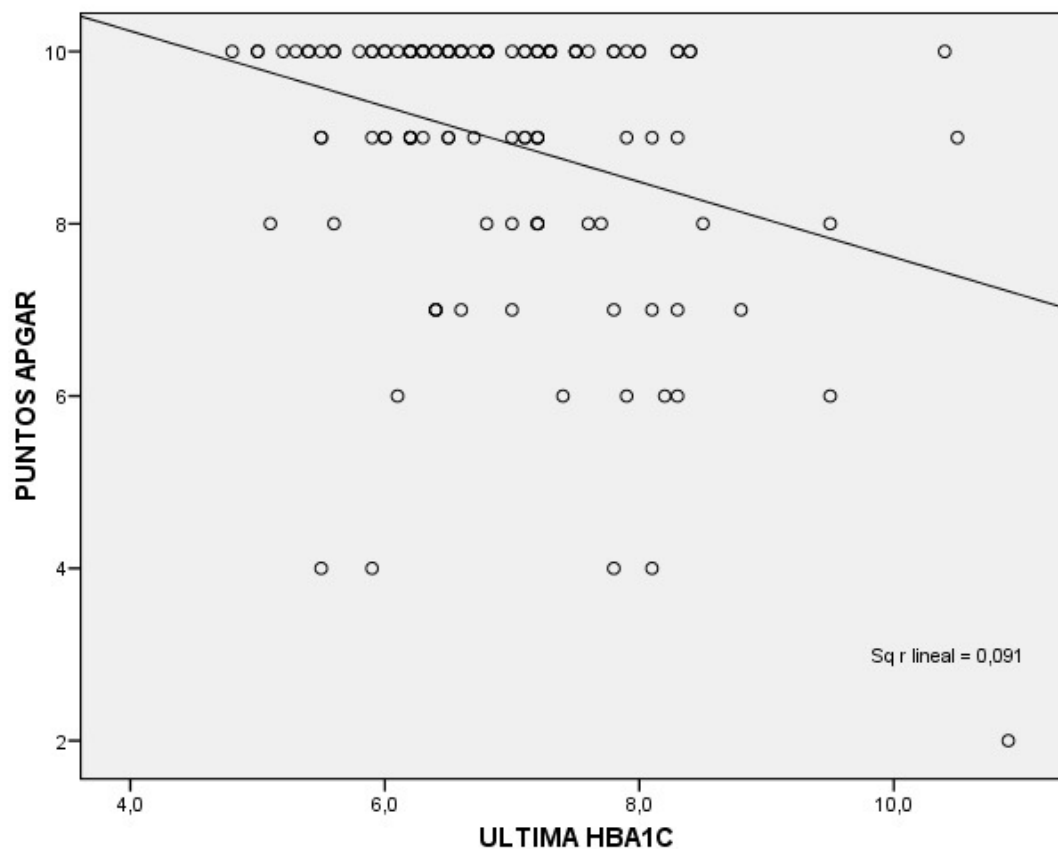


Figura 10. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables HbA1c/promedio de puntuación del cuestionario APGAR-familiar

Las puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar fueron significativamente más altas en los hipertensos y diabéticos controlados (control moderado y estricto), así como en el control global, como se pone de manifiesto en la Tabla 15.

Tabla 15

*Relación entre puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar y control de TA y HbA1c*

<b>Control TA</b>	<i>Controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Promedio de puntuación del APGAR-familiar</i>	8,99 (8,7-9,3)	8,30 (7,8-8,8)	<b>0,017</b>	<b>-0,280</b>
<b>Control HbA1c &lt; 8%</b>				
<i>Promedio de puntuación del APGAR-familiar</i>	9,20 (8,9-9,5)	7,58 (6,5-8,7)	<b>0,006</b>	<b>-0,876</b>
<b>Control HbA1c &lt; 7%</b>				
<i>Promedio de puntuación del APGAR-familiar</i>	9,23 (8,9-9,6)	8,58 (8,-9,1)	<b>0,036</b>	<b>-0,399</b>
<b>Control global</b>				
<i>Promedio de puntuación del APGAR-familiar</i>	8,95 (8,7-9,3)	8,31 (7,9-8,8)	<b>0,024</b>	<b>-0,328</b>

Existió asociación entre función familiar y control de HbA1c (diabéticos), como se observa en la Tabla 16.

Tabla 16

Relación entre función familiar y control de TA y HbA1c

	Normofunción (%; IC 95%)	Disfunción (%; IC 95%)	$\chi^2$	<i>p</i>	$\phi/V$
Control TA (controlados)	62,43% (53,6-68,4)	45,83% (38,8-52,3)	2,442	0,118	0,109
Control HbA1c < 8% (controlados)	88,29% (81,3-93,3)	45,45% (19,0-74,1)	13,966	<b>0,002</b>	<b>0,338</b>
Control HbA1c < 7% (controlados)	59,46% (50,1-68,3)	27,27% (7,5-57,8)	4,220	<b>0,042</b>	<b>0,186</b>
Control global (controlados)	61,50% (54,4-68,3)	41,67% (23,5-61,8)	3,464	0,063	0,128

Existió una correlación positiva entre puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar y porcentaje de control medio de HbA1c ( $r = 0,296$ ;  $p = \mathbf{0,001}$ ) como se muestra en la Figura 11.

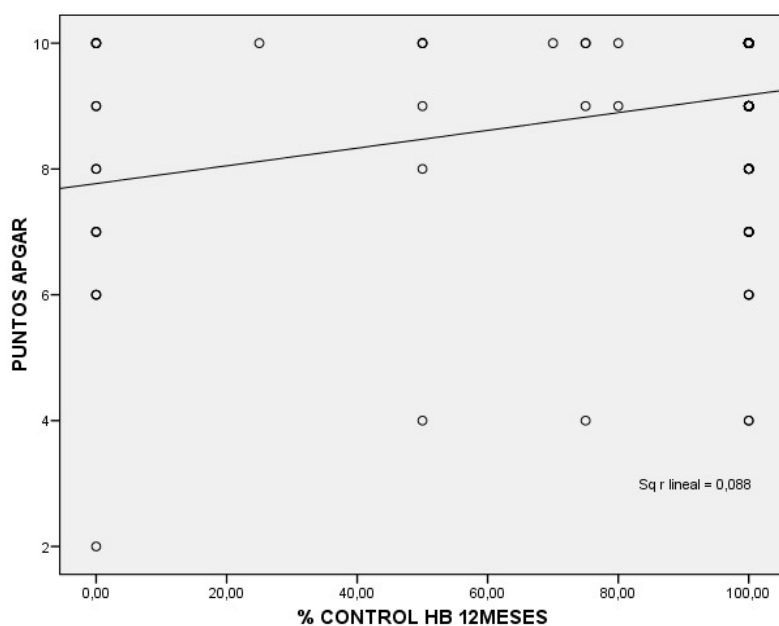


Figura 11. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables % de control de HbA1c/promedio de puntuación del cuestionario APGAR-familiar

No se encontraron diferencias en el porcentaje medio de control de TA y HbA1c en relación a la función familiar, como se puede apreciar en la Tabla A82 del apéndice.

*Comparación entre los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

Solo se encontró una correlación negativa entre cifras de TAD y la segunda pregunta del cuestionario BMQ ( $r = -0,166$ ;  $p = \mathbf{0,041}$ ). El conjunto de estas correlaciones se observa en la Tabla A83.

Como se observa en la Tabla A84, no se encontraron diferencias significativas entre hipertensos y diabéticos controlados, respecto a las puntuaciones del cuestionario BMQ, sin embargo respecto del control global, los pacientes controlados presentaron unas puntuaciones significativamente más bajas en las preguntas primera y tercera del cuestionario BMQ .

Se ha encontrado una correlación negativa entre puntuaciones de la primera pregunta ( $r = -0,200$ ;  $p = \mathbf{0,014}$ ) y de la escala global ( $r = -0,165$ ;  $p = \mathbf{0,043}$ ) del cuestionario BMQ y el porcentaje medio de control de la TA en los últimos 12 meses. Los resultados globales se pueden observar en la Tabla A85.

*Relación entre los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus)*

La comparación entre adherencia terapéutica y cifras de TAS, TAD y HbA1c no mostró diferencias significativas en las cifras medias de estas variables ni en el porcentaje de pacientes controlados ni en el porcentaje de control medio entre cumplidores e incumplidores. Estos resultados completos se pueden ver en la Tabla A86.

## **5.8 Resultados en relación a la demanda asistencial**

La relación entre la demanda asistencial y las variables sexo, edad, estado civil, nivel educativo, número de fármacos, polimedicación y las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus) se ha estudiado anteriormente.

### *Análisis de los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS en función de la demanda asistencial*

No existió correlación entre las puntuaciones del cuestionario EPQ-RS y las visitas médicas, enfermeras y totales salvo en la subescala auxiliar L o de deseabilidad social, como a parece en la Tabla A87.

La falta de relación entre la hiperfrecuentación y el cuestionario de personalidad EPQ-RS se muestra en la Tabla A88.

### *Evaluación de los resultados del cuestionario de malestar psíquico percibido GHQ-28 según la demanda asistencial*

Las puntuaciones del cuestionario GHQ-28 se correlacionaron con las visitas médicas en las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y en la escala global, con las visitas enfermeras en la subescala de depresión grave y la escala global y con las visitas totales en las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y en la escala global, como aparece reflejado en la Tabla 17.

Tabla 17

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de salud general GHQ-28*

<b>Síntomas somáticos</b>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	0,294	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Visitas enfermeras</i>	0,106	0,126
<i>Visitas totales</i>	0,223	<b>0,001</b>
<b><i>Ansiedad</i></b>		
<i>Visitas médicas</i>	0,190	<b>0,006</b>
<i>Visitas enfermeras</i>	0,115	0,095
<i>Visitas totales</i>	0,163	<b>0,018</b>
<b><i>Disfunción social</i></b>		
<i>Visitas médicas</i>	0,168	<b>0,015</b>
<i>Visitas enfermeras</i>	0,116	0,092
<i>Visitas totales</i>	0,152	<b>0,027</b>
<b><i>Depresión grave</i></b>		
<i>Visitas médicas</i>	0,086	0,213
<i>Visitas enfermeras</i>	0,154	<b>0,026</b>
<i>Visitas totales</i>	0,113	0,103
<b><i>Escala global</i></b>		
<i>Visitas médicas</i>	0,236	<b>0,001</b>
<i>Visitas enfermeras</i>	0,146	<b>0,034</b>
<i>Visitas totales</i>	0,204	<b>0,003</b>

Las visitas médicas y totales se relacionaron con el cribado positivo de problema psicológico y/o social como se ve en la Tabla 18.

Tabla 18

*Relación entre cribado positivo de problema psicológico y/o social y demanda asistencial*

	<i>Problema psico-social + (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Problema psico-social - (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Visitas médicas</i>	8,96 (7,8-10,1)	6,20 (5,3-7,1)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>-0,515</b>
<i>Visitas enfermeras</i>	5,94 (4,9-7,0)	4,83 (4,0-5,7)	0,106	
<i>Visitas totales</i>	14,64 (13,0-16,3)	11,03 (9,5-12,5)	<b>0,002</b>	<b>-0,438</b>

En la Tabla 19 se muestra como los hiperfrecuentadores presentan unas puntuaciones, significativamente, más elevadas en las subescalas de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y en la escala global.

Tabla 19

*Relación entre hiperfrecuentación y resultados del cuestionario de salud general GHQ-28*

	<i>Normo frecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Hiper frecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	1,98 (1,6-2,4)	3,02 (2,5-3,5)	<b>0,001</b>	<b>-0,458</b>
<i>Ansiedad</i>	2,24 (1,8-2,7)	3,09 (2,6-3,6)	<b>0,011</b>	<b>-0,358</b>
<i>Disfunción social</i>	1,58 (1,2-2,0)	2,70 (2,2-3,2)	<b>0,001</b>	<b>-0,471</b>
<i>Depresión grave</i>	0,75 (0,5-1,0)	0,88 (0,6-1,2)	0,566	
<i>Escala global</i>	6,55 (5,3-7,8)	9,69 (8,2-11,2)	<b>0,001</b>	<b>-0,452</b>

La proporción de pacientes con cribado positivo de problema psicológico y/o social fue superior en los hiperfrecuentadores (66,29%; IC95%: 56,0-75,5) comparados con los normofrecuentadores (43,44%; IC95%: 34,9-52,3), ( $\chi^2 = 10,788$ ;  $p = \mathbf{0,001}$ ;  $\phi = 0,226$ ).

*Comparación entre los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y la demanda asistencial*

En la Tabla 20 (A, B y C) se observa la correlación negativa entre el número de visitas médicas y los estilos de afrontamiento *humor*, *afrontamiento activo*, *aceptación*, *negación*, *refrenar el afrontamiento* y *reinterpretación positiva*; las visitas enfermeras se correlacionaron positivamente con el estilo *humor* y las visitas totales, de manera negativa, con el estilo *crecimiento personal*.

Tabla 20 A

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE (visitas médicas)*

<i>Visitas médicas</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	-0,129	0,061
<i>Apoyo en la religión</i>	-0,032	0,644
<i>Humor</i>	-0,181	<b>0,009</b>
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	0,106	0,124
<i>Afrontamiento activo</i>	-0,137	<b>0,046</b>
<i>Abandono del afrontamiento</i>	-0,097	0,162
<i>Centrarse en las emociones</i>	0,038	0,585
<i>Aceptación</i>	-0,194	<b>0,005</b>
<i>Negación</i>	-0,203	<b>0,003</b>
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	-0,146	<b>0,035</b>
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	0,029	0,679
<i>Crecimiento personal</i>	-0,123	0,075
<i>Reinterpretación positiva</i>	-0,164	<b>0,017</b>
<i>Realización de actividades distractoras</i>	0,028	0,086
<i>Evadirse</i>	-0,075	0,280

Tabla 20 B

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE (visitas enfermeras)*

<i>Visitas médicas</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	0,060	0,387
<i>Apoyo en la religión</i>	0,113	0,103
<i>Humor</i>	0,155	<b>0,024</b>
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	0,074	0,284
<i>Afrontamiento activo</i>	-0,063	0,364
<i>Abandono del afrontamiento</i>	0,084	0,226
<i>Centrarse en las emociones</i>	0,042	0,542
<i>Aceptación</i>	-0,032	0,641
<i>Negación</i>	0,081	0,241
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	0,036	0,600
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	0,021	0,766
<i>Crecimiento personal</i>	-0,122	0,078
<i>Reinterpretación positiva</i>	-0,014	0,839
<i>Realización de actividades distractoras</i>	-0,013	0,855
<i>Evadirse</i>	0,028	0,691

Tabla 20 C

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE (visitas totales)*

<i>Visitas médicas</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	-0,052	0,456
<i>Apoyo en la religión</i>	0,036	0,604
<i>Humor</i>	-0,039	0,577
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	0,057	0,410
<i>Afrontamiento activo</i>	-0,113	0,103
<i>Abandono del afrontamiento</i>	-0,018	0,800
<i>Centrarse en las emociones</i>	0,062	0,369
<i>Aceptación</i>	-0,132	0,055
<i>Negación</i>	-0,090	0,190
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	-0,058	0,400
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	0,041	0,557
<i>Crecimiento personal</i>	-0,140	<b>0,043</b>
<i>Reinterpretación positiva</i>	-0,059	0,151
<i>Realización de actividades distractoras</i>	0,017	0,802
<i>Evadirse</i>	-0,037	0,598

No se encontró relación, como aparece en la Tabla A89, entre hiperfrecuentación y estilos de afrontamiento.

*Relación entre los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A y la demanda asistencial*

No se ha encontrado correlación entre visitas y puntuaciones del cuestionario SS-A, tal como se ve en la Tabla A90. Tampoco se han hallado diferencias en la puntuación del del cuestionario de apoyo social SS-A entre hiperfrecuentadores y normofrecuentadores.

*Análisis de los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-familiar en función de la demanda asistencial*

No se ha encontrado correlación entre las puntuaciones del cuestionario de función familiar APGAR-familiar y las visitas y tampoco relación entre estas y la función familiar, como se ve en las Tablas A91 y A92. Tampoco se han evidenciado diferencias en el promedio de puntuación del cuestionario APGAR-familiar en relación a la hiperfrecuentación, ni asociación entre disfunción familiar e hiperfrecuentación, como se refleja en la Tabla A93.

*Relación entre los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y la demanda asistencial*

Las puntuaciones del cuestionario BMQ no se correlacionaron con las visitas, salvo la primera pregunta de este cuestionario y las visitas médicas, tampoco existió diferencia en las puntuaciones del BMQ en relación a la hiperfrecuentación, como se muestra en las Tablas A94 y A95.

*Comparación entre los resultados del cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green y la demanda asistencial*

No hubo diferencia con significación estadística entre la demanda asistencial y el cumplimiento terapéutico, como se muestra en la Tabla A96.

No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de cumplidores entre normo e hiperfrecuentadores (55,74%; IC95%: 46,8-64,4 frente a 60,04%; IC95%: 53,7-73,5;  $p = 0,673$ ).

## **5.9 Resultados en relación al cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green**

Las comparaciones entre la variable adherencia terapéutica y el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el número de fármacos utilizados, la polimedicación, las variables relacionadas con los factores de riesgo estudiados (hipertensión arterial y diabetes mellitus) y la demanda asistencial (visitas médicas, enfermeras y totales) ya han sido analizados en apartados anteriores.

### *Evaluación de los resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS según la adherencia terapéutica*

La subescala de neuroticismo del cuestionario de personalidad EPQ-RS presentó puntuaciones superiores en los incumplidores (6,22; IC95%: 5,6-6,9) que en los cumplidores (5,24; IC95%: 4,6-5,9), ( $p = \mathbf{0,035}$ ;  $d = 0,295$ ). Los resultados totales aparecen en la Tabla A97.

### *Comparación entre los resultados del cuestionario de salud general GHQ-28 adherencia terapéutica*

Todas las subescalas y la escala global del cuestionario de salud general GHQ-28, presentaron puntuaciones significativamente más altas en los incumplidores que en los cumplidores como se observa en la Tabla 21.

Tabla 21

*Relación entre puntuaciones del cuestionario de salud general GHQ-28 y adherencia terapéutica*

	<i>Cumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Incumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	1,74 (1,4-2,1)	3,23 (2,8-3,7)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,674</b>
<i>Ansiedad</i>	1,81 (1,4-2,2)	3,54 (3,0-4,0)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,761</b>
<i>Disfunción social</i>	1,53 (1,1-1,9)	2,68 (2,2-3,2)	<b>0,001</b>	<b>0,485</b>
<i>Depresión grave</i>	0,40 (0,2-0,6)	1,29 (0,9-1,7)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,595</b>
<i>Escala global</i>	5,48 (4,4-6,6)	10,74 (9,3-12,2)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,788</b>

Existió una asociación con significación estadística entre cribado positivo de problema psicológico y/o social y adherencia terapéutica: proporción de cumplidores con cribado positivo del 36,52% (IC95%: 28,1-45,6) y de incumplidores del 72,92% (IC95%: 63,4-81,1), ( $\chi^2 = 27,828$ ;  $p < \mathbf{0,0001}$ ;  $\phi = -0,363$ ).

*Relación entre los resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y adherencia terapéutica*

Solo la puntuación media del estilo de afrontamiento *negación* presento diferencia, con significación estadística, entre cumplidores (1,74; IC95%: 1,6-1,9) y no cumplidores (1,92; IC95%: 1,8-2,1), ( $p = \mathbf{0,026}$ ;  $d = 0,308$ ). Los resultados completos de la comparación se muestran en la Tabla A98.

*Evaluación de los resultados del cuestionario de apoyo social SS-A en función de la adherencia terapéutica*

No se encontraron diferencias entre las puntuaciones del cuestionario de apoyo social SS-A entre cumplidores (73,25; IC95%: 71,2-75,3) y no cumplidores (70,53; IC95%: 68,6-72,5), ( $p = 0,142$ )

*Análisis de las diferencias entre los resultados del cuestionario de función familiar APGAR-familiar según la adherencia terapéutica*

Los pacientes cumplidores presentaron puntuaciones significativamente más elevadas del cuestionario de función familiar APGAR-familiar (9,13; IC95%: 8,7-9,5) que los incumplidores (8,29; IC95%: 7,8-8,8), ( $p = \mathbf{0,008}$ ;  $d = -0,382$ ), aunque no existió asociación entre función familiar y adherencia terapéutica (porcentaje de cumplidores con disfunción familiar del 7,83%; IC95%: 3,9-13,9 y de incumplidores del 15,63%; IC95%: 9,4-23,9;  $p = 0,076$ ).

*Comparación entre los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y adherencia terapéutica*

Todas las preguntas del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ presentaron puntuaciones, significativamente, más altas en los incumplidores que en los cumplidores, como se ve en la Tabla 22.

Tabla 22

*Relación entre puntuaciones del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y adherencia terapéutica*

	Cumplidor ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	Incumplidor ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</b>	1,77 (1,6-2,0)	3,09 (2,9-3,3)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>1,273</b>
<b>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</b>	1,93 (1,7-2,2)	3,05 (2,8-3,3)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,953</b>
<b>La mayoría de los medicamentos crean adicción</b>	1,95 (1,7-2,2)	3,43 (3,2-3,7)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>1,365</b>
<b>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</b>	2,22 (2,0-2,5)	2,98 (2,8-3,2)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,715</b>
<b>Los medicamentos hacen más mal que bien</b>	1,30 (1,2-1,4)	2,42 (2,2-2,6)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>1,305</b>
<b>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</b>	1,40 (1,2-1,6)	2,61 (2,4-2,9)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>1,267</b>
<b>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</b>	2,83 (2,5-3,2)	3,66 (3,5-3,9)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,740</b>
<b>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</b>	2,30 (2,0-2,6)	3,72 (3,5-4,0)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>1,188</b>
<i>Escala global</i>	15,70 (15,0-16,5)	24,96 (24,1-25,8)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>2,628</b>

## 5.10 Resumen del modelo bivariante en relación con el control de los factores de riesgo

*Modelo bivariante en relación con el control de la TA (hipertensos)*

La Tabla 23 presenta un resumen del análisis bivariante de relación o asociación respecto del control de la TA ( $TAS \leq 140$  y  $TAD \leq 90$  mmHg) en pacientes hipertensos, figurando en ella todas las variables con  $p \leq 0,20$ .

Tabla 23

*Modelo bivariante en relación con el control de la TA (hipertensos)*

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>Controlado (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Casado</i>	82,41% (74,4-88,7)	72,73% (62,0-81,8)	0,115
<i>Nº VISITAS</i>			
<i>Visitas enfermeras</i>	4,87(4,0-5,7)	5,84 (4,7-7,0)	0,178
<i>GHQ-28</i>			
<i>Depresión grave</i>	0,49 (0,3-0,7)	1,04 (0,6-1,5)	<b>0,018</b>
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>			
<i>Puntos APGAR-f</i>	8,99 (8,7-9,3)	8,30 (7,8-8,8)	<b>0,017</b>
<i>Disfunción familiar</i>	6,48% (2,9-12,4)	16,88% (9,7-26,5)	<b>0,025</b>
<i>COPE</i>			
<i>Aceptación</i>	2,62 (2,5-2,8)	2,85 (2,7-3,0)	<b>0,038</b>
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,36 (2,2-2,5)	2,49 (2,3-2,6)	0,179
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,50 (2,4-2,6)	2,25 (2,1-2,4)	<b>0,012</b>

Tabla 23 Continuación

<i>BMQ</i>	<i>Controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,38 (2,1-2,7)	2,75 (2,4-3,1)	0,079
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,71 (2,4-3,0)	3,14 (2,8-3,5)	0,062

*Modelo bivariante en relación con el control de la HbA1c (diabéticos)*

La Tabla 24 presenta un resumen del análisis bivariante de relación o asociación respecto del control moderado de la HbA1c en pacientes diabéticos con las variables con  $p \leq 0,20$ .

Tabla 24

*Modelo bivariante en relación con el control moderado (HbA1c  $\leq 8\%$ ) de la HbA1c en diabéticos*

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>Controlado</i> (%; IC 95%)	<i>No controlado</i> (%; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Casado</i>	83,50% (75,4-89,8)	63,16% (40,3-82,3)	<b>0,047</b>
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>			
<i>Universitario</i>	19,42% (12,6-27,9)	36,84% (17,8-59,7)	0,08
<i>POLIMEDICACIÓN</i>			
<i>Polimedicado</i>	89,32% (82,2-94,3)	73,68% (50,9-89,7)	0,075
<i>GHQ-28</i>			
<i>Depresión grave</i>	0,67 (0,4-0,9)	1,42 (0,4-2,4)	0,142

Tabla 24 Continuación

<i>COPE</i>	<i>Controlado</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No controlado</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Humor</i>	1,77 (1,6-1,9)	2,04 (1,6-2,5)	0,177
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,83 (1,7-1,9)	2,14 (1,8-2,5)	<b>0,047</b>
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,47 (2,3-2,6)	2,18 (1,9-2,5)	0,109
<i>SS-A</i>			
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	71,90 (70,3-73,5)	67,95 (62,6-73,3)	0,067
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>			
<i>Puntos APGAR-f</i>	8,99 (8,7-9,3)	8,30 (7,8-8,8)	<b>0,017</b>
<i>Disfunción familiar</i>	4,85% (1,8-10,4)	31,58% (13,9-54,5)	<b>0,002</b>
<i>BMQ</i>			
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,60 (2,3-2,9)	2,07 (1,3-2,8)	0,193

*Modelo bivariante en relación con el control estricto (HbA1c ≤ 7%) en diabéticos*

La Tabla 25 presenta un resumen del análisis bivariante en relación al control estricto de la HbA1c en pacientes diabéticos con las variables con una  $p \leq 0,20$ .

Tabla 25

*Modelo bivariante en relación con el control estricto (HbA1c ≤ 7%) de la HbA1c en diabéticos*

<i>GHQ-28</i>	<i>Controlado (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Ansiedad</i>	2,04 (1,5-2,6)	2,81 (2,2-3,5)	0,075
<i>Disfunción social</i>	1,87 (1,3-2,5)	2,66 (2,0-3,4)	0,085
<i>Depresión grave</i>	0,61 (0,3-0,9)	1,02 (0,5-1,5)	0,161
<i>Escala global</i>	6,83 (5,1-8,5)	9,25 (7,1-11,4)	0,074
<i>Problema psico-social +</i>	44,93% (33,5-56,8)	60,38% (46,8-72,8)	0,091
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>			
<i>Puntos APGAR-f</i>	9,23 (8,9-9,6)	8,58 (8,-9,1)	<b>0,036</b>
<i>Disfunción familiar</i>	4,35% (1,1-11,4)	15,09% (7,3-26,7)	<b>0,042</b>
<i>ADHERENCIA</i>			
<i>Cumplidores</i>	62,32% (50,5-73,1)	49,06% (35,8-62,4)	0,143
<i>COPE</i>			
<i>Abandono del afrentamiento</i>	1,80 (1,7-1,9)	1,97 (1,8-2,2)	0,134
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,26 (2,1-2,4)	2,46 (2,2-2,7)	0,119
<i>Aceptación</i>	2,57 (2,4-2,8)	2,96 (2,8-3,2)	<b>0,009</b>
<i>Negación</i>	1,75 (1,6-1,9)	1,97 (1,8-2,2)	0,087
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,70 (2,5-2,9)	2,89 (2,7-3,1)	0,157

Tabla 25 Continuación

Modelo bivariante en relación con el control estricto ( $HbA1c \leq 7\%$ ) de la  $HbA1c$  en diabéticos

BMQ	Controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	No controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
La mayoría de los medicamentos crean adicción	2,54 (2,2-2,9)	2,95 (2,5-3,4)	0,136

Modelo bivariante en relación con el control global

La Tabla 26 presenta un resumen del análisis bivariante con las variables con  $p \leq 0,20$ , en relación al control global de los factores de riesgo (TA y  $HbA1c$ ) de los pacientes incluidos en el estudio.

Tabla 26

Modelo bivariante en relación con el control global

EPQ-RS	Controlado (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	No controlado (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
Psicoticismo	3,74 (3,3-4,2)	4,14 (3,7-4,6)	0,172
GHQ-28			
Depresión grave	0,62 (0,4-0,8)	1,08 (0,7-1,5)	<b>0,041</b>
COPE			
Aceptación	2,59 (2,5-2,7)	2,84 (2,7-3,0)	<b>0,018</b>
Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones	2,49 (2,4-2,6)	2,22 (2,0-2,4)	<b>0,003</b>
FUNCIÓN FAMILIAR			
Puntos APGAR-f	8,95 (8,7-9,3)	8,31 (7,9-8,8)	<b>0,024</b>
Disfunción familiar	8,00% (4,1-13,8)	16,28% (9,6-25,2)	0,063

Tabla 26 Continuación

*Modelo bivariante en relación con el control global*

<i>BMQ</i>	<i>Controlado</i> <i>(%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado</i> <i>(%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>P</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,40 (2,2-2,6)	2,85 (2,5-3,2)	<b>0,027</b>
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,64 (2,4-2,9)	3,17 (2,8-3,5)	<b>0,013</b>
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,31 (3,1-3,5)	3,38 (3,1-3,7)	0,682
<i>Escala global</i>	20,71 (19,6-21,9)	22,35 (20,9-23,8)	0,082

## 5.11 Modelo multivariante en relación con el control de los factores de riesgo

### *Modelo multivariante en relación con el control de la TA (hipertensos)*

La Tabla 27 muestra el análisis multivariante mediante regresión logística binaria en relación con el control de la TA en pacientes hipertensos, en el que en el primer paso se han introducido todas las variables que, en el modelo bivariante, presentaban una  $p$  inferior a 0,20. En el paso segundo se observa que las variables “*subescala de depresión grave del GHQ-28*”, el “*cribado positivo de problema psicológico y/o social*”, el estilo de afrontamiento “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” y la escala global del cuestionario de opiniones sobre los medicamentos BMQ son estadísticamente significativos.

Este modelo presenta una variabilidad no explicada por las variables introducidas en el mismo que va de una  $R^2$  de Cox de 0,196 a una  $R^2$  de Nagelkerke de 0,265, con un porcentaje de clasificación del 69,1%. Las variables “*cribado positivo de problema psicológico y/o social*” y el estilo de afrontamiento “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” son las que presentan una Odds Ratio mayor, 0,3150 (IC95%: 127-0,781) y 3,993 (IC95%: 1,878-8,492) respectivamente.

Tabla 27

*Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control de la TA en pacientes hipertensos*

1° Paso: R<sup>2</sup> de Cox = 0,231; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,312; porcentaje de clasificación = 70,4%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp(β)</i>
<i>Sexo</i>	1,126	0,270	0,596
<i>Estado civil</i>	0,016	0,899	0,932
<i>Polimedicación</i>	0,020	0,888	1,102
<i>Promedio de fármacos</i>	0,013	0,910	0,994
<i>Hiperfrecuentación</i>	0,079	0,779	0,855
<i>Visitas enfermeras</i>	0,768	0,381	0,955
<i>EPQ: Neuroticismo</i>	0,105	0,746	0,973
<i>EPQ: Psicoticismo</i>	0,505	0,477	1,071
<i>EPQ: Deseabilidad social</i>	0,002	0,966	1,004
<i>GHQ: Depresión grave</i>	5,443	<b>0,020</b>	0,682
<i>Problema psicosocial +</i>	6,157	<b>0,013</b>	3,708
<i>COPE: Centrarse en las emociones</i>	0,954	0,329	0,717
<i>COPE: Aceptación</i>	1,843	0,175	0,651
<i>COPE: Refrenar el afrontamiento</i>	1,944	0,163	0,581
<i>COPE: Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	11,225	<b>0,001</b>	4,011
<i>COPE: Realización de actividades distractoras</i>	1,281	0,258	1,328
<i>Puntuación APGAR-familiar</i>	0,113	0,736	1,062
<i>Función familiar</i>	0,113	0,737	1,443
<i>Escala global BMQ</i>	1,914	0,167	0,919
<i>Adherencia</i>	0,060	0,807	0,846

2º Paso: R<sup>2</sup> de Cox = 0,196; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,265; Porcentaje de clasificación = 69,1%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp(β)</i> <i>IC95%</i>
<i>GHQ: Depresión grave</i>	7,653	<b>0,006</b>	0,698 (0,541-0,901)
<i>Problema psicosocial +</i>	6,220	<b>0,013</b>	0,315 (0,127-0,781)
<i>COPE: Aceptación</i>	1,411	0,235	0,707 (0,400-1,252)
<i>COPE: Refrenar el afrontamiento</i>	2,904	0,088	0,546 (0,272-1,095)
<i>COPE: Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	12,932	<b>&lt;0,0001</b>	3,993 (1,878-8,492)
<i>Escala global BMQ</i>	4,138	<b>0,042</b>	0,928 (0,863-0,997)

*Logit (p) = 0,853+1,385\*COPE: concentrar esfuerzos - 1,155\*Cribado problema psicosocial positivo - 0,350\*GHQ: depresión grave - 0,346\*COPE: aceptación - 0,605\*COPE: refrenar el afrontamiento - 0,075\*Escala global BMQ*

*Modelo multivariante en relación con el control de la HbA1c (diabéticos)*

En la Tabla 28 se muestra el modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control moderado de la HbA1c en pacientes diabéticos en el que se aprecia, en el segundo paso, como las variables “*nivel educativo*”, “*subescala de depresión grave del GHQ-28*” y los estilos de afrontamiento “*abandono del afrontamiento*” y “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” presentan significación estadística.

El modelo presenta una variabilidad no explicada por las variables introducidas en él que va de una R<sup>2</sup> de Cox de 0,141 a una R<sup>2</sup>

de Nagelkerke de 0,243 con un porcentaje de clasificación del 85,2%.

Las variables con una Odds Ratio mayor fueron:

- Nivel educativo: 4,747 (IC95%: 1,391-16,193)
- Estilo “*abandono del afrontamiento*”: 0,310 (IC95%: 0,127-0,752)
- Estilo “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*”: 3,150 (IC95%: 1,269-7,822)

Tabla 28

*Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control moderado ( $HbA1c \leq 8\%$ ) de la HbA1c en pacientes diabéticos*

1° Paso:  $R^2$  de Cox = 0,299;  $R^2$  de Nagelkerke = 0,515; Porcentaje de clasificación = 89,9%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp(<math>\beta</math>)</i>
<i>Estado civil</i>	0,153	0,696	0,676
<i>Nivel educativo</i>	2,584	0,108	5,230
<i>EPQ: Psicoticismo</i>	0,493	0,483	1,209
<i>GHQ: Depresión grave</i>	1,545	0,214	0,683
<i>COPE: Apoyo en la religión</i>	1,030	0,310	1,707
<i>COPE: Abandono del afrontamiento</i>	3,174	0,075	0,222
<i>COPE: Negación</i>	1,471	0,225	0,416
<i>COPE: Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	5,283	<b>0,022</b>	9,087
<i>SS-A</i>	0,240	0,624	1,030
<i>Puntos APGAR-familiar</i>	0,487	0,485	1,338
<i>Función familiar</i>	0,033	0,857	1,461
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	0,680	0,409	1,415
<i>Adherencia</i>	0,384	0,536	1,942

2º Paso: R<sup>2</sup> de Cox = 0,141; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,243; porcentaje de clasificación = 85,2%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp(β)</i> <i>(IC95%)</i>
<i>Nivel educativo</i>	6,188	<b>0,013</b>	4,747 (1,391-16,193)
<i>GHQ: Depresión grave</i>	5,368	<b>0,021</b>	0,692 (0,507-0,945)
<i>COPE: Abandono del afrontamiento</i>	6,702	<b>0,010</b>	0,310 (0,127-0,752)
<i>COPE: Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	6,115	<b>0,013</b>	3,150 (1,269-7,822)

*Logit (p) = 0,612 + 1,557\*Nivel Educativo + 1,147\*COPE: concentrar esfuerzos – 0,368\*GHQ: depresión grave – 1,172\*COPE: abandono del afrontamiento*

*Modelo multivariante en relación con el control estricto de la HbA1c (diabéticos)*

En la Tabla 29 se muestra el modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control estricto de la HbA1c en pacientes diabéticos en el que se aprecia, en el segundo paso, como solo la variable estilo de afrontamiento “*aceptación*” presenta significación estadística, con una Odds Ratio de 0,516 (IC95%: 0,303-0,879) en un modelo con una variabilidad no explicada por las variables del mismo que va de una R<sup>2</sup> de Cox de 0,101 a una R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,135 con un porcentaje de clasificación del 61,5%.

Tabla 29

*Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control estricto ( $HbA1c \leq 7\%$ ) de la HbA1c en pacientes diabéticos*

Paso 1°:  $R^2$  de Cox = 0,204;  $R^2$  de Nagelkerke = 0,272; porcentaje de clasificación = 74,2%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Expo (<math>\beta</math>)</i>
<i>SEXO</i>	0,387	0,534	1,408
<i>EPQ: deseabilidad social</i>	0,930	0,335	1,126
<i>GHQ: Ansiedad</i>	0,305	0,580	0,855
<i>GHQ: Disfunción social</i>	0,923	0,337	0,778
<i>GHQ: Depresión grave</i>	1,071	0,301	0,726
<i>GHQ: escala global</i>	0,840	0,360	1,186
<i>Problema psico-social +</i>	1,099	0,294	2,809
<i>COPE: humor</i>	0,134	0,714	0,882
<i>COPE: afrontamiento activo</i>	0,439	0,508	1,503
<i>COPE: abandono de afrontamiento</i>	0,035	0,851	0,922
<i>COPE: centrarse en las emociones</i>	0,013	0,909	0,956
<i>COPE: aceptación</i>	4,715	<b>0,030</b>	0,424
<i>COPE: negación</i>	0,552	0,457	0,710
<i>COPE: reinterpretación positiva</i>	1,453	0,228	0,562
<i>Promedio de puntuación del APGAR-familiar</i>	0,081	0,776	1,078
<i>Función familiar</i>	0,084	0,772	1,525
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,469	0,493	0,838
<i>Cumplidores</i>	0,545	0,461	1,609

Paso 2º: R<sup>2</sup> de Cox = 0,101; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,135; porcentaje de clasificación = 61,5%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Expo (β)</i>
<i>GHQ: depresión grave</i>	0,583	0,445	0,897 (0,678-1,186)
<i>Problema psico-social +</i>	2,983	0,084	2,156 (0,902-5,153)
<i>COPE: Aceptación</i>	5,935	<b>0,015</b>	0,516 (0,303-0,879)
<i>COPE: Reinterpretación positiva</i>	0,338	0,561	0,845 (0,480-1,489)

*Logit (p) = 2,290 + 0,768\* Cribado problema psicossocial positivo – 0,109\*GHQ: depresión grave – 0,662\*COPE: aceptación – 0,168\*COPE: reinterpretación positiva*

#### *Modelo multivariante en relación con el control global*

En la Tabla 30 se muestra el modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control global de los factores de riesgo en la muestra total de pacientes incluidos en el estudio, en el que se aprecia, en el segundo paso, como las variables estilo de afrontamiento “*aceptación*”, “*refrenar el afrontamiento*” y “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” del cuestionario COPE y la pregunta del cuestionario BMQ “*los médicos utilizan demasiados medicamentos*”, presentan significación estadística.

Este modelo tiene una variabilidad debida a variables no contempladas en él que va desde una R<sup>2</sup> de Cox de 0,182 a una R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,246, con un porcentaje de clasificación del 72,4%. Las variables con una mayor Odds Ratio fueron el ítem del cuestionario COPE “*refrenar el afrontamiento*” con 0,438 (IC95%: 0,218-0,877) y “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” con 4,815 (IC95%: 2,309-10,039).

Tabla 30

*Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control global*

Paso 1º: R<sup>2</sup> de Cox = 0,245; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,330; porcentaje de clasificación = 73,7%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Expo (β)</i>
<i>EPQ: psicoticismo</i>	0,245	0,620	0,956
<i>GHQ-28: depresión</i>	3,331	0,068	0,799
<i>COPE: aceptación</i>	4,000	<b>0,045</b>	0,550
<i>COPE: refrenar el afrontamiento</i>	5,460	<b>0,019</b>	0,418
<i>COPE: concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	16,749	<b>&lt;0,0001</b>	5,401
<i>COPE: realización de actividades distractoras</i>	1,079	0,299	1,254
<i>APGAR-FAMILIAR</i>	0,040	0,842	1,036
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>	0,001	0,973	1,036
<i>BMQ: Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	5,952	<b>0,015</b>	0,612
<i>BMQ: La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	3,652	0,056	0,687
<i>BMQ: Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	1,680	0,195	0,757
<i>BMQ: Escala global</i>	2,371	0,124	1,099

Paso 2º: R<sup>2</sup> de Cox = 0,182; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,246; porcentaje de clasificación = 72,4%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Expo (B)</i> <i>(IC95%)</i>
<i>COPE: aceptación</i>	3,932	<b>0,047</b>	0,573 0,330-0,994
<i>COPE: refrenar afrontamiento</i>	5,423	<b>0,020</b>	0,438 0,218-0,877
<i>COPE: concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	17,577	<b>&lt;0,0001</b>	4,815 2,309-10,039
<i>BMQ: Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	6,943	<b>0,008</b>	0,666 0,492-0,901

*Logit (p) = 1,239 + 1,572\* COPE: concentrar esfuerzos - 0,557\*COPE: aceptación - 0,826\*COPE: refrenar afrontamiento-0,402\*item1BMQ*

## 5.12 Resumen del modelo bivariante en relación con la demanda asistencial

### *Modelo bivariante en relación con las visitas totales*

La Tabla 31 muestra el resumen del análisis bivariante de relación o de asociación entre las visitas totales y las variables estudiadas, en los casos en los que la  $p$  fue inferior a 0,20.

Tabla 31

### *Modelo bivariante en relación con las visitas totales*

<i>EDAD</i>		<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
		0,135	0,051
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>	<i>Universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>P</i>
<i>Visitas totales</i>	9,23 (6,9-11,6)	13,93 (12,6-15,2)	<b>0,001</b>
<i>POLIMEDICACIÓN</i>	<i>Polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Visitas totales</i>	13,75 (12,5-15,0)	8,91(6,2-11,6)	<b>0,002</b>
<i>Nº FÁRMACOS</i>		<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de fármacos</i>		0,435	<b>&lt;0,0001</b>
<i>GHQ-28</i>		<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Síntomas somáticos</i>		0,223	<b>0,001</b>
<i>Ansiedad</i>		0,163	<b>0,018</b>
<i>Disfunción social</i>		0,152	<b>0,027</b>
<i>Depresión grave</i>		0,113	0,103
<i>Escala global</i>		0,204	<b>0,003</b>

Tabla 31 Continuación

*Modelo bivariante en relación con las visitas totales*

<i>PROBLEMA PSICO-SOCIAL</i>	<i>Problema Psico- social + ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Problema Psico- social - ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Visitas totales</i>	14,64 (13,0-16,3)	11,03 (9,5-12,5)	<b>0,002</b>
<i>COPE</i>		<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Afrontamiento activo</i>		-0,113	0,103
<i>Aceptación</i>		-0,132	0,055
<i>Negación</i>		-0,090	0,190
<i>Crecimiento personal</i>		-0,140	<b>0,043</b>
<i>Reinterpretación positiva</i>		-0,059	0,151
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>	<i>Función Familiar normal ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Disfunción familiar ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Visitas totales</i>	13,29 (12,1-14,5)	10,25 (7,3-13,2)	0,097

*Modelo bivariante en relación con la hiperfrecuentación*

La Tabla 32 muestra el resumen del análisis bivariante de relación o de asociación entre la hiperfrecuentación y las variables estudiadas que presentaron una  $p < 0,20$ .

Tabla 32

*Modelo bivariante en relación con la hiperfrecuentación*

	<b>Hiper frecuentador (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</b>	<b>Normo frecuentador (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</b>	<b><i>p</i></b>
<i>EDAD</i>	66,94 (65,0-68,9)	63,87(62,3-65,4)	0,014
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>			
<i>Universitario</i>	12,36% (6,7- 20,5)	27,05% (19,7-35,4)	<b>0,009</b>
<i>Polimedicado</i>	92,13% (85,1-96,5)	77,05% (69,0-83,9)	<b>0,004</b>
<i>Promedio de fármacos</i>	13,55 (12,3-14,8)	8,52 (7,7-9,3)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>EPQ-RS</i>			
<i>Psicoticismo</i>	3,67 (3,3-4,1)	4,22 (3,8-4,7)	0,063
<i>GHQ-28</i>			
<i>Síntomas somáticos</i>	3,02 (2,5-3,5)	1,98 (1,6-2,4)	<b>0,001</b>
<i>Ansiedad</i>	3,09 (2,6-3,6)	2,24 (1,8-2,7)	<b>0,011</b>
<i>Disfunción social</i>	2,70 (2,2-3,2)	1,58 (1,2-2,0)	<b>0,001</b>
<i>Escala global</i>	9,69 (8,2-11,2)	6,55 (5,3-7,8)	<b>0,001</b>
<i>Problema psico-social +</i>	43,44% (34,9-52,3)	66,29% (56,0-75,5)	<b>0,001</b>

Tabla 32 Continuación

*Modelo bivariante en relación con la hiperfrecuentación*

<i>COPE</i>	<b>Hiper frecuentador (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</b>	<b>Normo frecuentador (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</b>	<b><i>P</i></b>
<i>Afrontamiento activo</i>	2,63 (2,5-2,7)	2,49 (2,4-2,6)	0,118
<i>Negación</i>	1,86 (1,7-2,0)	1,73 (1,6-1,9)	0,186
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,46 (2,3-2,6)	2,34 (2,2-2,5)	0,167
<i>Crecimiento personal</i>	3,15 (3,0-3,3)	2,99 (2,8-3,1)	0,139
<i>Disfunción familiar</i>	13,93% (8,6-20,1)	7,87% (3,5-14,9)	0,170

## 5.13 Modelo multivariante en relación con la demanda asistencial

### *Modelo multivariante en relación a las visitas totales*

En la Tabla 33 se observa el modelo multivariante, realizado mediante regresión lineal, de las variables del estudio en relación al número de visitas totales. Se observa en el segundo paso como las variables nivel educativo y número de fármacos utilizados obtienen significación estadística en un modelo con una  $R^2$  corregida de 0,349 siendo la variable nivel educativo la que tiene un mayor coeficiente  $\beta$ .

Tabla 33

*Modelo multivariante (regresión lineal) en relación a las visitas totales*

Paso 1° (Regresión lineal);  $R^2$  corregida= 0,307

<i>Variable</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>EDAD</i>	0,055	0,911	0,364
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>	-4,790	-3,561	<b>0,001</b>
<i>POLIMEDICACIÓN</i>	-1,403	-0,797	0,427
<i>Nº FÁRMACOS</i>	0,619	5,408	<b>&lt;0,0001</b>
<i>EPQ : extraversión</i>	-0,062	-0,314	0,754
<i>EPQ : deseabilidad social</i>	-0,267	-0,088	0,230
<i>GHQ-28: síntomas somáticos</i>	0,334	0,111	0,551
<i>GHQ-28: ansiedad</i>	-0,191	-0,313	0,755
<i>PROBLEMA PSICO-SOCIAL</i>	-0,804	-0,441	0,660
<i>COPE: aceptación</i>	0,440	0,533	0,595
<i>COPE: negación</i>	-0,575	-0,764	0,446
<i>COPE: crecimiento personal</i>	-0,345	.0,389	0,698
<i>COPE: reinterpretación positiva</i>	-0,478	-0,577	0,565
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>	-2,102	-1,221	0,224
<i>BMQ: La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,495	1,208	0,229

Paso 2° (Regresión lineal) R<sup>2</sup> corregida = 0,349

<i>Variable</i>	<i>β (IC95%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>	-5,064 (-7,493, -2,634)	-4,118	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Nº FÁRMACOS</i>	0,603 (0,434-0,772)	7,034	<b>&lt;0,0001</b>
<i>EPQ: deseabilidad social</i>	-0,302 (-0,697-0,093)	-1,509	0,133
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>	-1,698 (-4,658-1,262)	-1,133	0,259
<i>BMQ: La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,465 (-0,250-1,181)	1,285	0,201

*Visitas totales = 8,063 + 0,603\*Número de fármacos + 0,465\*ítem 3 del BMQ – 5,064\*Nivel educativo – 0,032\*EPQ: deseabilidad social – 1,698\*Función familiar*

*Modelo multivariante en relación a la hiperfrecuentación*

En la Tabla 34 se observa el modelo multivariante, realizado mediante regresión logística binaria, de las variables del estudio en relación a la hiperfrecuentación. Se observa en el segundo paso como las variables número de fármacos utilizados y la subescala de disfunción social del cuestionario GHQ-28, obtienen significación estadística en un modelo con una variabilidad no explicada por las variables utilizadas que va de una R<sup>2</sup> de Cox de 0,242 a una R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 0,326 con un porcentaje de clasificación del 73,5%.

Tabla 34

*Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación a la hiperfrecuentación*

Paso 1°. R<sup>2</sup> de Cox = 0,306; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,412; porcentaje de clasificación = 75,0%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Expo (β)</i>
<i>EDAD</i>	1,064	0,302	1,028
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>	5,020	<b>0,025</b>	4,402
<i>POLIMEDICACIÓN</i>	0,795	0,373	2,066
<i>Nº DE FÁRMACOS</i>	14,162	<b>&lt;0,0001</b>	1,222
<i>EPQ-RS: psicoticismo</i>	2,313	0,128	1,162
<i>EPQ-RS: discapacidad social</i>	0,578	0,447	0,928
<i>GHQ-28: síntomas somáticos</i>	3,390	0,066	1,554
<i>GHQ-28: ansiedad</i>	0,280	0,596	1,144
<i>GHQ-28: disfunción social</i>	4,191	<b>0,041</b>	1,575
<i>GHQ-28: escala global</i>	2,022	0,155	0,787
<i>PROBLEMA PSICO-SOCIAL +</i>	0,459	0,498	1,637
<i>COPE: Afrontamiento activo</i>	0,244	0,621	0,810
<i>COPE: Centrarse en las emociones</i>	0,103	0,748	1,118
<i>COPE: Negación</i>	0,817	0,366	0,760
<i>COPE: Refrenar el afrontamiento</i>	0,022	0,881	1,064
<i>COPE: Crecimiento personal</i>	0,062	0,803	1,088
<i>FUNCIÓN FAMILIAR</i>	0,543	0,461	1,669
<i>BMQ: La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	1,385	0,239	1,215

Paso 2°. R<sup>2</sup> de Cox = 0,242; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,326; porcentaje de clasificación = 73,5%

<i>Variable</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Expo (β) (IC95%)</i>
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>	3,280	0,070	2,196 (0,937-5,146)
<i>Nº DE FÁRMACOS</i>	26,395	<b>&lt;0,0001</b>	1,202 (1,121-1,289)
<i>EPQ-RS: psicoticismo</i>	3,533	0,060	1,156 (0,994-1,344)
<i>GHQ-28: síntomas somáticos</i>	1,138	0,286	1,182 (0,869-1,607)
<i>GHQ-28: disfunción social</i>	4,753	<b>0,029</b>	1,334 (1,030-1,728)
<i>GHQ-28: escala global</i>	1,923	0,165	0,904 (0,784-1,043)

*Logit (p) = -3,737 + 0,787\*Nivel educativo + 0,184\*Número de fármacos + 0,145\*EPQ: psicoticismo + 0,167\*GHQ: síntomas somáticos + 0,288\*GHQ: disfunción social - 0,101\*GHQ: escala global*

## 5.14 Resumen del modelo bivariante en relación con la adherencia terapéutica

### *Modelo bivariante en relación con la adherencia terapéutica*

La Tabla 35 muestra el resumen del análisis bivariante en relación con la adherencia terapéutica con las variables que alcanzaron una  $p \leq 0,20$ .

Tabla 35

### *Modelo bivariante en relación con la adherencia terapéutica*

	<i>Cumplidor</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Incumplidor</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>EDAD</i>	66,94 (65,0-68,9)	63,87 (62,3-65,4)	<b>0,014</b>
<i>NIVEL EDUCATIVO</i>			
<i>Universitario</i>	26,09% (18,7-34,7)	14,58% (8,5-22,7)	<b>0,041</b>
<i>Nº de fármacos</i>	9,74 (8,8-10,7)	11,73 (10,5-13,0)	<b>0,011</b>
<i>EPQ-RS</i>			
<i>Neuroticismo</i>	5,24 (4,6-5,9)	6,22 (5,6-6,9)	<b>0,035</b>
<i>Psicoticismo</i>	3,69 (3,3-4,1)	4,17 (3,7-4,6)	0,104
<i>GHQ-28</i>			
<i>Síntomas somáticos</i>	1,74 (1,4-2,1)	3,23 (2,8-3,7)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Ansiedad</i>	1,81 (1,4-2,2)	3,54 (3,0-4,0)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Disfunción social</i>	1,53 (1,1-1,9)	2,68 (2,2-3,2)	<b>0,001</b>
<i>Depresión grave</i>	0,40 (0,2-0,6)	1,29 (0,9-1,7)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Escala global</i>	5,48 (4,4-6,6)	10,74 (9,3-12,2)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Problema psico-social +</i>	36,52% (28,1-45,6)	72,92% (63,4-81,1)	<b>&lt;0,0001</b>

Tabla 35 Continuación

*Modelo bivariante en relación con la adherencia terapéutica*

<i>COPE</i>	<i>Cumplidor</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Incumplidor</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,57 (2,4-2,8)	2,63 (2,5-2,8)	0,200
<i>Afrontamiento activo</i>	2,54 (2,4-2,7)	2,64 (2,5-2,8)	0,150
<i>Aceptación</i>	2,75 (2,5-3,0)	2,76 (2,6-3,0)	0,197
<i>Negación</i>	1,74 (1,6-1,9)	1,92 (1,8-2,1)	<b>0,026</b>
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,24 (2,1-2,4)	2,55 (2,2-2,8)	0,148
<i>Evadirse</i>	1,81 (1,7-2,6)	2,18 (1,7-2,6)	0,114
<i>SS-A</i>			
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	73,25 (71,2-75,3)	70,53 (68,6-72,5)	0,142
<i>Puntos APGAR-f</i>	9,13 (8,7-9,5)	8,29 (7,8-8,8)	<b>0,008</b>
<i>Disfunción familiar</i>	7,83% (3,9-13,9)	15,63% (9,4-23,9)	0,076

Tabla 35 Continuación

*Modelo bivariante en relación con la adherencia terapéutica*

<i>BMQ</i>	<i>Cumplidor (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Incumplidor (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>P</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	1,77 (1,6-2,0)	3,09 (2,9-3,3)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	1,93 (1,7-2,2)	3,05 (2,8-3,3)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	1,95 (1,7-2,2)	3,43 (3,2-3,7)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,22 (2,0-2,5)	2,98 (2,8-3,2)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	1,30 (1,2-1,4)	2,42 (2,2-2,6)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	1,40 (1,2-1,6)	2,61 (2,4-2,9)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	2,83 (2,5-3,2)	3,66 (3,5-3,9)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	2,30 (2,0-2,6)	3,72 (3,5-4,0)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Escala global</i>	15,70 (15,0-16,5)	24,96 (24,1-25,8)	<b>&lt;0,0001</b>

## 5.15 Modelo multivariante en relación con la adherencia terapéutica

El análisis multivariante de las variables relacionadas con la adherencia terapéutica se realizó excluyendo los resultados del cuestionario BMQ ya que su escala global tenía un coeficiente d de Cohen de magnitud de impacto de 2,628 y al realizar un ANOVA se encontró un estadístico F de 237,474 ( $p < \mathbf{0,0001}$ ) por lo que su inclusión en el modelo impediría el análisis de las demás variables.

La Tabla 36 muestra el resultado final del modelo multivariante, realizado mediante regresión logística binaria por un procedimiento hacia atrás (Wald), en relación con la adherencia terapéutica.

Tabla 36

*Modelo multivariante en relación con la adherencia terapéutica*

R<sup>2</sup> de Cox = 0,208; R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,278; porcentaje de clasificación = 71,1%

Variable	Wald	<i>p</i>	Expo ( $\beta$ ) (IC95%)
<b>GHQ: ansiedad</b>	3,574	0,059	0,829 (0,682-1,007)
<b>Cribado + de problema psico-social</b>	5,571	<b>0,018</b>	3,037 (1,207-7,641)
<b>COPE: negación</b>	4,256	<b>0,039</b>	0,606 (0,376-0,975)
<b>COPE: crecimiento personal</b>	6,216	<b>0,013</b>	0,569 (0,366-0,887)
<b>Puntos APGAR-familiar</b>	4,401	<b>0,036</b>	1,195 (1,012-1,411)

*Logit (p) = 1,280 + 1,111\*Cribado + de problema psicológico y/o social + 0,178\*Puntuación APGAR-familiar - 0,188\*GHQ: ansiedad - 0,501 COPE: negación - 0,563\*COPE: crecimiento personal*

## 6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 6.1 Limitaciones y sesgos

#### *Limitaciones del diseño*

El diseño transversal de este estudio sólo permite la formulación de hipótesis sobre la relación entre las diferentes variables estudiadas. El hecho de utilizar algunos resultados intermedios como las cifras de TA y HbA1c no permite plantear, directamente, la relación de las variables con la enfermedad cardiovascular. De las hipótesis desarrolladas con este estudio se deriva la necesidad de realizar futuras investigaciones con un diseño longitudinal y/o experimental que permita afirmar o desechar dichas hipótesis, así como evaluar el efecto de la intervención sobre las variables cognitivas y conductuales estudiadas.

#### *Sesgo de selección*

La selección de los pacientes fue aleatoria, dentro de la población de referencia del centro de salud en el que se realizó el estudio. En cualquier caso, la muestra estudiada solo es representativa de esta población, que pertenece a un ámbito urbano de una ciudad de tamaño medio. El marco social de esta población es el de un sector de clase media en el primer cinturón de expansión de la ciudad y sin ninguna zona con necesidad de transformación social. En futuros estudios habrá que plantear la inclusión de otro tipo de poblaciones, especialmente del ámbito rural y de zonas socialmente más deprimidas.

#### *Sesgos de información*

Las variables demográficas y clínicas fueron recogidas mediante la revisión de la historia clínica digital de los pacientes. Dada la variabilidad en el registro de los diferentes médicos y enfermeras del centro de salud, puede existir algún sesgo derivado de la diferente

calidad del registro, en función de las características de los profesionales sanitarios y, también, de los propios pacientes. A pesar de esto, dado lo amplio de la muestra y la selección aleatoria de los pacientes este sesgo es posible que no influya en los resultados obtenidos. Las variables de tipo cognitivo y conductual fueron recogidas mediante cuestionarios autoadministrados, aunque un pequeño porcentaje de pacientes necesitaron la ayuda y aclaración de los investigadores que pudieron tener alguna influencia en las respuestas aunque dado que los investigadores fueron muchos, este sesgo puede ser considerado poco significativo. Algunos cuestionarios, como el GHQ-28, tienen una sensibilidad y especificidad determinadas, lo que puede hacer clasificar incorrectamente a algunos pacientes como ansiosos o deprimidos, sin embargo en este estudio se utilizó el punto de corte de este cuestionario y, también, su puntuación total y la de las diferentes subescalas, lo que minimiza este sesgo.

#### *Sesgos de confusión*

La revisión realizada en la justificación del estudio y el marco teórico del estudio indican la posibilidad de la influencia de las variables estudiadas en los parámetros control de la enfermedad, demanda asistencial y adherencia terapéutica, objetivos principales de estudio. Sin embargo, el alto número de variables estudiadas posibilita un cierto sesgo de confusión residual, así como la posibilidad de que alguna significación estadística se haya producido por azar. La utilización del análisis multivariante en las variables objetivo del estudio como el control de la enfermedad, la hiperfrecuentación o la adherencia terapéutica, minimiza el sesgo de confusión. En el análisis de este trabajo se han incluido todas las variables con  $p < 0,25$ , lo que hace muy improbable dejar fuera de los modelos variables relevantes (Geenland, 1989).

### *Otros sesgos*

En este estudio no se aprecian otros sesgos como el de Hawthorne que hace referencia al cambio de conductas al sentirse observado, dado que el diseño transversal lo elimina.

## **6.2 Resultados descriptivos**

### *Factores demográficos*

En los pacientes revisados en este estudio la proporción de mujeres es del 52,1%, cuando en los estudios de base poblacional la proporción de varones es más alta, como se aprecia en el trabajo de López-Bescós et al. (1999) que estudia la prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en la población española y en la que la proporción de mujeres fue del 48,4%. Esta diferencia se explica porque la muestra de este estudio se realizó entre pacientes que eran seguidos en un centro de salud, donde es conocida la mayor presencia de mujeres y coincidente con estudios más recientes que agrupan las diferentes cohortes de riesgo vascular seguidas en España (Grau et al., 2011), en la que la proporción de mujeres se situó en torno al 54%.

La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 65,17 años, ligeramente superior al estudio antes citado de López-Bescós et al. (1999) y más elevado que el del estudio de Grau et al. (2011) cuya edad media está alrededor de 54 años. Sin embargo estudios de los factores de riesgo vascular, realizados específicamente en el ámbito de la atención primaria de salud muestran como los factores de riesgo vascular, excepto el tabaquismo, están presentes con más frecuencia en los pacientes de edad más elevada. Así en el trabajo de Baena-Díez et al. (2005), los pacientes entre 65 a 74 años presentaban una prevalencia de hipertensión, hipercolesterolemia o de diabetes un 50% más alta que en el tramo de edad de 55 y 64 años.

En el estudio de López-Bescós et al. (1999) se encuentra una proporción de casados o que viven en pareja del 74,9%, muy similar al 78,2% que aparece en la muestra analizada. En el mismo trabajo el porcentaje de universitarios se sitúa en el 19,3% también muy semejante al 20,8% (considerando la formación profesional como universitaria) de este trabajo.

#### *Consumo de fármacos*

Los pacientes tenían un promedio de utilización de 10,64 fármacos, lo que implica que existe una alta proporción de polimedicados (en este estudio del 83,4%) entre los pacientes de alto riesgo cardiovascular, lo que viene corroborado por otros trabajos como el de Ortega et al. (2011) que estudia el perfil de los polimedicados en un Distrito Sanitario, encontrando un promedio de fármacos de 9,2 en una muestra de pacientes en la que el 72,3% estaban diagnosticados de hipertensión arterial y el 46,5% eran diabéticos. Parece claro que la alta utilización de fármacos en estos pacientes puede tener influencia en su control por el incremento del riesgo de efectos secundarios, interacciones y baja adherencia terapéutica, de hecho en el estudio citado el porcentaje de incumplidores definidos por un método de estudio del cumplimiento autocomunicado, como es el test de Morisky-Green (1986), fue del 26,9%.

#### *Prevalencia de factores de riesgo*

La elevada prevalencia de hipertensión arterial (87,7%) y diabetes (63%) en la muestra estudiada viene determinada por los propios criterios de inclusión del estudio que buscaba incluir pacientes de alto riesgo vascular en los que la presencia de estas dos patologías, junto con factores demográficos ya comentados, es lo habitual. Es destacable la alta prevalencia de diabetes, justificada por los argumentos anteriores. La prevalencia de hipertensión en un estudio que agrupa

cohortes españolas de base poblacional es del 29 % y la de diabetes de un 14% (Baena-Díez et al., 2011).

### *Control de los factores de riesgo*

En relación con el control del metabolismo hidrocarbonado en pacientes diabéticos, se encontró en este trabajo un porcentaje de pacientes controlados, considerando estos los que tenían una HbA1c igual o inferior al 8%, del 83,6% y considerando un control estricto ( $HbA1c \leq 7\%$ ) el porcentaje de diabéticos controlados fue del 53,3%.

Otros estudios que han valorado el grado de control de la HbA1c de los diabéticos han sido el estudio HICAP (Márquez et al., 2007) que encontró un porcentaje de diabéticos con  $HbA1c < 6,5\%$  del 37,3% de manera global, descendiendo al 30% en los diabéticos de riesgo vascular muy alto. De cualquier modo en el presente trabajo presentaron una HbA1c igual o inferior al 6%, el 19,8% de los pacientes y entre 6 y 7%, el 36,4%, lo que los sitúa en cifras similares al estudio HICAP. Es cierto que esta cifra de control puede considerarse algo elevada, pero tras los resultados del estudio ACCORD (2008) que hacen dudar de la conveniencia de plantear como objetivos la reducción de la HbA1c por debajo del 6%, especialmente en pacientes con años de evolución de su diabetes, se prefirió en este estudio, dadas las características demográficas de la muestra, considerar como cifra control de HbA1c el 8%.

El control de la tensión arterial de este estudio fue del 58,4%, cifras más elevadas que las encontradas por Márquez et al. (2007) en el estudio HICAP que fue del 39,3%, por Álvarez-Sala et al. (2005) en el estudio PREVENCAT que fue del 40% o por Llisterri et al. (2008) en el estudio PRESCAP que fue del 41,4%. Esta diferencia puede explicarse porque los estudios anteriormente reseñados tenían, generalmente, una base poblacional, mientras que este trabajo se realiza sobre pacientes que son seguidos, de manera protocolizada, en atención primaria, lo

que corrobora los resultados del estudio QUALIHTA (Felip, Poch, Davins, & Coca, 2007), realizado en Unidades de Hipertensión Arterial de España, con unos resultados de control del 51,7%.

### *Demanda asistencial*

La demanda asistencial, especialmente en mayores de 65 años está relacionada, entre otros factores, con la presencia de enfermedades crónicas y de manera importante con la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo (Espinás, Riba, Borrás, & Sánchez, 1995). En la muestra de este trabajo se encuentra una frecuentación en los últimos 12 meses de 12,95 visitas, de las que 7,67 correspondían a la consulta médica y 5,42 a la consulta enfermera.

Llama la atención del mayor número de visitas a la consulta médica que a la consulta enfermera, sobre todo en un tipo de pacientes en los que se realizan pocos procedimientos diagnósticos nuevos y predomina el cuidado, la monitorización de parámetros biológicos y la evaluación de la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico, actividades que corresponden, básicamente, a la consulta enfermera.

Sin embargo los datos del Servicio Andaluz de Salud de 2008 (SAS, 2008), muestran como la frecuentación a consultas médicas en Andalucía fue de 7,46 y en Huelva de 6,97 y a la consulta enfermera de 6,54 y 5,79 respectivamente.

Aunque estos datos corresponden al global de las consultas, se observa como los datos de este estudio son similares al promedio de Huelva sobre población general. Este hecho puede explicarse por la protocolización de la atención mediante Procesos Asistenciales Integrados que intenta racionalizar las actividades asistenciales de este colectivo.

## *Personalidad*

Los resultados de este estudio en la dimensión extraversión del cuestionario EPQ fueron de 7,41 que corresponde a una puntuación relativamente alta. Las puntuaciones altas en esta escala caracterizan a sujetos con los siguientes aspectos de personalidad: sociable, excitable, impulsivo, inclinado al cambio, optimista y poco sensible. Puntuaciones bajas caracterizan a sujetos que tenderán a ser: retraídos, tranquilos, previsores, reservados, desconfiados, controlados y con baja tendencia a la agresión. La evaluación de esta dimensión en pacientes con dolor crónico mostró que los pacientes que se clasificaban como caso con alteración psicopatológica presentaban puntuaciones menores en esta dimensión (Infante, 2002). Esta dimensión se ha correlacionado positivamente con una mejor salud mental y física percibida en pacientes con lupus eritematoso sistémico (Minami, Sasaki, Arai, Hosokawa, & Hisamichi, 2001).

La dimensión de neuroticismo obtuvo una puntuación media de 5,69, que es una puntuación intermedia. Puntuaciones altas en esta dimensión, señalan elevados niveles de ansiedad, fuertes cambios de humor en cortos períodos de tiempo, desórdenes psicósomáticos y dificultad en volver al estado emocional anterior a la respuesta nueva. A la inversa, puntuaciones bajas representan características descritas como estabilidad: calma, control emocional, tono débil de respuestas y constancia en el humor. En la tesis de Infante (2002), la autora encuentra que los pacientes clasificados como caso con alteración psicopatológica, presentaban puntuaciones más elevadas en esta dimensión, asimismo puntuaciones altas de esta dimensión se relacionan con un menor sentimiento de que la vida merece la pena ser vivida (*ikigai* en japonés) en pacientes de Japón con lupus eritematoso sistémico (Minami et al., 2001). También existen estudios que relacionan las puntuaciones elevadas en la escala de neuroticismo con un incremento en el riesgo de muerte de causa cardiovascular (Shipley et al., 2007).

La puntuación media de la dimensión psicoticismo obtenida fue de 3,91 que corresponde a una puntuación baja. Esta dimensión fue descrita por Eysenck (1975) como “*dureza*” y los sujetos con puntuaciones altas presentan atributos de un pensamiento duro, tales como: despreocupación, crueldad, inclinación hacia las cosas raras, falta de empatía y generación de conflictos en el medio.

La dimensión de deseabilidad social o veracidad está orientada a medir la tendencia del sujeto que responde al disimulo o simulación de respuestas para dar una buena impresión, por lo tanto, esta escala mediría el grado de veracidad de las respuestas. En este trabajo se obtuvo una puntuación media de 8,93, relativamente elevada.

En relación a la personalidad y la enfermedad cardiovascular, aunque no ha sido estudiada en este trabajo, en la última década ha aparecido en la literatura un cierto interés por la personalidad tipo D y su relación con la morbimortalidad cardiovascular. Este constructo está integrado por dos características principales, la afectividad negativa y la inhibición social (Denollet, 1998) y se ha relacionado con una alta prevalencia de hipertensión arterial, tabaquismo y sedentarismo (Kupper et al., 2011), así como un peor estado físico y mental (Versteeg, Spek, Pedersen, & Denollet, 2012) en los individuos con este tipo de personalidad.

También otros aspectos de la personalidad como el optimismo disposicional, tampoco abordados en este estudio, se ha relacionado con unos niveles más bajos de marcadores bioquímicos de inflamación, relacionados con la enfermedad cardiovascular (Royet et al., 2010).

#### *Malestar psíquico*

Esta dimensión ha sido analizada con el cuestionario GHQ-28 que consta de 28 ítems distribuidos en 4 subescalas de 7 ítems cada una que evalúan las dimensiones: síntomas somáticos, ansiedad,

disfunción social y depresión grave. También se evalúa la puntuación total como reflejo de la malestar psíquico y salud percibida por los sujetos y existe un punto de corte de cribado de problema psicológico y/o social en esta escala global.

En este trabajo la dimensión síntomas somáticos obtuvo una puntuación media de 2,42, en la dimensión ansiedad/insomnio se obtuvo una puntuación de 2,60; la dimensión disfunción social tuvo un promedio de puntuación de 2,05 y la puntuación media obtenida por la dimensión depresión grave fue de 0,81. La puntuación total del cuestionario fue de 7,87 lo que supone una puntuación superior a más de 6 respuestas positivas (bastante o mucho más que lo habitual) que es el punto de corte habitual para considerar la existencia de problema psicosocial que en este estudio tuvo una frecuencia del 53,08%.

Estos datos son similares a los obtenidos por De la Revilla et al. (2004) en pacientes atendidos en atención primaria en centros de salud de Granada. Algunos estudios observan altas puntuaciones del GHQ en pacientes con riesgo vascular (Conelly, Cooper, Mann, & Meade, 1998; Christensen, Engberg, & Lauritzen, 2004), observando como la información sobre la enfermedad puede modelar a medio plazo estas puntuaciones. Las altas puntuaciones de la subescala de depresión también se han asociado al incremento de mortalidad al año de haber sufrido un ictus (House, Knapp, Bamford, & Vail, 2001).

Un reciente metanálisis ha puesto de manifiesto la asociación entre niveles elevados de ansiedad y enfermedad coronaria con un incremento del riesgo del 26%, y con la muerte de origen cardiaca con un riesgo incrementado del 48% (Roest et al., 2010).

Asimismo se ha evidenciado que la ansiedad puede originar un incremento del 28% y la depresión del 26% del riesgo de

hospitalización en pacientes con enfermedad cardiovascular (Chamberlain et al., 2011).

### *Apoyo social*

Los resultados del cuestionario SS-A, utilizado para medir esta dimensión, mostraron una puntuación media de 71,52. Esto implica un elevado apoyo social tanto en el ámbito familiar como en el entorno social de la muestra del trabajo. Existen pocos trabajos que evalúen el apoyo social percibido con el instrumento SS-A en pacientes de riesgo vascular. Sin embargo si se ha observado un incremento del riesgo de muerte y/o de reinfarto en pacientes con bajas puntuaciones de la escala de apoyo social en el estudio *Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease* (ENRICH), realizado por Burg et al. (2005).

### *Afrontamiento del estrés*

Las estrategias de afrontamiento que obtuvieron unas puntuaciones más elevadas en este estudio fueron:

➤ Crecimiento personal	3,00
➤ Reinterpretación positiva	2,73
➤ Apoyo en la religión	2,72
➤ Aceptación	2,69
➤ Búsqueda de apoyo social	2,57
➤ Afrontamiento activo	2,57
➤ Realización de actividades distractoras	2,43
➤ Refrenar el afrontamiento	2,41
➤ Concentrar esfuerzos para alcanzar solución	2,38
➤ Centrarse en las emociones	2,29

En un estudio sobre el impacto del aprendizaje social en el envejecimiento femenino (Krzamien et al., 2004), se observó que las estrategias más frecuentemente referidas fueron: afrontamiento activo,

reinterpretación positiva, realización de actividades distractoras, búsqueda de apoyo social, apoyo en la religión y aceptación.

En pacientes con cáncer hematológico en Malasia (Priscilla, Hamidin, Azhar, Salmiah, & Bahariah, 2011), las estrategias de afrontamiento más frecuentemente referidas fueron: abandono de afrontamiento, afrontamiento activo, negación, realización de actividades distractoras, consumo de sustancias, aceptación, búsqueda de apoyo social, apoyo en la religión y reinterpretación positiva. En otro estudio (Trivedi et al., 2009) en pacientes con insuficiencia cardiaca las estrategias que se encontraron con más frecuencia fueron: abandono de afrontamiento, negación y búsqueda de apoyo social.

Parece evidente que los diferentes contextos en que se realizan estos estudios dan origen a resultados variables, aunque parece existir una cierta tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento que podríamos considerar como positivas en la dimensión cognitiva y/o conductual.

En pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca se ha observado como estrategias de afrontamiento poco adaptativas se relacionan con una peor calidad de vida y aumento de síntomas depresivos (Klein, Turvey & Pies, 2007) y también se sugiere la posibilidad de que intervenciones diseñadas para mejorar el afrontamiento pueden reducir los síntomas depresivos en estos pacientes (Trivedi et al., 2009).

Como explicación fisiopatológica que relaciona esta dimensión del afrontamiento del estrés con marcadores biológicos, se ha observado una correlación negativa entre cifras de cortisol plasmático y la estrategia de afrontamiento "*búsqueda de apoyo social*" (O'Donnell, Badrick, Kumari, & Steptoe, 2008).

### *Función familiar*

El cuestionario APGAR familiar obtuvo una puntuación total media de 8,69 sobre un máximo de 10 puntos posibles, lo que implica, en general, una buena función familiar.

La función familiar fue normal en 187 pacientes (88,6%), presentaron disfunción leve 21 (10%) y disfunción grave 3 (1,4%).

Rodríguez-Sánchez et al. (2011), encontró una prevalencia de disfunción familiar, utilizando este cuestionario del 30,07% con un puntuación global media de 7,6.

En un estudio en pacientes de riesgo vascular (Spangler & Konen, 1993) los hipertensos presentaron una puntuación media de 7,9 y los diabéticos tipo 2 de 7,2, algo más bajas que las de este estudio.

### *Creencias y opiniones sobre la medicación*

La respuesta al cuestionario de opinión sobre los medicamentos (BMQ), presentó una puntuación en su escala global de 21,40 puntos.

Esta puntuación es similar a la que presento el estudio de Beléndez et al. (2007), realizado en hipertensos y diabéticos.

### *Adherencia terapéutica*

Utilizando el cuestionario de Morisky y Green para medir el cumplimiento terapéutico farmacológico, el porcentaje de pacientes incumplidores fue del 45,50%, algo superior a los referidos por Márquez et al. (2006) en su revisión.

Este hallazgo puede deberse al importante porcentaje de pacientes polimedicados presente en la muestra estudiada. Como es conocido, la polimedicación es un factor determinante del incumplimiento terapéutico.

### **6.3 Resultados en función del sexo**

No existió diferencia en la prevalencia de hipertensión arterial entre varones y mujeres. Se encontró una TAS media más elevada en varones que en mujeres sin diferencias en la TAD media ni en el porcentaje de pacientes con control de las cifras de TA. Este hecho, sin significación estadística, se encontró en el estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la provincia de Huelva (Grupo Onuba, 1991) en el que los varones presentaron una TAS media de 134,5 mmHg frente a los 133,13 mmHg de las mujeres. Un estudio reciente que incluyó 10.743 pacientes hipertensos, encontró un mayor grado de control de la TA en las mujeres que en los varones (Cordero et al., 2011).

Se ha encontrado una frecuencia más alta de diabetes en varones que en mujeres sin diferencias en su grado de control. Aunque el muestreo de este estudio no tiene una base poblacional, sus resultados son coherentes con el estudio realizado con los datos de la OMS por Wild et al. (2004) que encuentra una mayor prevalencia de diabetes, a nivel mundial, en los varones que en las mujeres, aunque este patrón de prevalencia se invierte a partir de los 70 años.

En un estudio de prevalencia realizado en Asturias (Botas et al., 2002) también se encuentra una prevalencia más elevada de diabetes en los varones (11,7%) que en las mujeres (8,2%). Sin embargo en el estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la provincia de Huelva (Grupo Onuba, 1991), se encuentra una prevalencia de diabetes en varones del 4,55% frente al 6,02 de las mujeres. En el estudio de base poblacional más reciente realizado en España, el estudio *di@betes*, se encontró que el sexo femenino se asociaba a una menor prevalencia de diabetes, con una Odds Ratio de 0,34 (IC95%: 0,28-0,45), (Soriguer et al., 2012). Dada la metodología de muestreo de este estudio, realizado sobre una población de pacientes en

seguimiento en centros de salud, estas diferencias de prevalencia no pueden considerarse importantes.

La demanda asistencial y el porcentaje de hiperfrecuentadores no presentaron diferencias por sexo.

El cuestionario EPQ de personalidad mostró puntuaciones más elevadas de las mujeres en las dimensiones de neuroticismo, psicoticismo y deseabilidad social. La diferencia en la subescala de neuroticismo es congruente con los resultados encontrados en otros estudios como el de Aluja, García y García (2003) realizado en estudiantes universitarios, el de Miles, Shevlin y McGhee (1999) en pacientes dermatológicos o el propio de Eysenck y Eysenck (1985); sin embargo, en todos los estudios reseñados, se encuentran puntuaciones más elevadas en la subescala de psicoticismo de los varones a diferencia de los resultados de este trabajo, sin que exista una explicación coherente. La subescala de deseabilidad social presenta resultados diversos en los diferentes estudios al estar más relacionada con el tipo de población estudiada.

El cuestionario de malestar psíquico y salud percibida GHQ-28 mostró puntuaciones más altas de las mujeres en las subescalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio, así como en su puntuación total, aunque no hubo diferencias por sexo en el porcentaje de pacientes con puntuaciones por encima del punto de corte para la catalogación de caso de problema psicosocial. En el estudio de Murphy y Lloyd (2009) sobre población general del Reino Unido, utilizando la versión reducida del GHQ con 12 ítems, también se encuentra una puntuación total media superior en mujeres que en varones. Matud y Aguilera (2009) en su estudio sobre población general también encuentra diferencias significativas en las escalas de síntomas somáticos y la de ansiedad e insomnio del GHQ-28, con puntuaciones más elevadas en las mujeres que en los varones. Estos resultados pueden indicar una mayor

percepción de síntomas y tendencia a los síntomas ansiosos en las mujeres que en los hombres. Estos resultados también van en la misma línea que los aportados por Rodríguez et al. (2011) que encuentra una mayor percepción sintomática en mujeres hipertensas (80%) que en varones (54,5%).

No existieron diferencias en las puntuaciones del cuestionario SS-A de apoyo social, probablemente en relación con las altas puntuaciones alcanzadas, de manera generalizada, en este cuestionario en los pacientes estudiados. Esto puede ser debido al entorno social del centro de salud donde se realizó el estudio, dado que se trata de una población urbana, de clase social media y, en general, con una estructura cohesionada y un buen funcionamiento de las asociaciones ciudadanas (asociaciones de vecinos, de pacientes, etc). En la revisión de Kristofferzon, Löfmark y Carlsson (2003), en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, las mujeres perciben un menor soporte social que los hombres, al año del evento cardiaco, especialmente en la dimensión de soporte instrumental.

En relación con el cuestionario COPE de estilos de afrontamiento se ha encontrado relación entre el sexo y los siguientes estilos de afrontamiento:

- Apoyo en la religión, abandono del afrontamiento y centrarse en las emociones que alcanzaron puntuaciones significativamente más altas en las mujeres
- Humor: con puntuaciones medias significativamente más altas en los varones

Estos resultados indican una tendencia en la mujer a utilizar modos de afrontamiento más pasivos que los varones. En un estudio en adolescentes chinos (Wu, Siu, & Ho, 2011) se encontró una débil asociación entre el estilo de afrontamiento centrado en las emociones y el sexo femenino.

Sullivan (2002) encontró relación entre los estilos de afrontamiento, búsqueda de apoyo social, abandono de afrontamiento, apoyo en la religión y centrarse en las emociones y el sexo femenino en padres de niños con síndrome de Down. Este aspecto también ha sido señalado por Kristofferzon et al. (2003) en su revisión sobre diferencias por sexo en estilos de afrontamiento y soporte social percibido tras un infarto de miocardio. La misma autora encuentra una mayor utilización de estrategias de afrontamiento de tipo evasivo o distractor en las mujeres que han sufrido un infarto de miocardio (Kristofferzon, Löfmark, & Carlsson, 2005).

La puntuación del APGAR-familiar fue significativamente más elevada en los varones que en las mujeres, aunque no hubo diferencias significativas en la aparición de casos de disfunción familiar. Resultados similares se obtuvieron en el trabajo de Gardner et al. (2001) y en el estudio español de Bellón et al. (1996), lo que plantea que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar disfunción familiar que los varones.

En el cuestionario de opiniones sobre la medicación, no hubo diferencias por sexo, salvo en la respuesta al ítem “*la mayoría de los medicamentos crean adicción*” que presentó puntuaciones medias más altas en las mujeres que en los varones. Este resultado no tiene un correlato en la bibliografía y existe la posibilidad de que, dada la pequeña diferencia en las puntuaciones medias, pueda ser un simple hallazgo casual.

No se han hallado diferencias en la adherencia terapéutica en relación con el sexo de los pacientes en este estudio. Sin embargo Gil y Merino (1995), si encuentran un menor cumplimiento en los varones, aunque este dato es bastante controvertido y no se ha visto corroborado en otros estudios.

## 6.4 Según la edad

No se ha encontrado en este estudio relación entre edad y factores de riesgo presentes. Se ha encontrado una correlación negativa entre las cifras de TAD y la edad, hecho que ya se ha referido en la literatura, (Belza, Quiroga, Beland, & Zunzunegui, 1997) que encuentran una disminución de la TAD con la edad (2,75 mmHg por cada 10 años de edad).

Se ha encontrado también una correlación positiva entre edad y visitas a consulta enfermera. Es un hecho constatado la mayor utilización de consultas en los extremos de la vida, siendo el triple en los mayores de 65 años con respecto al tramo de edad de 15 a 49 años (Tapia, Gil, & Orozco, 2005; Martín & Otero, 1992).

Asimismo la edad media más elevada de los pacientes hiperfrecuentadores que se encontró en este trabajo, corrobora los datos encontrados por Neal, Dowell, Heywood y Morley (1996). En cualquier caso, aunque es evidente que la edad es un determinante de la utilización de los servicios sanitarios, su influencia es modesta, explicando en torno al 1% de la variabilidad de la utilización de consultas (Bellón et al., 1995). Sin embargo en los pacientes de este estudio hay que considerar la coexistencia de morbilidad cardiovascular, que es también un importante determinante de la frecuentación.

Existió una correlación negativa entre la dimensión de extraversión del cuestionario de personalidad EPQ y la edad y, asimismo, una correlación positiva con la dimensión de psicoticismo. Este resultado es coherente con el encontrado por Cardenal y Fierro (2001), en su estudio sobre diferencias por edad y sexo de las variables de personalidad medidas por el instrumento *Millon Index of Personality Styles* (MIPS), en el que encuentra una puntuación media en la subescala de extraversión

de 27,3 en el tramo de edad de 19 a 26 años frente a la puntuación de 23,51 en el tramo de 40 a 65 años con una  $p < 0,001$ .

No se encontró relación entre la edad y el malestar psíquico y la salud percibida medido por el cuestionario GHQ-28 y tampoco con la escala de soporte social SSA.

La relación entre las subescalas del cuestionario COPE y la edad, aparece en este trabajo en los estilos de afrontamiento “*búsqueda de apoyo en la religión*” y “*abandono del afrontamiento*”. En un estudio en cuidadores de pacientes con demencia Artaso, Goñi y Biurrun (2001) encontraron correlación entre la edad y las estrategias de afrontamiento medidas por el cuestionario de formas de afrontamiento de Lazarus y Folkman así como una correlación negativa con la estrategia de confrontación (intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas) y positiva con la estrategia de planificación (pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema).

La mayor utilización de estrategias de apoyo en la religión en los pacientes de mayor edad puede estar relación con la mayor práctica religiosa de este grupo de personas, por otra parte la estrategia de abandono de afrontamiento es coherente con la correlación negativa con estrategias de acción directa y la existencia de una cierta tendencia a la pasividad en el afrontamiento.

No se han hallado diferencias en la adherencia terapéutica en relación con la edad de los pacientes en este estudio. Sin embargo, Gil y Merino (1995), si encuentran un menor cumplimiento en los pacientes en edades extremas de la vida, como los adolescentes y los ancianos, hecho que también aparece en el trabajo de Brownlee-Duffeck et al. (1987).

## **6.5 En función del estado civil**

Se ha realizado una agrupación para facilitar el análisis de los datos, en una variable dicotómica del estado civil: vivir solo (soltero, viudo o separado)/vivir en pareja.

No se han encontrado diferencias significativas, por el estado civil, en la frecuencia de los factores de riesgo, en las cifras medias de las variables TA y HbA1c y en el porcentaje de control medio en el último año. Sin embargo, sí se ha encontrado un porcentaje significativamente superior de control actual de HbA1c entre los casados que entre los que viven solos. El trabajo de Ghazanfari et al. (2010) también encuentra una mayor prevalencia, sin significación estadística, en mujeres diabéticas casadas.

En la utilización de fármacos y en el porcentaje de polimedicados no ha existido diferencia en función del estado civil y en la demanda asistencial si se encontró una mayor frecuentación a la consulta enfermera de los pacientes que viven solos. Este resultado es congruente con el trabajo de Scaife et al. (2000) que encontró una relación positiva entre vivir solos e hiperfrecuentación. Esto parece indicar que no disponer de un soporte familiar predispone a la utilización de los servicios sanitarios, aunque en la muestra de este trabajo, probablemente sea la carga mórbida del riesgo vascular el determinante más potente para explicar la alta frecuentación, en general, de estos pacientes.

Las subescalas de neuroticismo y psicoticismo del cuestionario EPQ han presentado puntuaciones medias superiores en los que viven solos frente a los casados. Este cuestionario aplicado a personas de edad media del Reino Unido mostró una correlación positiva entre las puntuaciones de la subescala de psicoticismo y el hecho de ser divorciado, aunque no se encontró esta relación en la dimensión de neuroticismo (Cheng & Furnham, 2003).

En el análisis de los resultados del cuestionario GHQ-28 se han hallado puntuaciones más altas en los pacientes que viven solos en la puntuación total y en la dimensión de depresión grave, aunque no hubo diferencias en la prevalencia de casos de problema psicosocial. El estudio reciente de Theofilou (2011), realizado en pacientes con insuficiencia renal también muestra unas puntuaciones significativamente más altas en la dimensión depresión grave del GHQ-28 en pacientes divorciados que en los casados, aunque esta diferencia no se extiende a la puntuación total del cuestionario.

Las puntuaciones del cuestionario SS-A de apoyo social percibido no mostraron diferencias en función del estado civil.

Los estilos de afrontamiento, analizados mediante el cuestionario COPE, que mostraron diferencias significativas fueron, el abandono del afrontamiento, centrarse en las emociones, aceptación y evadirse, que presentaron puntuaciones más elevadas en los que viven solos frente a los casados. En pacientes con artrosis de rodilla o cadera también se encontraron puntuaciones más elevadas en las estrategias pasivas de afrontamiento aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas (Perrot et al., 2008).

Al analizar la función familiar mediante el cuestionario APGAR-familiar, se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones totales, presentando los casados las más elevadas. Asimismo, el porcentaje de disfunción familiar fue más prevalente en los que viven solos que en los casados. Estos resultados son similares a los encontrados por Bellón et al. (1996), que halló que los solteros, viudos y divorciados presentaban un mayor riesgo de padecer disfunción familiar.

## 6.6 Nivel de estudios

Se realizó una agrupación dicotómica para el análisis en pacientes no universitarios y universitarios, englobando en este último grupo a los que habían realizado licenciaturas, diplomaturas y formación profesional.

No hubo diferencias en función del nivel educativo en la frecuencia de factores ni en su control, aunque los universitarios presentaron una TAD media superior a los no universitarios, que probablemente es un hallazgo casual.

Tampoco se encontraron diferencias en el promedio de fármacos utilizados ni en el porcentaje de polimedicados.

Si se hallaron diferencias significativas en la utilización de los servicios sanitarios en función del nivel de estudios. Así los no universitarios realizaron un mayor número de visitas totales, a expensas de un número más elevado de visitas enfermeras. Existió asimismo un porcentaje mayor de hiperfrecuentadores entre los no universitarios. Estos datos son concordantes con la cohorte de Andalucía, estudiada por Bellón, Delgado, Luna y Lardelli (2007) que encontraron un promedio de visitas al médico de cabecera en torno a las 7 anuales en pacientes con nivel de estudios primario o sin estudios, mientras que los universitarios presentaron un promedio de 2,33. Asimismo la publicación de García et al. (2007) muestra una correlación negativa entre nivel de estudios y frecuentación.

En relación al cuestionario EPQ, se encontraron diferencias en la subescala de extraversión que presentó unos valores medios superiores en los universitarios que en los no universitarios. El trabajo de Minami et al. (2002) no encontró relación entre la subescala de extraversión del EPQ y el nivel educativo en mujeres con japonesas con lupus

eritematoso sistémico, aunque esta relación si se encontró en el estudio de Stöber (2001).

No se han encontrado diferencias por el nivel de estudios en los resultados del GHQ-28, aunque los no universitarios presentaron un mayor porcentaje de cribado positivo de problema psicológico y/o social. Tampoco se encontraron diferencias basadas en el nivel educativo en el cuestionario de apoyo social SS-A, en las puntuaciones del APGAR-familiar ni en la presencia de disfunción familiar.

En cuanto al análisis del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE, solo hubo diferencias significativas en el estilo de abandono de afrontamiento, que presentó valores superiores en los no universitarios que en los universitarios.

Las puntuaciones del cuestionario de creencias sobre los medicamentos no difirieron en base al nivel de estudios.

Como ya se ha señalado en otros estudios (Hulka, Cassel, Kupper, & Burdette, 1976), el nivel de estudios si establece diferencias en la adherencia terapéutica, encontrándose en este trabajo una mayor proporción de cumplidores entre los universitarios. Esta diferencia se ha explicado en base a la mayor comprensión del régimen terapéutico y la mayor información disponible en los pacientes con estudios universitarios (Davis, 1968).

Todos estos resultados parecen indicar que, salvo en la demanda asistencial donde existen datos consistentes de la relación del nivel educativo con la frecuentación de consultas y la adherencia terapéutica, el nivel de estudios es una variable poco influyente en las diversas dimensiones estudiadas.

## 6.7 Fármacos utilizados

No existieron diferencias en las variables edad, estado civil ni nivel educativo en relación al número de fármacos utilizados ni en relación al hecho de ser polimedicado.

El sexo femenino fue, significativamente, más utilizador de fármacos que el masculino, hecho que ya está descrito por Galindo, Esteve, Gatiús, Lacruz y Soler (2011) en pacientes con insuficiencia cardíaca.

La presencia de polimedicación en pacientes diabéticos se justifica por las comorbilidades habituales en estos pacientes como ya se reseñó por Struijs, Baan, Schellevis, Westert y Van den Bos (2006) que encontraron, en los Países Bajos, que más del 45% de los diabéticos, especialmente los de más edad, presentaban comorbilidades.

La relación entre la polimedicación y cifras más bajas de presión arterial y HbA1c, aunque no existen diferencias en el grado de control, puede ser consecuencia de la intensificación del tratamiento farmacológico para conseguir un mayor control.

La polimedicación y el mayor número de fármacos utilizados aparece en este estudio claramente relacionado con la demanda asistencial, tanto en visitas a consulta médica, a consulta enfermera y en el hecho de ser hiperfrecuentador. Villuendas et al. (2009) encuentran que el 76,83% de los pacientes hiperfrecuentadores en consultas de enfermería son, a su vez, polimedicados. Asimismo en el estudio de base poblacional danés de Vedsted, Sorensen y Mortensen (2004), también aparece la correlación entre hiperfrecuentación a consultas médicas y polimedicación.

Estos datos corroboran la estrecha relación entre polimedicación y demanda asistencial, probablemente en relación a una constelación

de factores como la posible pluripatología, los efectos adversos y posibles interacciones de la medicación, la dependencia del paciente con respecto a los servicios de salud, etc.

Existió una correlación positiva entre las altas puntuaciones en las subescalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio, así como en la escala global del GHQ-28 y el número de fármacos utilizados, y también el promedio de fármacos fue superior en los que se detectaba la presencia de problema psicológico y/o social. Los polimedicados también presentaron puntuaciones, significativamente más elevadas, en las subescalas de síntomas somáticos y disfunción social y de la escala global del GHQ-28.

Larosa, Consoli, Hubert-Vadenay y Laclesiau (2005) en población consultante de un centro de medicina preventiva encuentra asociación entre puntuaciones altas del GHQ-28 y utilización de mayor número de fármacos. Más conocida es la asociación entre puntuaciones altas de las diferentes versiones del GHQ y el uso de fármacos psicotrópicos (Turrina, Zimmermann-Tansell, Micciolo & Siciliani, 1993). También hay trabajos que encuentran unas puntuaciones elevadas del test de Goldberg para cribado de ansiedad y depresión. Así Ortega et al. (2011) encuentran un 40,7% de cribado positivo para depresión y un 36,3% para depresión, en pacientes polimedicados.

No se ha encontrado relación entre las variables soporte social, medido por el cuestionario SS-A, o las puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar, y el número de fármacos usados por los pacientes ni con la presencia de polimedicación, aunque si se ha observado un mayor porcentaje de disfunción familiar en los pacientes polimedicados.

Se ha encontrado una correlación negativa significativa entre el estilo de afrontamiento del cuestionario COPE de refrenar el afrontamiento y positiva con el estilo de realización de actividades

distractoras. No se encuentra referencia en la bibliografía sobre la posible relación entre los diferentes tipos de afrontamiento y el número de fármacos utilizados o la existencia de polimedicación.

La correlación entre el ítem 1 del cuestionario de opiniones sobre la medicación (los médicos utilizan demasiados medicamentos) y el número de fármacos, puede ser coherente con la situación de polimedicación del paciente.

También se ha hallado un promedio de fármacos utilizados en el último año superior en los incumplidores que en los cumplidores. Este hecho es muy conocido y ha sido estudiado por diversos autores (Haynes, Matterson, & Chobanian, 1982).

## **6.8 Existencia de problema psicosocial**

En la literatura existe cierta variabilidad en la utilización puntos de corte para la asignación de caso de problema psicológico y/o social (PSS) en la puntuación total del GHQ-28. Así, Retolaza et al. (1993) con un punto de corte entre  $> 6$  puntos encuentra una sensibilidad del 81,3%, con una especificidad del 65,7%. Por ello en este trabajo utilizamos este punto de corte para considerar caso de PSS.

La existencia de PSS se relacionó con las dimensiones extroversión, neuroticismo y deseabilidad social del cuestionario EPQ. La relación entre las dimensiones de extroversión y neuroticismo y puntuaciones elevadas del GHQ también se ha descrito por Lim (2011) en su trabajo sobre la caracterización del tipo D de personalidad en población coreana. También se ha encontrado relación entre la escala de neuroticismo del EPQ y la existencia de PSS con el cuestionario GHQ (Nordtug et al., 2011).

También existió relación entre las puntuaciones del SS-A y la presencia de PSS, presentando puntuaciones significativamente

inferiores del SS-A los casos de PSS. El trabajo de Silva y Barreto (2010) ha puesto de manifiesto la relación entre apoyo social y trastornos psiquiátricos menores en trabajadores de la banca. También De la Revilla, De los Rios y Luna (2007) han relacionado el bajo apoyo social con la presencia de trastornos psicosociales.

Los estilos de afrontamiento de tipo pasivo como el abandono del afrontamiento y centrarse en las emociones también presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en los casos de PSS. Estos resultados son similares a los encontrados por Trivedi et al. (2009) en pacientes con insuficiencia cardiaca.

El cuestionario de opiniones sobre la medicación en su puntuación total y en los ítems 1 (Los médicos utilizan demasiados medicamentos), 5 (Los medicamentos hacen más mal que bien), 7 (Los médicos confían demasiado en los medicamentos) y 8 (Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos), presentaron puntuaciones más altas en los casos de PSS. Estos resultados reflejan la necesidad de estos pacientes de una atención más centrada en el aspecto multidimensional del paciente, es decir de un abordaje biosicosocial.

El cribado positivo de PSS se asoció al incumplimiento terapéutico, presentándose en un porcentaje doble en los incumplidores que en los cumplidores. El papel de las dimensiones emocionales y de personalidad, junto con la importancia de variables situacionales de tipo educacional, soporte social o de creencias, ya ha sido señalado por Di Nicola y Di Matteo (1984).

## **6.9 Función familiar**

No se ha encontrado relación entre la presencia de disfunción familiar y las variables edad, sexo o nivel educativo.

La disfunción familiar fue significativamente más frecuente en los que viven solos que en los casados como ya se ha comentado y se refleja en el trabajo de Bellón et al. (1996).

Los pacientes con función familiar normal presentaron un mejor control metabólico de la HbA1c actual y en los últimos 12 meses. Este resultado es muy similar al publicado por Alba, Bastidas, Vivas y Gil (2009) que hallaron que la función familiar presentaba una clara relación con el control glucémico de diabéticos tipo 2.

No se obtuvo relación entre la función familiar y la demanda asistencial, lo que contrasta con los resultados de Bellón et al. (2007) que sí encontró una clara relación entre la demanda asistencial y las puntuaciones del APGAR-familiar. Este hecho puede ser explicado porque en la muestra de este trabajo el factor determinante de la demanda asistencial es la morbilidad de los sujetos incluidos en el estudio.

El promedio de puntuación de la subescala de extroversión del EPQ fue superior en los pacientes con función familiar normal, mientras que el de la subescala de neuroticismo fue significativamente más alto en los pacientes con disfunción familiar. Estos resultados se encuentran en la misma línea que los encontrados por Abilés et al. (2010), en pacientes quirúrgicos con obesidad mórbida.

Los promedios de puntuación de las dimensiones ansiedad e insomnio y depresión grave fueron, significativamente, más elevados en los pacientes con disfunción familiar frente a los normofuncionales. Asimismo los pacientes con PSS presentaron unas puntuaciones más elevadas en el APGAR-familiar. De la Revilla, Aybar y De los Rios (1997) encontraron resultados similares en pacientes de atención primaria que acudieron a consulta a un centro de salud urbano de la ciudad de Granada.

Asimismo se hallaron puntuaciones más bajas del cuestionario SS-A de soporte social en los pacientes con disfunción familiar. El soporte social, medido por la escala de DUKE, se correlacionó con la función familiar en pacientes hiperfrecuentadores en el estudio de Arroyo et al. (1998).

Los estilos de afrontamiento de tipo negativo de abandono del afrontamiento y centrarse en las emociones también presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en los casos de disfunción familiar. Desde una perspectiva inversa Preechawonq et al. (2007) relacionan la buena función familiar con estilos activos de afrontamiento.

En el cuestionario de opiniones sobre la medicación no hubo diferencias en relación a la función familiar salvo en el ítem 2 (*la mayoría de los medicamentos crean adicción*) que presentó puntuaciones más altas en los pacientes con disfunción familiar sin una clara razón y sin que existan resultados similares en la bibliografía.

Las puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar fueron más altas en los cumplidores que en los incumplidores, aunque no se objetivó asociación entre cumplimiento y función familiar. La influencia de los factores familiares en el cumplimiento ya ha sido señalada por Di Nicola y Di Matteo (1984).

## **6.10 Control de la TA en pacientes hipertensos**

No se han hallado, en este trabajo, diferencias en el porcentaje de hipertensos con sus cifras de TA en límites de control y no controlados, en función del sexo, la edad, el estado civil o el nivel educativo. En el trabajo de Cordero et al. (2011) la edad media de los hipertensos controlados era ligeramente superior a la de los no controlados y los varones presentaban unas tasas más bajas de control que las mujeres.

Tuesca-Molina, Gualla, Banegas y Graciani (2006), no hallaron, en hipertensos mayores, diferencias por sexo y si encontraron que los varones solteros presentaban una mayor tasa de control. Tampoco en el estudio PRESCAP (Rodríguez et al., 2005) se encontraron diferencia por edad y sexo en hipertensos mayores de 65 años atendidos en atención primaria. No parece que estas variables sociodemográficas tengan una gran importancia en el control de la TA.

Tampoco se han encontrado diferencias entre controlados y no controlados en base al número de fármacos utilizados, ni a la existencia o no de polimedicación. El estudio de Cordero et al. (2011), encuentra diferencias muy débiles en el grado de control en función del régimen de tratamiento antihipertensivo.

El número de visitas o la hiperfrecuentación no se han relacionado con un diferente porcentaje de pacientes hipertensos controlados lo que corrobora la impresión de que una mayor utilización de los servicios sanitarios no predice un mejor control de estos pacientes.

Las dimensiones del cuestionario EPQ de personalidad, no mostraron diferencias entre hipertensos controlados o no controlados. La relación entre personalidad e hipertensión arterial ha sido ampliamente estudiada, aunque, como expresan Jorgensen, Johnson, Kolodziej y Schreer (1996), esta relación es confusa y resulta difícil establecer una relación unívoca entre determinados aspectos de la personalidad con la falta de control de la TA.

La subescala de depresión grave del cuestionario GHQ-28 presento una puntuación más alta en los no controlados, lo que pone de relieve la relación entre este trastorno del ánimo y el control de la TA. Chamberlain et al. (2011) han encontrado un incremento significativo del ingreso por infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca y de la

mortalidad total en pacientes con enfermedad cardiovascular previa que presentaban características de depresión utilizando el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI) y esta diferencia no apareció en los pacientes con cribado positivo de ansiedad. La excelente revisión de Kent y Shapiro (2009) también pone de manifiesto la fuerte asociación entre depresión y cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca y remarca el incremento del riesgo de mortalidad por todas las causas en pacientes con infarto de miocardio y cribado positivo de depresión con diversos instrumentos.

Dentro de los estilos de afrontamiento del estrés medidos por el cuestionario COPE, mostraron diferencias significativas el estilo “*aceptación*”, con puntuaciones más altas en los no controlados y a la inversa el estilo “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” obtuvo puntuaciones más altas en los hipertensos controlados. Este resultado parece señalar que las estrategias de afrontamiento más activas y adaptativas pueden relacionarse con un mejor control de la TA. Existen trabajos que relacionan las estrategias de afrontamiento más desadaptativas con una peor evolución de la enfermedad cardiovascular (Klein et al., 2007; Trivedi et al., 2009).

Se ha encontrado en este trabajo una clara relación entre control de la TA y la función familiar, al presentar los hipertensos controlados una puntuación media significativamente superior que la de los no controlados, así como una mayor proporción de disfunción familiar en los no controlados. Aunque no estudiando directamente la función familiar, el trabajo de Kristofferzon et al. (2005) pone de relieve que el bajo apoyo social y familiar es un factor de mal pronóstico de la enfermedad cardiovascular. En el trabajo de Concha y Rodríguez (2010) se observa una clara asociación entre función familiar y control en pacientes hipertensos.

No se han encontrado diferencias entre el control y las creencias sobre los medicamentos, aunque la escala global presentaba una puntuación más elevada, aunque no estadísticamente significativa, en los hipertensos no controlados lo que puede apuntar hacia una tendencia a un peor control de los pacientes con opiniones negativas sobre los medicamentos, probablemente a causa de un menor cumplimiento terapéutico, como se expondrá más adelante.

También se ha encontrado una proporción más alta de pacientes cumplidores entre los hipertensos controlados, aunque esta diferencia no ha sido estadísticamente significativa. En el trabajo de Márquez et al. (2001) se observa claramente la relación entre cifras de TA y grado de control y cumplimiento terapéutico, utilizando monitorización ambulatoria de la presión arterial y la técnica del recuento de comprimidos para medir el cumplimiento terapéutico.

El análisis multivariante en relación al control de la TA en pacientes hipertensos mostró significación en las variables:

- Subescala de depresión grave del cuestionario GHQ-28 y cribado positivo de PSS en sentido negativo
- Estilos de afrontamiento “*aceptación*” y “*refrenar el afrontamiento*”, en sentido negativo
- Estilo de afrontamiento “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” en sentido positivo
- Escala global del cuestionario de opiniones sobre los medicamentos en sentido negativo

## **6.11 Control de la HbA1c en pacientes diabéticos**

En este estudio no se encuentran diferencias en el control de la HbA1c, tanto en el control moderado como estricto, en los pacientes diabéticos en relación al sexo y a la edad.

Existe una mayor proporción de casados entre los diabéticos con control moderado, aunque esta diferencia no se mantiene al analizar el control estricto. Esta diferencia puede estar asociada a la función familiar que analizaremos más adelante.

No se han hallado diferencias entre diabéticos controlados o no en base al nivel educativo, fármacos utilizados, proporción de polimedicados, demanda asistencial o proporción de hiperfrecuentadores, lo que parece indicar la escasa influencia de estos factores en el control del metabolismo hidrocarbonado de los diabéticos.

Los resultados de los cuestionarios de personalidad EPQ-RS y salud general GHQ-28 tampoco han presentado diferencias en función del control de la HbA1c.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se ha observado que los diabéticos no controlados presentaban unas puntuaciones superiores en el estilo “*abandono del afrontamiento*” (control moderado) y “*aceptación*” (control estricto) que pueden estar en relación con el aspecto ya reseñado de que estrategias de afrontamiento menos adaptativas y más pasivas se asocian con una peor evolución de la enfermedad cardiovascular (Klein et al., 2007; Trivedi et al., 2009).

Tanto cuando se analiza el control estricto como el moderado de la diabetes tipo 2 en relación a la función familiar, se observa, en este trabajo, como la disfunción familiar es mucho más frecuente en los diabéticos no controlados y los controlados presentan puntuaciones más elevadas en el cuestionario APGAR-familiar. Existen numerosos trabajos que relaciona la función familiar y el control de la diabetes, como el clásico de Cárdenas, Valbona, Baker y Yusim (1987) y algunos más recientes en el ámbito hispanoamericano como el de Álvarez (2005) o el de Concha y Rodríguez (2010) con resultados similares al presente

trabajo, lo que da consistencia a la hipótesis de que la disfunción familiar puede ser un predictor de mal control de la diabetes tipo 2.

No se encontraron diferencias en relación al cumplimiento ni a las opiniones sobre la medicación, aunque el porcentaje de cumplidores era más elevado en los diabéticos controlados, aunque esta diferencia no llegó a alcanzar significación estadística.

El análisis multivariante en relación al control moderado de la HbA1c ( $HbA1c \leq 8\%$ ) en pacientes diabéticos mostró significación en las variables:

- Subescala de depresión grave del cuestionario GHQ-28 en sentido negativo
- Estilo de afrontamiento “*abandono del afrontamiento*” en sentido también negativo
- Estilo de afrontamiento “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” en sentido positivo
- Nivel educativo en sentido positivo

El análisis multivariante en relación al control estricto de la HbA1c ( $HbA1c \leq 7\%$ ) en pacientes diabéticos mostró significación en la variable:

- Estilo de afrontamiento “*aceptación*” en sentido negativo

## **6.12 Control global de la enfermedad de base**

En este estudio los pacientes presentaron una situación de control de la hipertensión arterial (TA < 140/90 mmHg) en un 65%, casi el doble de las cifras aportadas por el estudio DARIOS (Baena-Díez et al., 2011) que recopila las diversas cohortes españolas de población general y que reseña cifras de control de la hipertensión del 44%. Como ya se ha comentado, el hecho de realizarse este estudio en pacientes que son seguidos en un centro de salud, puede explicar el mayor grado de control de los pacientes incluidos en este estudio.

En relación al control de la HbA1c de los pacientes diabéticos, considerando un control estricto del 7%, las cifras de control halladas en este trabajo son del 56,6% frente al 35% del estudio DARIOS por las mismas razones comentadas anteriormente.

Al analizar la relación entre control global y las demás variables del estudio no se encuentran diferencias, en el análisis bivalente, entre los pacientes controlados y no controlados en relación a la demanda asistencial, como ya se ha visto en otros trabajos anteriores (Atienza-Martín et al., 2008; Birtwhistle et al., 2004) y que plantea la racionalización de la frecuentación de estos pacientes mediante una adecuada planificación de visitas médicas y enfermeras, con un contenido coherente con la toma de decisiones necesaria y compartida y con el trabajo sobre las creencias y expectativas de los pacientes que faciliten su adherencia terapéutica.

Tampoco se encuentran diferencias en las puntuaciones del cuestionario EPQ ni SS-A, aunque existe una diferencia significativa, y relevante en la subescala de depresión grave del GHQ-28, que presenta unos valores más elevados en los pacientes no controlados que en los controlados. En un estudio sobre una cohorte japonesa de población general (Nishina, Nishina, Ohira, Makino, & Iso, 2011) se encontró que las escalas de ansiedad y depresión del GHQ-28 se relacionaban con la elevación de glucosa en ayunas, pero no con la falta de control en las cifras de presión arterial. El trabajo ya mencionado de Chamberlain et al. (2011) se pone de manifiesto la relación entre depresión y mal pronóstico de la enfermedad cardiovascular.

Donde sí se dan diferencias es en los distintos estilos de afrontamiento analizados con el cuestionario COPE, dado que la puntuación del estilo “*aceptación*” es significativamente superior en los no controlados que en los controlados y, a la inversa, en el estilo de “*concentrar esfuerzos para alcanzar una solución*”, las puntuaciones son

más altas en los controlados que en los que no lo están. Esto parece indicar que aquellos pacientes que realizan un estilo de afrontamiento activo del estrés generado por su enfermedad obtienen un mejor control que aquellos que realizan un afrontamiento de tipo más pasivo. Este hecho tiene importancia porque genera la hipótesis de que modificando los estilos de afrontamiento mediante una intervención cognitiva y/o conductual, es posible mejorar el control de estos pacientes y, por consiguiente se podría reducir la aparición de lesiones de los órganos diana cardiovasculares. El estudio de Vázquez-Campo, Bande-Rodríguez, Pérez-Dinamarca y Mouriño (2011), muestra cómo los pacientes diabéticos que utilizan estrategias de afrontamiento basadas en la comprensión y el abordaje directo del problema presentaban un mejor control de sus cifras de HbA1c.

Otra variable en la que también se encuentra diferencia entre pacientes controlados y no controlados es en la puntuación media del APGAR-familiar más elevada en los controlados, aunque no hubo diferencias en el porcentaje de pacientes con disfunción familiar. Estos resultados son similares a los publicados por Cárdenas et al. (1987) que encuentra una frecuencia superior de disfunción familiar cuanto peor es el control de la enfermedad.

Al analizar el cuestionario de opiniones sobre los medicamentos se encuentran diferencias, con puntuaciones más altas en los no controlados en los ítems 1 (*Los médicos utilizan demasiados medicamentos*) y 3 (*La mayoría de medicamentos crean adicción*), no siendo estadísticamente significativa la puntuación total de este cuestionario. Esto puede señalar hacia la hipótesis de que estas opiniones de rechazo al uso de los medicamentos pueden influir, a través de una baja adherencia terapéutica, a un pobre control de los factores de riesgo, aunque en este estudio no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de cumplidores entre pacientes

controlados y no controlados, aunque si existió una tendencia a un mayor cumplimiento en los controlados.

Dado que la variable control de la enfermedad es uno de los objetivos principales de este estudio, se realizó un análisis multivariante, incluyendo en el modelo todas las variables con una  $p < 0,20$  en el análisis bivariante. El resultado del análisis multivariante mostró una relación independiente negativa de las variables: ítem “*los médicos utilizan demasiados medicamentos*” del cuestionario BMQ y los estilos de afrontamiento de tipo pasivo “*aceptación*” y “*refrenar el afrontamiento*”, y una relación positiva con la variable: estilo “*concentrar esfuerzos para alcanzar una solución*” del cuestionario COPE que fue la que obtenía una mayor capacidad explicativa de la varianza. Esto corrobora la hipótesis antedicha de que estilos de afrontamiento de tipo activo favorecen el control de los factores de riesgo cardiovascular (Peyrot & McMurry, 1992)

### **6.13 Demanda asistencial**

No se ha encontrado relación entre el promedio de visitas y la edad, el sexo o el estado civil. Aunque estas variables si se han encontrado relacionadas con la demanda asistencial (Scaife et al., 2000), como evidenció el trabajo de Bellón et al. (2007), la morbilidad crónica y los problemas de salud mental son factores más potentes en la generación de demanda asistencial.

Existió una relación inversa entre el nivel educativo y la demanda asistencial, como ya se había descrito en el trabajo de Álvarez (2001) o en el de Montero (2007).

El mayor promedio de visitas encontrado en los pacientes diabéticos, diferencia que no existió en los hipertensos, tiene relación, lógicamente, con la mayor carga de morbilidad de esta enfermedad que genera un mayor consumo de visitas a los servicios sanitarios,

especialmente a consulta médica y enfermera, como se ha puesto de manifiesto en diversos estudios (Mata, Antoñanzas, Tafalla & Sanz, 2002; Isla et al., 2007).

Se halló una clara relación entre el número de fármacos y la polimedicación y el número de visitas, resultado que coincide con el encontrado por Montero (2007) y que puede tener como explicación la existencia de pluripatología en los pacientes que consumen muchos fármacos, pero también los problemas derivados de las interacciones medicamentosas y los efectos secundarios de los fármacos.

La personalidad no se ha relacionado con la demanda asistencial, mostrando solo una correlación negativa entre la subescala de deseabilidad social y el número de visitas.

El análisis de la relación entre la salud percibida, evaluada mediante el cuestionario GHQ-28 ha mostrado una correlación positiva entre las dimensiones “*síntomas somáticos*”, “*ansiedad e insomnio*” y “*disfunción social*”, así como en la escala global del cuestionario y el promedio de visitas en los últimos 12 meses. La peor salud percibida ha sido relacionada con la hiperfrecuentación por Baez et al. (1998), y se ha corroborado esta relación en el estudio de Bellón et al. (2007) que encontró una correlación positiva del número de visitas a consultas médicas en Andalucía con todas las subescalas del GHQ-28. Los pacientes con cribado positivo de problema psicológico y/o social también han presentado un promedio más alto de visitas totales.

No se halló relación con el soporte social, la función familiar ni las opiniones sobre la medicación y el número total de visitas al centro de salud.

De los estilos de afrontamiento estudiados mediante el cuestionario COPE, solo apareció una correlación negativa entre el

número de visitas y el estilo de crecimiento personal, probablemente porque este estilo activo supone, en general, un locus interno de salud que lleva a la autogestión de los problemas de salud por el propio paciente.

Tampoco se ha encontrado, en este estudio, relación entre adherencia terapéutica y demanda asistencial.

Cuando se realiza el análisis sobre la hiperfrecuentación, se encuentran resultados muy similares a los hallados al analizar los resultados referidos a las visitas totales. Así se encuentran promedios de puntuación más elevados de las subescalas “*síntomas somáticos*”, “*ansiedad e insomnio*” y “*disfunción social*”, así como en la escala global del cuestionario GHQ-28 y asociación entre cribado positivo de problema psicológico y/o social e hiperfrecuentación, sin que existan diferencias en los resultados del cuestionario COPE.

En el análisis multivariante por regresión lineal en relación al promedio de visitas totales, se encontraron como variables predictoras independientes el nivel educativo en sentido negativo, es decir un mayor nivel educativo predice un menor número de visitas y el promedio de fármacos en sentido negativo.

Al realizar el análisis multivariante de las diversas variables con la hiperfrecuentación, encontramos que las variables predictoras, de forma independiente, de la hiperfrecuentación fueron el nivel educativo y la subescala “*disfunción social*” del GHQ-28.

Estos resultados, como ya se ha comentado, probablemente tienen relación con que estos pacientes son de alto riesgo vascular, lo que supone, por una parte, que suelen estar bajo un seguimiento protocolizado que supone un importante número de visitas programadas por los profesionales sanitarios, y por otra, que suelen

presentar un importante número de comorbilidades que también es un factor muy importante en la génesis de demanda asistencial.

El impacto del número de fármacos utilizado, ya ha sido comentado y puesto en relación con interacciones y efectos adversos de los propios medicamentos. Por otra parte también se ha comentado el impacto que han encontrado otros estudios como el de Bellón et al. (2007), realizado en nuestro medio, de la salud percibida y la percepción de síntomas sobre la demanda asistencial.

## **6.14 Adherencia terapéutica**

Al analizar los resultados en base a la adherencia terapéutica autocomunicada, estudiada por un método indirecto, basado en la entrevista clínica como es el test de Morisky-Green en su versión española validada por Val-Jiménez et al. (1992) no se encuentran diferencias en relación con el sexo, hecho ya reseñado en otros estudios (Martín, Riquelme, & Lechuga, 2007; La Rosa, Martín, & Bayarre, 2007).

Si se han encontrado diferencias en relación a la edad, siendo la edad media de los cumplidores más elevada que la de los no cumplidores. Brownlee-Duffeck et al. (1987) refieren una menor adherencia en las edades extremas de la vida, sin embargo el estudio de Martín et al. (2007) también encuentra una relación positiva entre edad y adherencia terapéutica.

En el presente estudio se ha encontrado una relación entre el nivel educativo y un mayor porcentaje de cumplimiento. Este resultado explicable por una posible mejor comprensión de la enfermedad y sus consecuencias por los individuos con nivel educativo superior, contrasta con los resultados de Martín (2007) que encontró una menor adherencia en niveles educativos superiores.

El promedio de fármacos utilizado en los últimos doce meses era significativamente superior en los incumplidores al de los cumplidores. La relación entre régimen terapéutico y adherencia es ampliamente conocida desde los estudios de Sackett et al. (1975) o el de Curb, Borhani y Blaszkowski (1985) hasta el más reciente de Murri et al. (2004). Este hecho se explica por la mayor frecuencia de olvidos y por la más frecuente aparición de efectos adversos de la medicación.

No se ha encontrado relación entre adherencia terapéutica y demanda asistencial, ni con el control de la enfermedad de base, aunque los incumplidores presentaban un porcentaje de control inferior a los cumplidores, que no alcanzó la significación estadística, aunque apunta una tendencia en la misma línea que el trabajo de Márquez et al. (2001).

Las puntuaciones de la dimensión *neuroticismo* del cuestionario de personalidad EPQ-RS se encontraron, en este trabajo, más altas en los incumplidores que en los cumplidores. Sin embargo la evidencia científica pone en cuestión la existencia de una personalidad incumplidora, siendo mucho más importantes las variables situacionales (Di Nicola & Di Matteo, 1984).

Todas las subescalas, así como la escala global del cuestionario de salud general GHQ-28 presentaron puntuaciones, claramente, más altas en los incumplidores que en los cumplidores, siendo casi el doble el porcentaje de pacientes con cribado positivo de problema psicológico y/o social. El metaanálisis de Di Matteo, Lepper y Croghan (2000) se encuentra una clara asociación entre depresión e incumplimiento, con una Odds Ratio de 3,03 y también un incremento del incumplimiento relacionado con los trastornos de ansiedad aunque sin significación estadística.

Los diferentes estilos de afrontamiento no presentaron diferencias, en este trabajo, entre cumplidores e incumplidores, salvo en el estilo “negación” con puntuaciones más elevadas en los incumplidores. En los estudios de Martín et al. (2007) y La Rosa et al. (2007), los investigadores encuentran una relación positiva entre cumplimiento terapéutico y utilización de estrategias de afrontamiento activas, lo que iría en la misma línea que los resultados encontrados en este estudio, aunque parece que su importancia puede no ser grande.

Al analizar el apoyo social no se encontraron diferencias, con significación estadística, entre cumplidores e incumplidores, aunque los incumplidores tenían unas puntuaciones medias más bajas en el cuestionario SS-A. El estudio de La Rosa et al (2007) también encuentra una relación significativa entre apoyo social y adherencia terapéutica y existe un trabajo en diabetes tipo 2 que relaciona la falta de adherencia a las recomendaciones de estilo de vida y el tratamiento con un bajo soporte social y familiar (Garay-Sevilla et al., 1995).

Se ha encontrado, en el presente estudio, una relación entre la puntuación del APGAR-familiar y la adherencia, presentando los cumplidores unas puntuaciones significativamente más altas que los incumplidores. La prevalencia de disfunción familiar en los incumplidores fue el doble que en los cumplidores, aunque esta diferencia no llegó a alcanzar significación estadística. La relación entre falta de adherencia y una mala función familiar se ha encontrado en los trabajos de La Rosa et al. (2007) en hipertensos y en el de Garay-Sevilla, Malacara, González-Parada y Jordán-Ginés (1998) en pacientes diabéticos no insulino dependientes.

Todos los ítems, así como la escala global del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ, han presentado puntuaciones significativamente más altas en los incumplidores que en los cumplidores, poniendo de manifiesto la importancia de las creencias

sobre las conductas de salud de los pacientes con alto riesgo cardiovascular. Este hecho también ha sido puesto de manifiesto en el trabajo de Garay-Sevilla et al. (1998) y en el de Martín et al. (2007).

En el modelo multivariante realizado por regresión logística binaria, se excluyeron la escala global del BMQ y todos sus ítems ya que la asociación de puntuaciones altas en este cuestionario e incumplimiento terapéutico era tan consistente que impedía valorar las demás variables. Este modelo mostró como variables independientes la existencia de cribado positivo para PSS, los estilos de afrontamiento “*negación*” y “*crecimiento personal*” y la puntuación en el cuestionario APGAR-familiar.

Podemos decir con este modelo que las creencias negativas sobre los medicamentos son un potente predictor de incumplimiento terapéutico.

## CONCLUSIONES

La población de alto riesgo vascular está formada, mayoritariamente, por personas de edad media o avanzada y sus principales factores de riesgo modificables son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial que, junto con la obesidad, la hipercolesterolemia y el consumo de tabaco constituyen los principales factores de riesgo independientes para la enfermedad arteriosclerótica.

Los pacientes de alto riesgo vascular presentan un elevado consumo de fármacos y son, con frecuencia, polimedicados y sería necesario considerar la utilidad de estos fármacos en el paciente concreto, dada la importancia de aspectos como las interacciones y efectos adversos de la medicación, así como las dificultades para conseguir una adecuada adherencia terapéutica cuando se utiliza un número excesivo de fármacos. Además hay que considerar la asociación entre polifarmacia y demanda asistencial que junto con el coste de la propia medicación obligan a plantear la relación coste y beneficio de la medicación utilizada en estos pacientes.

La salud percibida, en su dimensión psicosocial, ha presentado unos resultados en este estudio compatibles con una mala percepción de salud. Las mujeres presentan una peor salud percibida, de manera general, y en las subescalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio. También los que viven solos presentan una peor salud percibida en la escala general y en la subescala de depresión grave. Los pacientes con mayores puntuaciones en la subescala de síntomas somáticos consumen más fármacos y realizan una mayor demanda asistencial y los de mayor puntuación en las subescalas de ansiedad y depresión presentan con mayor frecuencia disfunción familiar.

En general, los pacientes estudiados tienen opiniones negativas sobre la medicación que utilizan, especialmente los polimedicados y estas opiniones se relacionan con aspectos negativos en el control, los factores psicológicos y la demanda asistencial.

En relación al control de los factores de riesgo, se ha confirmado la primera hipótesis de este estudio al encontrar que la alteración del estado de ánimo, básicamente la depresión, da lugar a un peor control de la enfermedad de bas, aunque las variable con mayor influencia es el estilo de afrontamiento, asociándose los estilos de tipo pasivo con un peor control, mientras que el estilo “*concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones*” se asoció fuertemente a un mejor grado de control. Habría que investigar el efecto de intervenciones que modifiquen estos estilos como un elemento de mejora del control de los factores de riesgo cardiovascular. Asimismo las creencias sobre los medicamentos de tipo negativo se asocian a un peor control.

La demanda asistencial de los pacientes de alto riesgo cardiovascular, además de por su morbilidad y seguimiento protocolizado, está influenciada por el nivel educativo, el numero de fármacos y el malestar psíquico y la salud percibida, lo que confirma la segunda hipótesis de este trabajo, aunque es de destacar que en esta dimensión la polimedicación y el nivel educativo tienen una mayor influencia que los factores psicológicos, sociales y familiares. Es de esperar que intervenciones que potencien la corresponsabilidad en la toma de decisiones por los pacientes podrían mejorar la frecuentación de estos pacientes. No se puede olvidar la necesidad de establecer protocolos de seguimiento basados en la evidencia que racionalicen el manejo de estos pacientes dentro del marco de atención al paciente crónico.

La adherencia terapéutica está fuertemente relacionada con las creencias sobre los medicamentos de los pacientes, siendo este el

principal predictor de cumplimiento terapéutico farmacológico, por lo que, dada la magnitud del problema de la adherencia, habría que desarrollar investigaciones que estudien las intervenciones capaces de modificar esta dimensión. Otros factores como el malestar psíquico y estilos de afrontamiento también tienen un impacto moderado sobre esta variable, lo que confirma la tercera hipótesis de este estudio, aunque hay que destacar el potente poder predictor de las creencias sobre los medicamentos sobre esta dimensión.

## BIBLIOGRAFIA

Aboa-Enoulé, C., Brisson, C., Maunesll, E., Mässe, B., Bourbonnais, R., Vezina, M., Milot, A., Thérour, P., & Dagenais, G. R. (2007). Job Strain and Risk of Acute Recurrent Coronary Heart Disease Events. *The Journal of the American Medical Association*, 298, 1652-1660.

Acheson, D. (1998). Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. *British Medical Journal*, 317, 1465-1466

Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S. Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health. *American Psychologist*, 49, 15-24.

American Heart Association Guidelines. (2004). Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation*, 109, 672-693.

Alba, L. H., Bastidas, C., Vivas, J. M., & Gil, F. (2009). Prevalence of glycemic control and associated factors in type 2 diabetes mellitus patients at the Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá-Colombia. *Gaceta Médica de México*, 145, 469-474.

Albus C. (2010). Psychological and social factors in coronary hearth disease. *Annals of Medicine*, 42, 487-494.

Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1988). *Depressive realism: Four theoretical perspectives*. En L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). Nueva York: Guilford Press.

Álvarez, B. (2001). La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. *Investigaciones Económicas*, 25, 93-138.

Álvarez, D. (2005). *Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos*. Tesis para diplomatura. Universidad de Colima. México.

Álvarez-Sala, L. A., Suárez, C., Mantilla, T., Franch, J., Ruilope, L. M., Banegas, J. R., & Barrios, V. (2005). Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Medicina Clínica (Barcelona)*, *124*, 406-410.

Aluja, A., García, O., & García, L. F. (2003). A psychometric analysis of the revised Eysenck Personality Questionnaire short scale. *Personality and Individual Differences*, *35*, 449-460.

Anda, R., Willianson, D., Jones, D., Macera, C., Eaker, E., Glasman, A., & Marks, J. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U. S. adults. *Epidemiology*, *4*, 285-294.

André-Petersson, L., Engström, G., Hagberg, B., Janzon, L., & Steen, G. (2001). Adaptative behavior in stressful situations and stroke. Incidence in hypertensive men. Results from Prospective Cohort Study "Men Born in 1914" in Malmö, Sweden. *Stroke*, *32*, 1712-1720.

Andújar, R. T., & Revuelta, F. (2001). *Adaptación al español de la Escala de Evaluación del Apoyo Social (SS-A)*. Departamento de Psicología Clínica y Experimental. Universidad de Huelva. (paper)

Arai, S., Nakaya, N., Kakizaki, M., Ohmori-Matsuda, K., Shimazu, T., Kuriyama, S., Fukao, A., & Tsuji, I. (2009). Personality and gastric cancer screening attendance: a cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *Journal of Epidemiology*, *19*, 34-40.

Armstrong, D., Glanville, T., Bailey, E., & O'Keefe, G. (1990). Doctor-initiated consultations: a study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *The British Journal of General Practice*, 40, 241-242.

Arroyo, E., Auquer, F., Buñuel, J. C., Rubio, M. L., Adalid, C., Cordón, F., et al. (1998). Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Atención Primaria*, 22, 627-630.

Artaso, B., Goñi, A., & Biurrun, A. (2001). Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 60, 38-45.

Atienza-Martín, F. J. (2005). Diagnóstico etiológico del incumplimiento terapéutico. Una difícil tarea a desarrollar en la sanidad. *Cumplimiento Terapéutico en la HTA. Actualizaciones*, 2, 34-36

Atienza-Martín, F. J., Atienza, M. R., Marín, G., Díaz, M. C., Pastoriza, J. C., & Aragón, J. (2008, 3, 7). La demanda asistencial de los hipertensos, ¿tiene relación con su grado de control?. Comunicación al Foro Iberoamericano de Cardiología, Huelva, España. (paper)

Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.

Avilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A., & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20, 161-167.

Baena-Díez, J. M., Del Val, J. L., Tomás, J., Martínez, J. L., Martín, R., González, I., et al. (2005). Epidemiología de las enfermedades

cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 367-373.

Baena-Díez, J. M., Félix, F. J., Grau, M., Cabrera de León, A., Sanz, H., Leal, M., et al. (2011). Tratamiento y control de los factores de riesgo según el riesgo coronario en la población española del estudio DARIOS. *Revista Española de Cardiología*, 64, 766-773.

Báez, K., Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Pedrero, E., Aranguren, J., & Retolaza, A. (1998). Understanding patientinitiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *The British Journal of General Practice*, 48, 1824-1827.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1992) *Self-Efficacy Mechanism in Psychobiologic Functioning*. En Ralf Schwarzer (Ed.) *Self-Efficacy: Thought Control of Action* (pp. 355-394). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

Barbero, B. (2008). Variables sociodemográficas, estilos de vida y salud autopercibida en la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 22, 413-414.

Barrios, V., Escobar, C., Calderón, A., Llisterri, J. L., Echarri, R., & Matalí, A. (2008). Impacto de la presencia de enfermedad cardiovascular en el control de presión arterial y lípidos en la población hipertensa asistida en atención primaria. *Atención Primaria*, 40, 21-27

Beaglehole, R., & Yach, D. (2003). Globalization and the prevention and control of non-communicable disease; the neglected chronic diseases of adults. *Lancet*, 362, 903-908

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2 (número completo).

Beléndez-Vázquez, M., Hernández-Mijares, A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 767-779.

Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., & Lardelli, P. (1995). Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 9, 343-353.

Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18, 289-296.

Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., & Lardelli, P. (2007). Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Family Practice*, 24, 562-569.

Belza, M. J., Quiroga, J., Beland, F., & Zunzunegui, M. V. (1997). La hipertensión en las personas ancianas: prevalencia, conocimiento, tratamiento y control. *Atención Primaria*, 19, 367-371.

Ben-Shlomo, Y. (1992) Prediction of general practice workload from census based social deprivation scores. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 532-536.

Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.

Birtwhistle, R. V., Godwin, M. S., Delva, M. D., Casson, R. I., Lam, M., MacDonald, S. E., Seguin, R., & Rühland, L. (2004). Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *British Medical Journal*, 328, 204-209.

Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.

Blomhoff, S., Holven, K. B., Brosstad, F., Ose, L., & Nenseter, M. S. (2004). Psychological factors and cardiovascular disease. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2, 201-203.

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Colaboration. (2008). Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*, 336, 1121-1129.

Blumenthal, J. A., Burg, M. M., Barefoot, J., Williams, R. B., Haney, T., & Zimet, G. (1987). Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 331-340.

Borrell, C., & Artacoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 245-249.

Borrell, C., & Pasarín, M. I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gaceta Sanitaria*, 18, 1-4.

Botas, P., Delgado, E., Castaño, G., Díaz, C., Prieto, J., & Díaz, F. J. (2002). Prevalencia de diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa en población entre 30 y 75 años en Asturias, España. *Revista Clínica Española*, 202, 421-427.

Boutry, L., Matheron, I., & Bidat, E. (2001). Quand les prescriptions ne sont pas suivies... Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 41, 470-482.

Boye, B., Lundin, K. E., Leganger, S., Mogleby, K., Jantschek, G., Jantschek, I., et al. (2008). The INSPIRE study: do personality traits predict general quality of life (Short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease?. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 43, 1505-1513.

Bremne, J. D., & Vermettene, E. (2001). Stress and development: behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology*, 13, 473-489.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. En: W. Damon, & R. M. Lerner (Eds). *Handbook of Child Psychology* (pp 993-1028). EE.UU: John Wiley & Sons, Inc.

Brown, C., Battista, D. R., Bruehlman, R., Sereika, S. S., Thase, M. M., & Dunbar-Jacob, J. (2005). Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: Relationship to self-reported adherence. *Medical Care*, 43, 1203-1207.

Brownlee-Duffeck, M., Peterson, L., Simonds, J. F., Goldstein, D., Kilo, C., & Hoette, S. (1987). The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with

diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55,139-144.

Bruhn, J. G., Parades, A., Adsett, C. A., & Wolf, S. (1974). Psychological predictors of sudden death in myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 187-191.

Bunker, S. J., Colquhoun, D. M., Esler, M. D., Hickie, I.B. Hunt, D., Jelinek, V. M., et al. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *The Medical Journal of Australia*, 178, 272-276.

Burg, M. M., Barefoot, J., Berkman, L., Catellier, D. J., Czajkowski, S., Saab, P., et al. (2005). Low Perceived Social Support and Post-Myocardial Infarction Prognosis in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Clinical Trial: The Effects of Treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 879-888.

Calnan, M. W., & Moss, S. (1984). The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination. *The Journal of Health and Social Behavior*, 25, 198-210.

Cannon, W.B. (1935). Stresses and Strains homeostasis. *American Journal of the Medical Sciences*, 189, 13-14.

Cardenal, V., & Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social. *Psicothema*, 13, 118-126.

Cárdenas, L., Valbona, C., Baker, S., & Yusim, S. (1987). Adult onset diabetes mellitus: glycemic control and family function. *The American Journal of the Medical Sciences*, 293, 28-33.

- Carr-Hill, R A., Rice, N., & Roland, M. (1996). Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *British Medical Journal*, *312*, 1008-1012.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*, *XXI*, 364-392.
- Chamberlain, A. M., Vickers, K. S., Colligan, R. C., Weston, S. A., Rummans, T. A., & Roger, V.L. (2011). Associations of preexisting depression and anxiety with hospitalization in patients with cardiovascular disease. *Mayo Clinic Proceedings*, *86*, 1056-1062.
- Chen, C. A., Liao, S. C., Wang, J. K., Chang, C. I., Chiu, I. S., Chen, Y. S., et al. (2011). Quality of life in adults with congenital heart disease: biopsychosocial determinants and sex-related differences. *Heart*, *97*, 38-43.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, *34*, 921-942.
- Choi, B. C. K., Bonita, R., & McQueen, D.V. (2001). The need for global risk factor surveillance. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *55*, 370-376.
- Christensen, B., Engberg, M., & Lauritzen, T. (2004). No long-term psychological reaction to information about increased risk of coronary

heart disease in general practice. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 11, 239-243.

Clarke, D. E., Walker, J. R., & Cuddy, T. E. (1996). The role of perceived overprotectiveness in recovery 3 months after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 16, 372-377.

Cockerham, W. C. (2001). *Handbook of Medical Sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.

Commission of the European Communities. (2007). *Report on the Green Paper Consultation: Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level*. Bruselas 2007.

Commission of the European Communities. (2007). *A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues 2007-2013*. Bruselas 2007.

Concha, M. C., & Rodríguez, C. R. (2010). Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, 19, 41-50.

Connelly, J., Cooper, J., Mann, A., & Meade, T.W. (1998). The psychological impact of screening for risk of coronary heart disease in primary care settings. *Journal of Cardiovascular Risk*, 5, 185-191.

Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. (2011). Declaración de Sevilla. *Revista Clínica Española*, 211, 604-606.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2008). *La carga de la enfermedad en Andalucía en el año 2008*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/d>

Cordero, A., Bertomeu-Martínez, V., Mazón, P., Fácila, L., Bertomeu-González, V., Cosin, J., et al. (2011). Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 64, 587-593.

Corless, I. B., Kirksey, K. M., Kemppainen, J., Nicholas, P. K., McGibbon, C., Davis, S. M., et al. (2005). Lipodystrophy-associated symptoms and medication adherence in HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 577-586.

Crespo, M., & Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.

Curb, J. A., Borhani, N. O., & Blaszkowski, T. P. (1985). Longterm surveillance for adverse effect for antihypertensive drugs. *Journal of the American Medical Association*, 253, 3263-3268.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

Davis, M.S. (1968). Psychological and demographic factors in patient compliance with doctor's orders. *Medical Care*, 115, 122-131.

De la Figuera, M. (2006). Causas de mal cumplimiento del tratamiento. *En Prevención de la progresión de la enfermedad cardiovascular: importancia del cumplimiento terapéutico*. (pp: 183-8). Ed. Farmalia Comunicación. Madrid.

De la Revilla, L., De los Rios, A. M., & Luna, J. D. (2004). Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia.

*Atención Primaria*, 33, 417-422.

De la Revilla, L., De los Rios, A. M., & Luna, J. D. (2007). Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Atención Primaria*, 39, 305-311.

De la Revilla, L., Aybar, R., De los Rios, A. M., & Castro, J. A. (1997). Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 19, 133-137.

Deaton, A., & Paxson, C. (2001). *Mortality, education, income and inequality among American Cohorts*. Cambridge: National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper: 7140.

Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the type-D Scale 16 (DS 16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 209-215.

Dever, A., & Champagne, F. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud* (pp: 56-78). Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Maryland : Aspen Publishers.

Dever, G. E. A. (1976). An Epidemiological Model For Health Policy Analysis. *Social Indicators Research*, 2, 465-471.

Dhabhar, F. S., & McEwen, B. S. (1999). Enhancing versus suppressive effects of stress hormones on skin immune function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96, 1059-1066.

Di Matteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment. Meta-analysis

of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.

Di Nicola, D. D., & Di Matteo, M. R. (1984). Practitioners, patients and compliance with medical regimens: A social psychological perspective. En *Handbook of psychology and health, vol 4. Social psychological aspects of health* (pp: 576-614). Ed. A Baum, SE Taylor & JE Singer. Hillsdale, New Jersey.

Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R. B., & Benjamin, E. J. (2005). Tension and Anxiety and the Prediction of the 10-Year Incidence of Coronary Heart Disease, Atrial Fibrillation, and Total Mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 692-696.

Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R. B., & Benjamin, E. J. (2007). Marital Status, Marital Strain, and Risk of Coronary Heart Disease or Total Mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 509-513.

Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51, 380-417 .

Eifert, G. H., Coburn, K. E., & Seville, J. L. (1992) Putting the client in control: The perception of control in the behavioral treatment of anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 3, 165-173.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.

Espinás, J. A., Riba, M. D., Borrás, J. M., & Sánchez, V. (1995). Estado de salud, utilización de servicios y morbilidad declarada: aplicación del

análisis de correspondencias. *Revista Española de Salud Pública*, 69, 195-205.

Estébanez, M. L., Main, A., Millán, M. J., Rodrigo, M. T., Tejerina, M., Postigo, T., & Pascual, A. (1986). Estudio de la demanda en Atención Primaria de una zona rural de Segovia. *Atención Primaria*, 3, 246-50.

European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Informe anual 2007. *El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. 2007.

European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. *Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon, 2008.

European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. (2010). *Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users*. Lisbon, 2010.

Evans, R .G, & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31, 1347-63.

Everson, S. A., Kauhanen, J., Kaplan, G., Goldberg, D., Julkunen, J., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (1997). Hostility, and increased risk of mortality, and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 146, 142-52.

Everson, S. A., Lynch, J. W., Kaplan, G. A., Lakka, T. A., Sivenius, J., & Salonen, J. T. (2001). Stress-induced blood pressure reactivity and incident stroke in middle-aged men. *Stroke*, 32, 1263-70.

Extremera, N., Durán, M. A., & Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-56.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of de Eysenck Personality Questionnaire*. Londres: Hodder & Stoughton.

Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences : A natural sciences approach* (pp:14-26). London: Plenum.

Eysenck, H. J. (1990). Biological Dimensions of Personality, en L.A. Pervin, *Handbook of personality: theory and research*. (pp: 244-76). Nueva York: Guilford Press.

Eysenck, H. J. (1991). *Eysenck Personality Scales*. Londres: Hodder & Stoughton.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (2001). *Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck. Versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)* (2.ª ed. rev.). Madrid: TEA Ediciones. (Trabajo original publicado en 1985).

Felip, A., Poch, E., Davins, J., & Coca, A. (2007). Perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes atendidos en las Unidades de Hipertensión españolas. Resultados del estudio QUALIHTA. *Hipertensión*, 24, 4-10.

Ferguson, E., Dodds, A., Ng, L., & Flannigan, H. (1994). Perceived control. Distinct but related levels of analysis?. *Personality and Individual differences*, 16, 425-32.

Fernández, J., & Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Anales de Psicología*, 10, 127-133.

Fink, G. (2007). *Encyclopedia of Stress* (pp: 206-14). Oxford: Academic Press.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. En I. Ajzen y M. Fishbein (eds.), *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior* (pp: 215-23) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Friedman, H. S., & Rosenman, R.H. (1959). Association of specific over behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.

Frydenberg, E. (2004). Coping Competencies: What to Teach and When. *Theory Into Practice*, 43, 14-22.

Gabriel, R., Alonso, M., Segura, A., Tormo, M. J., Artigao, L. M., Banegas, J. R., et al. (2008). Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Revista Española de Cardiología*, 61, 1030-1040.

Gaede, P., Lund-Andersen, H., Parving, H. H., & Pedersen, O. (2008). Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 358, 580-591.

Galindo, G., Esteve, I. C., Gatiús, J. R., Lacruz, C. M., & Soler, P. S. (2011). Heart failure patients in Primary Care: aging, comorbidities and polypharmacy. *Atención Primaria*, 43, 61-67

Garay-Sevilla, M. E., Nava, L. E., Malacara, J. M., Huerta, R., Díaz de León, J., Mena, A., & Fajardo, M.E. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Complications*, 9, 81-86.

Garay-Sevilla, M. E., Malacara, J. M., González-Parada, F., & Jordán-Ginés, L. (1998). The belief in conventional medicine and adherence to treatment in non-insulin-dependent diabetes mellitus patients. *Journal of Diabetes Complications*, 12, 239-45.

García, M. A., Martín, V., Ramírez, D., González, Y., Hidalgo, I., Escribano, E., & Gómez de la Cámara, A. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gaceta Sanitaria*, 21, 219-226.

García-Pérez, A. M., Leiva, F., Martos, F., García-Ruiz, A. J., Prados, D., & Sánchez de la Cuesta, F. (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. *Medicina de Familia (And)*, 1, 13-19.

Gardner, W., Nutting, P. A., Kelleher, K. J., Werner, J. J., Farley T., Stewart L., Hartsell, M., & Orzano, A. J. (2001). Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning?. *The Journal of Family Practice*, 50, 19-25.

Gervás, J., & Pérez- Fernández, M. (2009). Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad de la atención a los pacientes crónicos. *Actualización en Medicina de Familia*, 5, 356-364.

Ghazanfari, Z., Niknami, S., Ghofranipour, F., Larijani, B., Agha-Alinejad, H., & Montazen, A. (2010). Determinants of glycemic control

in female diabetic patients: a study from Iran. *Lipids in Health and Disease*, 9, 83-87.

Gil, J. (1997). *Manual de Psicología de la Salud, vol 1. Aproximación histórica y conceptual* (pp: 75-114). Granada: Ed. Némesis.

Gil, V., & Merino, J. (1995). Cumplimiento terapéutico. En *Tratado de Epidemiología Clínica* (pp: 299-314). Alicante: Ed. Universidad de Alicante.

Gil, V., & Merino, J. (1996). Cumplimiento. Factor determinante en el tratamiento del hipertenso. *Iberoamerican Journal of Hypertension*, 1, 13-17.

Gluckman, T. J., Baranowski, B., Ashen, M. D., Henrikson, C. A., McAllister, M., Braunstein, J. B., & Blumenthal, R. S. (2004). A practical and evidence-based approach to cardiovascular disease risk reduction. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1490-1500.

Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press.

Goldberg, D., & Williams, P. A. (1988). *User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research-Nelson.

González, M. T., & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo de estrés y de síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 7-18.

Gordon, D., Fisher, S. G., Wilson, M., Fergus, E., Paterson, K. R., & Semple, C. G. (1993). Psychological factors and their relationship to diabetes control. *Diabetic Medicine*, 10, 530-534.

Grau, M., Elosúa, R., Cabrera, A., Guembe, M. J., Baena, J. M., Vega, T., et al. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional: estudio DARIOS. *Revista Española de Cardiología*, 64, 295-304.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand of health. *Journal of Political Economy*, 80, 223-255.

Greenland, S. (1989). Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *American Journal of Public Health*, 79, 340-349.

Grupo ONUBA. (1992). *Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la provincia de Huelva*. Huelva: Ed. Diputación Provincial de Huelva.

Guerin, B., & Foster, T. M. (1974). Attitudes, beliefs and behavior: saying you like, saying you believe and doing. *The Behavior Analyst*, 1, 127-129.

Guilera, M., Fuentes, M., Grifols, M., Ferrer, J., & Badía, X.; OPTIMA study investigators. (2006). Does an educational leaflet improve self-reported adherence to therapy in osteoporosis? The OPTIMA study. *Osteoporosis International*, 17, 664-671.

Guzmán-Pantoja, J. E., Reyes, E., Luce-González, E. G., Valadez-Toscano, F. J., Gutiérrez-Román, E. A., & Robles-Romero, M. A. (2008). Family dysfunction and paediatric patients with asthma. *Atención Primaria*, 40, 543-546.

Halstead, M., Bennet, S., & Cunningham, W. (1993). Measuring coping in adolescents: an application of the ways of coping checklist. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 337-344.

Hamer, M., Molloy, G. J., & Stamatakis, E. (2008). Pathophysiological and Behavioral Mechanisms Psychological Distress as a Risk Factor for Cardiovascular Events. *Journal of the American College of Cardiology, 52*, 2156-2162.

Hamer, M., Stamatakis, E., Kivimäki, M., Pascal, A., & Batty, G. D. (2010). Psychological distress, glycated hemoglobin, and mortality in adults with and without diabetes. *Psychosomatic Medicine, 72*, 882-886.

Hans, M., Carney, R. M., Freedland, K. E., & Skala, J. (1996). Depression in patients with coronary heart disease: a 12-month follow-up. *General Hospital Psychiatry, 18*, 61-65.

Haynes, R. B., Matterson, M. E., & Chobanian, A. V. (1982). Management of patient compliance in the treatment of hypertension. Report of the NHLBI Working Group. *Hypertension, 4*, 415-423.

Heart Protection Study Collaborative Group. (2002). MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet, 360*, 7-22.

Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 656-666.

Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, DC: US Government Printing Office: PHS publicación n° 572.

Hochbaum, G. M., Sorenson, J. R., & Lorug, K. (1992). Theory in Health Education Practice. *Health education quarterly*, 19, 295-313.

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5, 535-548.

Holmes, T. H., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.

House, A., Knapp, P., Bamford, J., & Vail, A. (2001). Mortality at 12 and 24 Months After Stroke May Be Associated With Depressive Symptoms at 1 Month. *Stroke*, 32, 696-701.

Hulka, B. S., Cassel, J. C., Kupper, L. L., & Burdette, J. A. (1976). Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *The American Journal of Public Health*, 66, 847-853.

INE. (2010). Recuperado de [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_analisis.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_analisis.htm)

INE. (2010). Recuperado de [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_salud.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm)

INE. (2010). Recuperado de <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla>

INE. (2010). Encuesta de Salud 2006. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>

INE. (2010). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2008. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p414/a2008/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>

INE. 2010. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Infante, P. (2009). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. ISBN 8469998536. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/5423>

Isla, P., Castella, E., Insa, R., López, C., Icart, T., Blanco, M., et al. (2007). Proporción de carga asistencial generada por la diabetes mellitus en las consultas de enfermería de atención primaria de salud. *Endocrinología y Nutrición*, 54, 2-9.

Iso, H., Date, C., Yamamoto, A., Toyoshima, H., Tanabe, N., Kikuchi, S., et al. (2002). Perceived Mental Stress and Mortality From Cardiovascular Disease Among Japanese Men and Women. *Circulation*, 106, 1229-1236

Janz, N., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education (Monograph)*, 11, 1-47.

Jiménez-Martín, S., Labeaga, J. M., & Martínez-Granado, M. (2002). Latent class versus two-part models in the demand for physician services across the European Union. *Health Economics*, 11, 301-321.

Jorgensen, R. S., Johnson, B. T., Kolodziej, M. E., & Schreer, G. E. (1996). Elevated Blood Pressure and Personality: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 120, 293-320.

Kanauchi, M., Kubo, A., Kanauchi, K., & Saito, Y. (2008). Frailty, health-related quality of life and mental well-being in older adults with cardiometabolic risk factors. *International Journal of Clinical Practice*, 62, 1447-1451.

Kent, L. K., & Shapiro, P. A. (2009). Depression and related psychological factors in heart disease. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 377-388.

Kirscht, J. P. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education (monograph, 2)*, 387-408.

Kirscht, J.P. (1988). The health belief model and predictions of health actions. En DS Gochman (Ed.). *Health behavior: emerging research perspectives* (pp: 27-41). New York, Plenum Publishing Corporation.

Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Brunner, E., Marmot, M. G., Vahtera, J., & Shipley, M. J. (2006). Why is evidence on job strain and coronary heart disease mixed?. *Psychosomatic Medicine*, 68, 398-401.

Klein, D .M., Turvey, C. L., & Pies, C. J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health*, 19, 22-38.

Kobasa, S. C. (1985). Barriers to Work Stress: II. The Hardy Personality. En W.D. Gentry, H. Benson y C.J. de Wolff (Eds.) *Behavioral Medicine: Work, Stress and Health* (pp. 181-204). Dordrecht: Nijhoff.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.

Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 360-374.

Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 113-124.

Krzemien, D., Urquijo, S., & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16, 350-356.

Kupper, N., Pedersen, S., Höfer, S., Saner, H., Oldridge, N., & Denollet, J. (2011). Cross-cultural analysis of type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International HeartQoI Project. *International Journal of Cardiology* DOI: 10.1016/j.ijcard.2011.10.084.

La Rosa, Y., Martín, L., & Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 23, 48-51.

Lain- Entralgo, P. (1972). La medicina hipocrática. En: Lain Entralgo, P. (Dir.) *Historia Universal de la Medicina* (pp: 73-118). Madrid: Ed. Salvat.

Lain- Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina* (pp: 43-193). Madrid: Ed. Salvat.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. Government of Canada; april 1974.

Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence: « What do we speak about? ». *Revue des Maladies Respiratoires*, 22, 31-34.

Larosa, E., Consol, S. M., Hubert-Vadenay, T., & Laclesiau, H. (2005). Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center. *Encephale*, 31, 289-299.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping* (pp: 293-317). Nueva York: Springer.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process* (pp: 583-602). New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation* (pp: 819-834). New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., Valdés, M., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (pp: 35-39). Barcelona: Ed Martínez-Roca.

Leal, J., Luengo-Fernández, R., Gray, A., Petersen, S., & Rayner, M. (2006). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*, 27, 1610-1619.

Leawell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine to the Doctor in his Community*. 3th ed (pp: 235-276). New York: Mac Graw Hill.

Leor, J., Poole, K., & Kloner, R. (1996). Sudden cardiac death triggered by an earthquake. *New England Journal of Medicine*, 334, 413-419.

Lim, H. E., Lee, M. S., Ko, Y. H., Park, Y. M., Joe, S. H., Kim, Y. K., Han, C., Lee, H. Y., Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2011). Assessment of the type D personality construct in the Korean population: a validation study of the Korean DS14. *Journal of Korean Medical Science*, 26, 116-123.

Litt, M. D. (1988) Cognitive Mediators of Stressful Experience: Self-Efficacy and Perceived Control. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 241-260.

Llisterri, J. L., Rodríguez, G. C., Alonso, F. J., Banegas, J. R., González, A., Lou, S., Divison, J. A., Sánchez, T., Santos, J. A., & Barrios, V. (2008). Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2006. *Medicina Clínica (Barc)*, 130, 681-687.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.

Lobo, A., & Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones*. David Goldberg y Paul Williams. Versiones en lengua española validadas. Barcelona: Masson, S.A.

López-Bescós, L., Cosín, J., Elosúa, R., Cabades, A., De los Reyes, M., Arós, M., Diago, J. L., Asín, E., Castro-Beirás, A., & Marrugat, J. (1999). Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las

diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. *Revista Española de Cardiología*, 52, 1.045-1.056.

Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education (monograph, 2)*, 336-353.

Malan, L., Malan, N. T., Wissing, M. P., & Seedat, Y. K. (2008). Coping with urbanization: a cardiometabolic risk? The THUSA study. *Biological Psychology*, 79, 323-328.

Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., et al. (2007). The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension, The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 12, 1462-1536.

Marmot, M. G., & Syme, S. L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in Japanese Americans. *American Journal of Epidemiology*, 104, 225-247.

Márquez, E., De Rivas, B., Divisón, J. A., Sobrevuela, E., & Luque, M. (2007). ¿Evaluamos y controlamos adecuadamente a los hipertensos atendidos en atención primaria? Estudio HICAP. *Anales de Medicina Interna (Madrid)*, 24, 312-316.

Márquez, E., Casado, J. J., Martínez, M., Moreno, J. P., Fernández, A., Villar, J., & Castillo, J. R. (2001). Análisis de la influencia del cumplimiento terapéutico farmacológico en las presiones arteriales y el

grado de control de la HTA, mediante monitorización ambulatoria de la PA. *Medicina Clínica (Barc)*, 116, 109-113.

Márquez, E., Gil, V., Casado, J. J., Martell, N., De La Figuera, M., Martín de Pablos, J. L., Atienza, F., Gros, T., & Espinosa, J. (2006). Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Atención Primaria*, 38, 325-332.

Martín, J., & Otero J. A. (1992). La demanda asistencial en un centro de salud según el sistema de información regional. *Atención Primaria*, 10, 554-556.

Martín, M., Riquelme, A., & Lechuga, M., (2007). Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, 17, 63-68.

Martínez-Correa, A., Reyes, G. A., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72.

Mata, M., Antoñanzas, F., Tafalla, M., & Sanz, P. (2002). El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. *Gaceta Sanitaria*, 16, 511-520.

Matud, M. P., & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32, 53-58.

McGinnis, J. M. (2002). *Encyclopedia of Public Health* (pp:137-189). New York: Macmillan.

Mello, M. M., Stearns, S. C., & Norton, E. C. (2002). Do Medicare HMOs still reduce health services use after controlling for selection bias?. *Health Economics*, 11, 323-340.

Miles, J., Shevlin, M., & McGhee, P. (1999). Gender differences in the reliability of the EPQ? A bootstrapping approach. *British Journal of Psychology*, 90, 145-154.

Miller, S. M. (1979). Controllability and human stress: Method, evidence and theory. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 287-304.

Minami, Y., Sasaki, T., Arai, Y., Hosokawa, T., & Hisamichi, S. (2002). Psychological profiles and health status in Japanese female patients with systemic lupus erythematosus: the Miyagi Lupus Collaborative Study. *Journal of Epidemiology*, 12, 55-63.

Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (2008). Recuperado de <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Montaner, I., Llor, J. L., Tellado, J. L., Custodi, J., Pou, R., Jove, A. M., Guasch, J. L., García, G., & Capdevila, J. (1985). Descripción de la demanda asistencial en la unidad docente de Tortosa. *Atención Primaria*, 2, 3-8.

Montero, R. (2007): La necesidad en el nuevo modelo de financiación de la sanidad: una propuesta de medición a partir de modelos de regresión. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada. ISBN: 9788433844200.

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.

Muñoz, P. E., Vázquez-Barquero, J. L., Rodríguez, F., Pastrana, E., & Varo, J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158.

Muñoz-Pérez, M., A. Mariscal, E., Rubio, E., & Rey, I. (2000). Desigualdades sociales en la utilización de servicios de atención primaria: un largo camino por recorrer. *Gaceta Sanitaria*, 14, 233-236.

Murphy, H., & Lloyd, K. (2009). Gender as a risk factor in minor psychiatric morbidity in the United Kingdom. *The Internet Journal of Epidemiology*, 6, 117-123.

Murray, R. P., Barnes, G. E., & Ekuma, O. (2005). Does personality mediate the relation between alcohol consumption and cardiovascular disease morbidity and mortality?. *Addictive Behaviors*, 30, 475-488.

Murr, R., Ammassari, A., Trotta, M. P., De Luca, A., Melzi, S., Minardi, C., et al. (2004). Patient-reported and Physician-estimated Adherence to HAART: Social and Clinic Center-related Factors Are Associated with Discordance. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1104-1110.

Navarro, V., & Benach, J., por la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. (1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health. The Johns Hopkins University.

Neal, R. D., Dowell, A., Heywood, P., & Morley, S. (1996). Frequent attenders. Who needs treatment?. *British Journal of General Practice*, 46, 131-132.

- Neame, R., & Hammond, A. (2005). Beliefs about medicines: A questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology, 44*, 762-767.
- Nishina, M., Nishina, K., Ohira, T., Makino, K., & Iso, H. (2011). Associations of Psychological Distress with Metabolic Syndrome Among Japanese Urban Residents. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis, 18*, 396-402.
- Nordtug, B., Krokstad, S., & Holen, A. (2011). Personality features, caring burden and mental health of cohabitants of partners with chronic obstructive pulmonary disease or dementia. *Aging & Mental Health, 15*, 318-326.
- O'Donnell, K., Badrick, E., Kumari, M., & Steptoe, A. (2008). Psychological coping styles and cortisol over the day in healthy older adults. *Psychoneuroendocrinology, 33*, 601-611.
- Olmos, P. A., & Pérez-Jara, J. (2010). Fear of falling in the elderly with recurrent dizziness: A descriptive study. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 45*, 274-277.
- Olson, K. L., Bungard, T. J., & Tsuyuki, R. T. (2001). Cholesterol Risk Management: An Systematic Examination of the Gap from Evidence to Practice. *Pharmacotherapy, 21*, 807-817.
- O'Malley, P. G., Jones, D. L., Feuerstein, I. M., & Taylor, A. J. (2000). Lack of correlation between psychological factors and sub-clinical coronary artery disease. *New England Journal of Medicine, 343*, 1298-1304.

O.M.S. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York 22 de julio de 1946.

O.M.S. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra.

O.M.S. EUROPA. (1999). Health 21. *The health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. European Health for all series: 6.

O.M.S. (2004). *Global Burden of Disease: update*.

O.M.S. EUROPA. (2010). *Plan europeo de actuación sobre alcohol 2000-2005*. Copenhagen.

O.M.S. (2010). Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

O.M.S. (2010). Recuperado de [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html)

Ortega, J. A., Atienza, F., Baz, S., López, J., Rioja, J., & González R. (2012). *Perfil de ancianos polimedificados. Cumplimiento terapéutico y estado de ánimo*. *Atención Farmacéutica* 14, 179-185.

Paukert, A. L., Lemaire, A., & Cully, J. A. (2009). Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Aging & Mental Health*, 13, 601-610.

Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Madrid: Ariel.

Pelle, A. J., Gidron, Y. Y., Szabó, B. M., & Denollet, J. (2008). Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 14*, 341-350.

Pérez-Moreno, P., Lozano, O., & Rojas, A. J. (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones, 22*, 65-72.

Perkins, W. H. (1938). *Cause and prevention of disease* (pp: 376-389). Philadelphia (PA): Lea and Febiger.

Perrot, S., Poiraudreau, S., Kabir, M., Bertin, P., Sichere, P., Serrie, A., & Rannou, F. (2008). Active or passive pain coping strategies in hip and knee osteoarthritis? Results of a national survey of 4,719 patients in a primary care setting. *Arthritis & Rheumatism, 59*, 1555-1562.

Peyrot, M F., & McMurry, J. F. (1992). Stress buffering and glycemic control. The role of coping styles. *Diabetes Care, 15*, 842-846.

Piédrola, G., Gálvez, R., Sierra, A., Sáez, M. C., Gómez, L. I., Fernández-Crehuet, J., Salleras, L., Cueto, A., & Gestal, J. J. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (pp: 127-245). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, SA.

Piñero, F., Gil, V., Donis, M., Orozco, D., Pastor, R., & Merino, J. (1997). Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Atención Primaria, 19*, 372-375.

*Plan Andaluz de Atención Integrada a pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016.* Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2012.

Ponz, E., Martínez-Ocaña, J. C., Marquina, D., Blasco, C., Grau, C., Mañé, N., & García-García, M. (2010). Análisis de la influencia de los factores psicológicos en la elección de diálisis peritoneal. *Nefrología, 30*, 195-201.

Pratt, L. A., Ford, D. E., Crum, R. M., Armenian, H. K., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (1996). Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation, 94*, 3123-3129.

Pratt, R. J., Robinson, N., Loveday, H. P., Pellowe, C. M., Franks, P. J., Hankins, M., et al. (2001). Adherence to antiretroviral therapy: appropriate use of self-reporting in clinical practice. *HIV Clinical Trials, 2*, 146-159.

Preechawong, S., Zausniewski, J. A., Heinzar, M. M., Musil, C. M., Kerckmar, C., & Aswinanonh, R. (2007). Relationships of family functioning, self-esteem, and resourceful coping of Thai adolescents with asthma. *Issues in Mental Health Nursing, 28*, 21-36.

Priscilla, D., Hamidin, A., Azhar, M. Z., Salmiah, M. S., & Bahariah, K. (2011). Coping styles in patients with haematological cancer in a Malaysian hospital. *East Asian Archives of Psychiatry, 21*, 44-51.

*Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular.* Consejería de Salud. Junta de Andalucía, (2010).

Ragland, D. R., & Brand, R. J. (1988). Coronary heart disease mortality in the Western Collaborative Group Study: Follow-up experience of 22 years. *American Journal of Epidemiology, 127*, 462-475.

Rangel, J. L., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47, 24-27.

Retolaza, A., Mostajo, A., De la Rica, J. R., Diaz de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I., & Márquez, I. (1993). Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 46, 187-194.

Roca, A. (2001). Estrategias de intervención para mejorar la adherencia. *Medicina Clínica (Barc)*, 116, 56-62.

Rodríguez, G. C., Artigao, L. M., Llisterri, J. L., Alonso, F. J., Banegas, J. R., Lou, S., Pérez, M., Raber, A., & Pacheco, R. (2005). Control de la hipertensión arterial en la población española  $\geq 65$  años asistida en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 359-66.

Rodríguez, L., Atienza-Martín, F. J., Revuelta, F., Sánchez-Ballesteros, G., Losada, C., & Andújar, R. T. (2011). *Conceptos legos sobre hipertensión arterial. Síntomas, curación y control*. Comunicación a las VIII Jornadas Nacionales sobre Cumplimiento e Inercia en HTA y Diabetes. (paper).

Rodríguez-Sánchez, E., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A., Pérez-Arechaederra, D., Gómez-Marcos, M. A., Patino-Alonso, M. C., & García-Ortiz, L. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*, 15, 12-19.

Roest, A. M., Elisabeth, J., Martens, E. J., De Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 38-46.

Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Strauss, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8 1/2 years. *Journal of the American Medical Association*, 233, 872-877.

Rosentock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health*, 50, 295-301.

Rosentock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monograph*, 2, 328-335.

Rotter, J. B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology* (pp: 191-215). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Roy, B., Diez-Roux, A. V., Seeman, T., Ranjit, N., Shea, S., & Cushman, M. (2010). The association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 134-140.

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2197.

Rubio, M. L., Adalid, C., Cerdán, F., Solanas, P., Masó, D., Fernández, D., Rafols, A., Arroyo, E., Auger, F., & Alvarez, J. C. (1998). Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Atención Primaria*, 22, 627-630.

Sackett, D. I., Haynes, R. B., Gibson, E. S., Hackett, B. C., Taylor, D. W., Roberts, R. S. et al. (1975). Randomised clinical trial of strategies

for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*, 1, 1205-1207.

Sánchez, N., Sirgo, A., León, C., Hollenstein, M.<sup>a</sup> F., Lacorte-Pi, T. M., López, C., & Salamero, M. (2009). Are the patient preferences for Communications related with personality variables? A multicentric study in a Spanish cancer sample. *Psicooncología*, 6, 43-52.

Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Olmedo, M., & Santed, M. A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-abreviado (EPQR-A) (I): análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 195-205.

San Martín, H. (1964). *La noción de salud y la noción de enfermedad. Salud y Enfermedad* (pp: 7-13). México: Ed La Prensa Médica Mexicana.

Scaife, B., Gill, P. S., Heywood, P. L., & Neal, R. D. (2000). Socioeconomic characteristics of adult frequent attenders in general practice secondary analysis of data. *Family Practice*, 17, 298-304.

Segura, A. (2000). La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 87-93.

Selye, H. (1956). *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Sep, D. S., McMahon, R. P., Becker, L., Carney, R. M., Freedland, K. E., Cohen, J. D., et al. (2002). Mental stress-induced ischemia and all cause mortality in patients with coronary artery disease. Results from the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia Study. *Circulation*, 105, 1780-1784.

Servicio Andaluz de Salud. (2008). *Estudio DRECA 2: Evolución de los factores de riesgo y de las enfermedades cardiovasculares en Andalucía (1992-2007)*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

Servicio Andaluz de Salud. (2009). *Memoria Anual 2008*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

Shalansky, S. J., Levy, A. R., & Ignaszewski, A. P. (2004). Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Annals of Pharmacotherapy*, 38, 1363-1368.

Shekelle, R. B., Gale, M., & Norusis, M. (1985). Type A score (Jenkins Activity Survey), and risk of recurrent coronary heart disease in the aspirin myocardial infarction study. *American Journal of Cardiology*, 56, 221-225.

Shipley, B. A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M. D., & Deary, I. J. (2007). Neuroticism, Extraversion, and Mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: A 21-Year Prospective Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 923-931.

Silva, L. S., & Barreto, S. M. (2010). Adverse psychosocial working conditions and minor psychiatric disorders among bank workers. *BMC Public Health*, 10, 686-688.

Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.

Smith, C. A., Dobbins, C. J., & Wallstonm K. A. (1991). The Mediatlional Role of Perceived Competence in Psychological Adjustment to Rheumatoid Arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1218-1247.

Sociedad Española de Cardiología. (2009). *Informe sobre la tasa de mortalidad cardiovascular en España*. Recuperado de <http://www.secardiologia.es/libros-multimedia/biblioteca-virtual/informe-de-la-enfermedades-cardiovascular-en-espana-2009/188-informe-sobre-la-tasa-de-mortalidad-por-enfermedad-cardiovascular-en-espana>

Soriguer, F., Goday, A., Bosch-Comas, A., Bordiú, E., Calle-Pascual, A., Carmena, R., et al. (2012). Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*, 55, 88-93.

Spangler, J. G., & Konen, J. C. (1993). Predicting Exercise and Smoking Behaviors in Diabetic and Hypertensive Patients. *Archives of Family Medicine*, 2, 149-155.

Starfield, B. (2002). Equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 483-484.

Steine, S., Laerum, E., Eritsland, J., & Arnesen, H. (1996). Predictors of enhanced well-being after coronary artery bypass surgery. *Journal of Internal Medicine*, 239, 69-73.

Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17). Convergent validity, discriminant validity and relationship with age. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 222-232.

Strike, P. C., & Steptoe, A. (2003). Systematic review of mental stress-induced myocardial ischaemia. *European Heart Journal*, 24, 690-703.

Struijs, J. N., Baan, C. A., Schellevis, F. G., Westert, G. P., & Van den Bos, A. M. (2006). Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. *BMC Health Services Research, 6*, 84-92.

Suarez, E. C., Kuhn, C. M., Schamberg, S. M., Williams, R. B., & Zimmermann, E. A. (1998). Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: the role of interpersonal challenge. *Psychosomatic Medicine, 60*, 78-88.

Sullivan, A. (2002). Gender differences in coping strategies of parents of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice, 8*, 67-73.

Sundquist, K., Malmstrom, M., Johanson, S. E., & Sundquist, J. (2003). Care need index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*, 347-352 .

Tapia, C., Gil, V., & Orozco, D. (2005). Influencia de la ansiedad maternal en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Atención Primaria, 42*, 291-296.

The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group (ACCORD). (2008). Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine, 358*, 2545-2559.

Theofilou, P. (2011). Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics. *International Journal of Nephrology*. DOI:10.4061/2011/514070.

Thompson, S. C. (1981). Will it hurts if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin, 90*, 89-101.

Torres, J. (2007). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria). Tesis doctoral. Universidad de Huelva. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2645/b15236699.pdf?sequence=1>

Travis, J. W., & Callander, M. (1990). *Wellness for helping professionals: Creating Compassionate Cultures*. Wellness Assoc Pub.

Trivedi, R. B., Blumenthal, J. A., O'Connor, C., Adams, K., Hinderliter, A., Dupree, C., Johnson, K., & Sherwood, A. (2009). Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 339-346.

Tudor, J. (1999). Necesitamos un Nuevo tipo de médico de cabecera. *Atención Primaria*, 7, 109-115.

Tuesca-Molina, R., Gualla, P., Banegas, J. R., & Graciani, A. (2006). Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 233-242.

Turbi, C., Herrero-Beaumont, G., Acebes, J. C., Torrijos, A., Grana, J., Miguélez, R., Sacristán, J., & Marín, F. (2004). Compliance and satisfaction with raloxifene versus alendronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis in clinical practice: An open-label, prospective, non randomized, observational study. *Clinical Therapeutics*, 26, 245-256.

Turrina, C., Zimmermann-Tansell, C., Micciolo, R., & Siciliani, O. (1993). A community survey of psychotropic drug consumption in South

- Verona: prevalence and associated variables. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28, 40-44.
- Val-Jiménez, A., Amorós, G., Martínez, P., Fernández, M. L., & León, M. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Atención Primaria*, 10, 767-770.
- Varela, F. J. (2000). Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Medicina de Familia (Andalucía)*, 2, 141-144.
- Vaux, A., Phillips J., Holly, L., Thomson, B., Willians, D., & Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Vázquez-Campo, M., Bande-Rodríguez, M. C., Pérez-Dinamarca, A., & Mouriño, Y. (2011). Coping and management of the disease in patients with diabetes mellitus type 1. *Enfermería Clínica*, 21, 210-213.
- Vedsted, P., Sorensen, H. T., & Mortensen, J. T. (2004). Drug prescription for adult frequent attenders in Danish general practice: a population-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, 13, 717-724.
- Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud Pública Mexicana*, 44, 258-265.
- Vera-Hernández, A. M. (1999). Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics*, 8, 579-598.
- Versteeg, H., Spek, V., Pedersen, S., & Denollet, J. (2012). Type D personality and health status in cardiovascular disease populations: a meta-analysis of prospective studies. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*. DOI:10.1177/1741826711425338.

Vidal, R., Cebriá, J., Palma, C., Planells, G., Espinassa, J., & Estefanell, A. (2011). El apoyo social percibido en pacientes hiperfrecuentadores de Atención Primaria. *Butlletí*, 28, 3. Recuperado de <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss3/3>

Villar, F., Banegas, J. R., Donado, J., & Rodríguez-Artalejo, F. (2003). *Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras*. Sociedad Española de Arteriosclerosis. Informe SEA 2003.

Villuendas, T., Blasi, A., Valsera, A., Ballestar, N., Rivero, N., & Fernández, F. J. (2009). *Paciente hiperfrecuentador en la consulta de enfermería: mito o realidad*. Comunicación al VI Congreso Nacional de la FEACAP. Asturias (paper).

Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the Focus Isn't on Locus: Rotter's social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Theory and Research*, 16, 183-199.

Watkins, L. L., Grossman, P., Krishnan, R., & Sherwood, A. (1998). Anxiety and vagal control of heart risk. *Psychosomatic Medicine*, 60, 498-502.

Weinberger, M., Greene, J. Y., Mamlin, J. J., & Jerin, M. J. (1981). Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health*, 71, 1253-1255.

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047-1053.

Wu, J., Siu, A., & Ho, W. C. (2011). A factor analytic study of the COPE Questionnaire by sex of respondents. *Psychological Reports, 108*, 515-527.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L., INTERHEART Study Investigators. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet, 364*, 937-952.

Zigelstein, R. C., Bush, D. E., & Fauerbach, J. A. (1998). Depression, adherence behavior, and coronary disease outcomes. *Archives of Internal Medicine, 158*, 808-809.

# **ANEXO 1**

## **CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

### **ESTUDIO DE PERFIL PSICO-SOCIAL DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR**

#### INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN

Se le solicita al paciente su colaboración en el estudio, explicándole el objetivo del mismo y, si acepta, debe firmar el consentimiento para la utilización de sus datos.

El tiempo que necesitará para cumplimentar los cuestionarios se estima en unos 30 minutos.

Se le debe facilitar al paciente un lugar tranquilo para rellenar los cuestionarios (una consulta vacía, por ejemplo).

El cuadernillo consta de los siguientes apartados

Una hoja de consentimiento informado que deberán firmar EL PACIENTE y EL INVESTIGADOR, previamente a la realización del cuestionario

Una hoja de datos demográficos y clínicos que debe rellenar EL INVESTIGADOR

Cuestionario EPQ sobre rasgos de personalidad que debe rellenar EL PACIENTE

Cuestionario GHQ-28 que debe rellenar EL PACIENTE

Cuestionario SS-A que debe rellenar EL PACIENTE

Cuestionario COPE que debe rellenar EL PACIENTE

Cuestionario APGAR FAMILIAR que debe rellenar EL PACIENTE

Cuestionario BMQ que debe rellenar EL PACIENTE

Test de MORISKY-GREEN que debe rellenar EL INVESTIGADOR

# **ESTUDIO DE PERFIL PSICO-SOCIAL CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR**

## **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estamos realizando una investigación sobre las circunstancias psicológicas y sociales de los pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas. En esta investigación los datos obtenidos serán introducidos en una base de datos y analizados sin utilizar, en ningún momento, ningún dato de identificación personal del paciente salvo su NUHSSA por necesidades de verificación. A estos datos y a la base de datos que se cree solo tendrán acceso los investigadores autorizados de la Universidad de Huelva y del Centro de Salud Adoratrices. Usted, en cualquier momento y sin dar explicaciones de ningún tipo, podrá revocar la autorización de utilizar sus datos. Usted tiene derecho a ser informado por el investigador de todos los aspectos sobre los que quiera una información más detallada. Si lo desea, ¿nos autoriza a realizarle algunas preguntas y cuestionarios y a utilizar sus datos demográficos y sanitarios en esta investigación?

**SI**, autorizo a los investigadores de la Universidad de Huelva y del Centro de Salud Adoratrices a utilizar los datos antes mencionados, para su investigación.

---

Fecha y firma del investigador

---

Fecha y firma del paciente

NUHSSA:

AÑO DE NACIMIENTO:

SEXO: HOMBRE  MUJER  PROFESIÓN (la última desarrollada):

ESTADO CIVIL: SOLTERO  CASADO  VIUDO/DIVORCIADO

NÚMERO DE PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL HOGAR:

NIVEL EDUCATIVO:

SIN ESTUDIOS  E. PRIMARIOS  BACHILLERATO

FORMACIÓN PROFESIONAL  UNIVERSITARIO

ENFERMEDAD CRÓNICA DE BASE:

DIABETES MELLITUS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

INSUFICIENCIA CARDIACA

EPOC

AÑO DEL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA PRINCIPAL:

CONTROL DE LA ENFERMEDAD:

CONTROL CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD (a juicio del médico)

SI  NO

ÚLTIMA T.A. (en hipertensos): \_\_\_/\_\_\_ mmHg

ÚLTIMA HbA1c (en diabéticos): \_\_\_\_\_ %

NÚMERO DE FÁRMACOS PRESCRITOS EL ÚLTIMO AÑO:

(principios activos diferentes)

NÚMERO DE VISITAS AL MÉDICO EN EL ÚLTIMO AÑO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE VISITAS A LA ENFERMERA EN EL ÚLTIMO AÑO: \_\_\_\_\_

NÚMERO TOTAL DE VISITAS EN EL ÚLTIMO AÑO: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO EPQ

Por favor, conteste cada pregunta poniendo un aspa (X) sobre el SÍ o el NO que le siguen. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa. Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.

1. ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?.....
2. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?.....
3. ¿Es una persona conversadora?
4. ¿Se siente a veces desdichado sin motivo?
5. ¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto?
6. ¿Es usted una persona más bien animada o vital?
7. Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importarle las molestias que ello le pueda ocasionar?
8. ¿Es una persona irritable?
9. ¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?
10. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?
11. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?.....
12. ¿Tiende a mantenerse apartado en las situaciones sociales?
13. A menudo, ¿se siente harto?
14. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?
15. Para usted, ¿los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?
16. ¿Le gusta salir a menudo?

17. ¿Es mejor actuar como uno quiera que seguir las normas sociales?
18. ¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?
19. ¿Diría de sí mismo que es una persona nerviosa?
20. ¿Es usted una persona sufridora?
21. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?
22. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?
23. ¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?
24. ¿Diría de sí mismo que es una persona tensa o muy nerviosa?
25. Por lo general, ¿suele estar callado cuando está con otras personas?
26. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?
27. ¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?
28. ¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos?
29. ¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?
30. ¿De niño, fue alguna vez descarado con sus padres?
31. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
32. ¿Se siente a menudo apático y cansado sin motivo?
33. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?
34. ¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?  
.....
35. ¿A menudo siente que la vida es muy monótona?.....

- 36 ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?.....
- 37 ¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?.....
- 38 ¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca sería descubierto?.....
- 39 ¿Puede organizar y conducir una fiesta?.....
- 40 ¿Generalmente, reflexiona antes de actuar?.....
- 41 ¿Sufre de los «nervios»?.....
- 42 ¿A menudo se siente solo?.....
- 43 ¿Hace siempre lo que predica?.....
- 44 ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?.....
- 45 ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?.....
- 46 ¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?.....
- 47 ¿La gente piensa que usted es una persona animada?.....
- 48 ¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?.....

## CUESTIONARIO GHQ 28

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

A. 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que le cabeza le va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

A. 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B. 7. ¿Se ha notado nervioso y «a punto de explotar» constantemente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

C. 2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
----------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

C. 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	--	----------------------	----------------------------

C. 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
-----------------------------------	---	---	---------------------------

C. 5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	--------------------------------

C. 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------------

C. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------------

D. 1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------------	------------------------------

D. 2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------------	------------------------------

D. 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------	------------------------------

habitual

D. 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»?

Claramente, no

Me parece que no

Se me ha  
cruzado por  
la mente

Claramente lo  
he pensado

D 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante  
más que lo  
habitual

Mucho más  
que lo habitual

D 6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante  
más que lo  
habitual

Mucho más  
que lo habitual

D 7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no

Me parece que no

Se me ha  
cruzado por  
la mente

Claramente lo  
he pensado

### CUESTIONARIO SS-A

A continuación tiene una lista de afirmaciones sobre su relación con la familia y los amigos. Por favor, indique sinceramente si está Muy de Acuerdo, sólo de Acuerdo, en Desacuerdo o Muy en Desacuerdo con lo que dice de usted.

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Mis amigos me hacen caso	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
2. Mi familia me cuida mucho	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
3. No soy importante para los demás	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
4. Mi familia piensa que valgo mucho	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
5. La gente me quiere	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
6. Puedo contar con mis amigos	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
7. Mi familia me admira	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
8. La gente me hace caso	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
9. Mi familia me quiere muchísimo	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
10. A mis amigos les importa poco si yo me encuentro bien o mal	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
11. Hay miembros de mi familia que cuentan conmigo	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
12. La gente piensa que valgo mucho	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
13. Mi familia no me apoya	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
14. La gente me admira	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
15. Me siento muy unido a mis amigos	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
16. Mis amigos están pendientes de mí	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
17. Creo que otras personas me valoran	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
18. Mi familia me hace caso	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
19. Mis amigos y yo somos importantes los unos para los otros	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
20. Creo que la gente me acepta	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

21. Si me muriese mañana me echaría de menos muy poca gente
22. No me siento unido a algunos miembros de mi familia
23. Mis amigos y yo hemos hecho mucho los unos por los otros

<b>MUY DE ACUERDO</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>MUY EN DESACUERDO</b>
<b>MUY DE ACUERDO</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>MUY EN DESACUERDO</b>
<b>MUY DE ACUERDO</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>MUY EN DESACUERDO</b>

**CUESTIONARIO COPE**

Estamos interesados en conocer cómo reacciona la gente cuando se enfrenta a acontecimientos difíciles o estresantes en su vida. Hay muchas maneras de tratar de lidiar con el estrés. Este cuestionario le pide que indique qué hace y qué siente usted generalmente cuando experimenta acontecimientos estresantes. Obviamente, acontecimientos diferentes pueden provocar respuestas algo diferentes, pero piense acerca de lo que normalmente hace cuando está bajo mucho estrés.

Debe considerar cada ítem de manera independiente de los demás ítems. No hay respuestas correctas o incorrectas. Y, por último, las respuestas deben indicar lo que usted hace y no lo que la mayoría de la gente hace.

Señale el número que mejor indique la frecuencia con la que suele hacer cada cosa, siguiendo el siguiente código:

- 1 = Normalmente nunca hago esto
- 2 = Normalmente hago esto un poco
- 3 = Normalmente hago esto en una cantidad media de veces
- 4 = Normalmente hago esto un montón de veces o casi siempre

Por favor, no dejes ninguna pregunta sin responder:

1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.....	1	2	3	4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.....	1	2	3	4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.....	1	2	3	4
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.....	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.....	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo «esto no es real».....	1	2	3	4
7. Confío en Dios.....	1	2	3	4
8. Me río de la situación.....	1	2	3	4

9.	Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.....	1	2	3	4
10	Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.....	1	2	3	4
.					
11	Hablo de mis sentimientos con alguien.....	1	2	3	4
.					
12	Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.....	1	2	3	4
.					
13	Me acostumbro a la idea de lo que pasó.....	1	2	3	4
.					
14	Hablo con alguien para saber más de la situación.....	1	2	3	4
.					
15	Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.....	1	2	3	4
.					
16	Sueño despierto con cosas diferentes de esto.....	1	2	3	4
.					
17	Me altero y soy realmente consciente de ello.....	1	2	3	4
.					
18	Busco la ayuda de Dios.....	1	2	3	4
.					
19	Elaboro un plan de acción.....	1	2	3	4
.					
20	Hago bromas sobre ello.....	1	2	3	4
.					
21	Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar.....	1	2	3	4
.					
22	Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.....	1	2	3	4
.					
23	Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.....	1	2	3	4
.					
24	Simplemente, dejo de intentar alcanzar mi objetivo.....	1	2	3	4
.					
25	Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.....	1	2	3	4
.					
26	Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumo drogas.....	1	2	3	4
.					
27	Me niego a creer que ha sucedido.....	1	2	3	4
.					
28	Dejo aflorar mis sentimientos.....	1	2	3	4

.					
29	Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.....	1	2	3	4
.					
30	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.....	1	2	3	4
31	Duermo más de lo habitual.....	1	2	3	4
32	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.....	1	2	3	4
.					
33	Me centro en hacer frente a este problema y, si es necesario, dejo otras cosas un poco más de lado.....	1	2	3	4
34	Consigo el apoyo y comprensión de alguien.....	1	2	3	4
.					
35	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.....	1	2	3	4
.					
36	Bromeo sobre ello.....	1	2	3	4
.					
37	Renuncio a conseguir lo que quiero.....	1	2	3	4
.					
38	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.....	1	2	3	4
.					
39	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.....	1	2	3	4
.					
40	Finjo que no ha sucedido realmente.....	1	2	3	4
.					
41	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.....	1	2	3	4
...					
42	Intento firmemente que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.....	1	2	3	4
43	Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.....	1	2	3	4
.					
44	Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.....	1	2	3	4
.					
45	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.....	1	2	3	4
46	Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.....	1	2	3	4

47	Llevo a cabo alguna acción directa en torno al problema.....	1	2	3	4
.					
48	Intento encontrar alivio en la religión.....	1	2	3	4
.					
49	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.....	1	2	3	4
.					
50	Hago bromas de la situación.....	1	2	3	4
.					
51	Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema.....	1	2	3	4
.					
52	Hablo con alguien de cómo me siento.....	1	2	3	4
.					
53	Utilizo el alcohol o drogas para intentar superarlo.....	1	2	3	4
.					
54	Aprendo a vivir con ello.....	1	2	3	4
.					
55	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.....	1	2	3	4
.					
56	Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.....	1	2	3	4
.					
57	Actúo como si nunca hubiera sucedido.....	1	2	3	4
.					
58	Hago lo que hay que hacer, paso a paso.....	1	2	3	4
.					
59	Aprendo algo de la experiencia.....	1	2	3	4
.					
60	Rezo más de lo habitual.....	1	2	3	4
.					

### APGAR FAMILIAR

Las siguientes preguntas se refieren a su relación con la familia con la convive.  
Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1 ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Siente que su familia lo quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CUESTIONARIO BMQ

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Estamos interesados en sus opiniones personales. Nos gustaría que nos dijera sus opiniones sobre los medicamentos en general. A continuación aparece una lista de afirmaciones que otras personas han declarado sobre los medicamentos en general. Por favor, señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ellas marcando un círculo en el número de la casilla apropiada.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

1. Los médicos utilizan demasiados medicamentos 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
  
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
  
3. La mayoría de medicamentos crean adicción 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
  
4. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
  
5. Los medicamentos hacen más mal que bien 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
  
6. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos) 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
  
7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
  
8. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## TEST DE MORISKY-GREEN

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

SI	NO
----	----

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI	NO
----	----

Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

SI	NO
----	----

Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación

SI	NO
----	----

## **ANEXO 2**

### **RELACIÓN DE FIGURAS**

Figura 1: Determinantes de salud

Figura 2: Modelo de Acheson

Figura 3: Fases de prevención de la enfermedad (modelo de Leawell y Clark)

Figura 4: Carga de enfermedad Andalucía 2008 por causas, hombres y mujeres

Figura 5: Mortalidad mundial prevista (OMS 2010)

Figura 6: Mortalidad por enfermedades crónicas distribuidas por grupo de ingresos (OMS 2010)

Figura 7. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables edad/dimensiones extraversión y psicoticismo del cuestionario EPQ-RS

Figura 8. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables número de fármacos/número de visitas totales

Figura 9. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables número de fármacos/escala global del cuestionario GHQ-28

Figura 10. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables HbA1c/promedio de puntuación del cuestionario APGAR-familiar

Figura 11. Diagrama de dispersión y recta de regresión de las variables % de control de HbA1c/promedio de puntuación del cuestionario APGAR-familiar

## **ANEXO 3**

### **RELACIÓN DE TABLAS**

Tabla 1. Causas de muerte en el mundo (OMS, 2004)

Tabla 2 Morbilidad en el mundo (OMS, 2004)

Tabla 3. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (Estudio ERICE)

Tabla 4. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular por áreas geográficas en España (estudio ERICE)

Tabla 5. Comparación entre estado civil y sexo

Tabla 6. Resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS según el sexo

Tabla 7. Relación entre cuestionario EPQ-RS y estado civil

Tabla 8. Relación entre demanda asistencial y nivel educativo

Tabla 9. Relación entre cifras de TAS, TAD y HbA1c y polimedicación

Tabla 10. Correlación entre demanda asistencial y número de fármacos

Tabla 11. Relación entre demanda asistencial y polimedicación

Tabla 12. Correlación entre puntuaciones del cuestionario GHQ-28 y número de fármacos

Tabla 13. Relación entre cuestionario GHQ-28 y polimedicación

Tabla 14. Relación entre función familiar y cifras de TAS, TAD y HbA1c

Tabla 15. Relación entre puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar y control de TA y HbA1c

Tabla 16. Relación entre función familiar y control de TA y HbA1c

Tabla 17. Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de salud general GHQ-28

Tabla 18. Relación entre cribado positivo de problema psicológico y/o social y demanda asistencial

Tabla 19. Relación entre hiperfrecuentación y resultados del cuestionario de salud general GHQ-28

Tabla 20 A. Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE (visitas médicas)

Tabla 20 B. Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE (visitas enfermeras)

Tabla 20 C. Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE (visitas totales)

Tabla 21. Relación entre puntuaciones del cuestionario de salud general GHQ-28 y adherencia terapéutica

Tabla 22. Relación entre puntuaciones del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ y adherencia terapéutica

Tabla 23. Modelo bivariante en relación con el control de la TA (hipertensos)

Tabla 24. Modelo bivariante en relación con el control moderado (HbA1c < 8%) de la HbA1c en diabéticos

Tabla 25. Modelo bivariante en relación con el control estricto (HbA1c < 7%) de la HbA1c en diabéticos

Tabla 26. Modelo bivariante en relación con el control global

Tabla 27. Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control de la TA en pacientes hipertensos

Tabla 28. Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control control moderado (HbA1c < 8%) de la HbA1c en pacientes diabéticos

Tabla 29. Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control estricto (HbA1c < 7%) de la HbA1c en pacientes diabéticos

Tabla 30. Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación con el control global

Tabla 31. Modelo bivariante en relación con las visitas totales

Tabla 32. Modelo bivariante en relación con la hiperfrecuentación

Tabla 33. Modelo multivariante (regresión lineal) en relación a las visitas totales

Tabla 34. Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación a la hiperfrecuentación

Tabla 35. Modelo bivariante en relación con la adherencia terapéutica

Tabla 36. Modelo multivariante (regresión logística binaria) en relación a la adherencia terapéutica

# APÉNDICE

## TABLAS COMPLEMENTARIAS

Tabla A1

*Distribución por tramos de edad*

<i>Intervalo de edad (años)</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
30-39	1	0,5%
40-49	5	2,3%
50-59	45	21,4%
60-69	99	46,9%
70-79	48	22,7%
80-89	13	6,2%

Tabla A2

*Distribución por estado civil*

<i>Estado civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (IC 95%)</i>
<i>Soltero</i>	13	6,2% (3,5-10,1)
<i>Casado</i>	165	78,2% (72,3-83,4)
<i>Viudo/Separado</i>	32	15,2% (10,8-20,5)
<i>Desconocido</i>	1	0,5% (0,02-2,3)

Tabla A3

*Distribución por nivel educativo*

<i>Nivel educativo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sin estudios</i>	39	18,48%
<i>Estudios primarios</i>	101	47,87%
<i>Estudios secundarios</i>	27	12,80%
<i>Formación profesional</i>	29	13,74%
<i>Estudios universitarios</i>	15	7,11%

Tabla A4

*Distribución por nivel educativo y sexo*

<i>Nivel educativo</i>	<i>Varón</i>	<i>(N; %)</i>	<i>Mujer</i>	<i>(N; %)</i>
<i>Sin estudios</i>	7	6,9%	32	29,1%
<i>Estudios primarios</i>	50	49,5%	51	46,4%
<i>Estudios secundarios</i>	20	19,8%	7	6,4%
<i>Formación profesional</i>	13	12,9%	16	14,5%
<i>Estudios universitarios</i>	11	10,9%	4	3,6%

Tabla A5

*Distribución por número de fármacos*

<i>Número de fármacos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>5 o menos</i>	35	16,6%
<i>6-10</i>	76	36,0%
<i>11-15</i>	61	28,9%
<i>16-20</i>	30	14,2%
<i>21-25</i>	5	2,4%
<i>26 o más</i>	4	1,9%

Tabla A6

*Distribución por sexo y factores de riesgo*

<i>Factor de riesgo</i>	<i>Varón</i>	<i>(N; %)</i>	<i>Mujer</i>	<i>(N; %)</i>
<i>HTA</i>	86	46,5%	99	53,5%
<i>DM</i>	75	56,4%	58	43,6%

Tabla A7

*Distribución por cifras de TA*

<i>TAS</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>TAD</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>≤120 mmHg</i>	17,3%	<i>≤70 mmHg</i>	25,9%
<i>121-140 mmHg</i>	44,3%	<i>71-90 mmHg</i>	62,2%
<i>141-160 mmHg</i>	27,6%	<i>91-110 mmHg</i>	11,4%
<i>&gt;160 mmHg</i>	10,8%	<i>&gt;110 mmHg</i>	0,5%

Tabla A8

*Promedios de TAS y TAD por sexo*

	<i>Varón ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Mujer ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>
<i>TAS</i>	141,53 (137,5-145,6)	136,82 (133,7-139,9)
<i>TAD</i>	79,30 (76,6-82,0)	79,72 (77,8-81,7)

Tabla A9

*Distribución de la HbA1c en diabéticos*

<i>HbA1c</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>&lt; 5%</i>	2,5%
<i>5-7%</i>	54,1%
<i>7-9%</i>	39,4%
<i>9-11%</i>	12,3%
<i>≥11%</i>	2,5%

Tabla A10

*Porcentaje de pacientes con control de la HbA1c por sexo*

<i>Punto de corte</i>	<i>Varón (IC95%)</i>	<i>Mujer (IC95%)</i>	<i>Total (IC95%)</i>
<i>&lt;8%</i>	82,4% (71,9-90,1)	85,2% (73,8-92,9)	83,6% (76,2-89,4)
<i>&lt;7,5%</i>	70,6% (59,0-80,5)	74,1% (61,2-84,4)	72,1% (63,7-79,9)
<i>&lt;7%</i>	45,6% (34,1-57,5)	63,0% (49,7-75,0)	53,3% (44,4-62,0)

Tabla A11

Distribución de las visitas médicas, enfermeras y totales por sexo

<i>Varones</i>	<i>0 a 10 visitas</i>	<i>11 a 20 visitas</i>	<i>21 a 30 visitas</i>	<i>31 a 40 visitas</i>	<i>41 a 50 visitas</i>
<i>Visitas médicas %; (IC95%)</i>	72,26% (65,1-82,1)	20,79% (13,7-29,5)	2,97% (0,8-7,9)	1,98% (0,3-6,4)	0%
<i>Visitas enfermeras %; (IC95%)</i>	88,12% (80,7-93,4)	9,90% (5,1-16,9)	1,98% (0,3-6,4)	0 %	0%
<i>Visitas totales %; (IC95%)</i>	47,52% (37,9-57,3)	34,65% (25,9-44,3)	10,89% (5,9-18,1)	5,94% (2,4-11,9)	0,99% (0,05-4,8)
<i>Mujeres</i>					
<i>Visitas médicas %; (IC95%)</i>	76,36% (67,8-83,6)	20,91% (14,1-29,3)	2,73% (0,7-7,2)	0 %	0%
<i>Visitas enfermeras %; (IC95%)</i>	88,18% (81,1-93,3)	10,91% (6,0-17,8)	0,90% (0,05-4,4)	0 %	0%
<i>Visitas totales %; (IC95%)</i>	43,64% (34,6-53,0)	45,45% (36,3-54,8)	7,27% (3,4-13,3)	2,73% (0,7-7,2)	0,90% (0,05-4,4)
<i>Totales</i>					
<i>Visitas médicas %; (IC95%)</i>	75,36% (69,2-80,8)	20,85% (15,8-27,7)	2,84% (1,2-5,8)	0,95% (0,16-3,1)	0%
<i>Visitas enfermeras %; (IC95%)</i>	88,15% (83,3-92,0)	10,43% (6,8-15,1)	0,95% (0,16-3,1)	0,47% (0,02-2,3)	0%
<i>Visitas totales %; (IC95%)</i>	45,50% (38,9-52,3)	40,28% (33,8-47,0)	9,00% (5,7-13,5)	4,27% (2,1-7,7)	0,95% (0,16-3,1)

Tabla A12

*Promedio de visitas médica, enfermera y totales. Global y por sexo*

	<i>Visitas Médicas</i>	<i>Visitas Enfermeras</i>	<i>Visitas Totales</i>
<i>Promedio global (IC 95%)</i>	7,67 (6,91-8,42)	5,42 (4,74-6,09)	12,95 (11,80-14,10)
<i>Promedio Varones (IC95%)</i>	8,03 (6,80-9,26)	5,53 (4,42-6,65)	13,28 (11,40-15,15)
<i>Promedio Mujeres (IC95%)</i>	7,34 (6,41-8,27)	5,31 (4,50-6,12)	12,65 (11,24-14,05)

Tabla A13

*Puntuaciones del cuestionario EPQ-RS*

<i>Dimensión</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>IC 95%</i>
<i>Extraversión</i>	7,41	2,98	7,01-7,82
<i>Neuroticismo</i>	5,69	3,36	5,23-6,14
<i>Psicoticismo</i>	3,91	2,13	3,62-4,19
<i>Deseabilidad social</i>	8,93	2,43	8,60-9,26

Tabla A14

*Puntuaciones del cuestionario EPQ-RS por sexo*

<i>Dimensión</i>	<i>Varones ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Mujeres ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>
<i>Extraversión</i>	7,73 (7,20-8,27)	7,12 (6,51-7,72)
<i>Neuroticismo</i>	4,87 (4,22-5,53)	6,44 (5,83-7,05)
<i>Psicoticismo</i>	3,55 (3,15-3,96)	4,23 (3,82-4,64)
<i>Deseabilidad social</i>	8,43 (7,91-8,94)	9,40 (8,99-9,81)

Tabla A15

*Puntuaciones del cuestionario GHQ-28*

<i>Dimensión</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>IC 95%</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	2,42	2,32	2,10-2,73
<i>Ansiedad</i>	2,60	2,41	2,27-2,92
<i>Disfunción social</i>	2,05	2,41	1,73-2,38
<i>Depresión grave</i>	0,81	1,52	0,60-1,01
<i>Escala global</i>	7,87	7,10	6,91-8,84

Tabla A16

*Puntuaciones del cuestionario GHQ-28 por sexo*

<i>Dimensión</i>	<i>Varones ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Mujeres ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	2,21 (1,75-2,66)	2,61 (2,17-3,05)
<i>Ansiedad</i>	2,41 (1,91-2,90)	2,77 (2,34-3,21)
<i>Disfunción social</i>	2,16 (1,66-2,66)	1,95 (1,52-2,39)
<i>Depresión grave</i>	0,77 (0,48-1,06)	0,84 (0,54-1,13)
<i>Escala global</i>	7,54 (6,06-9,03)	8,17 (6,91-9,44)

Tabla A17

*Puntuaciones medias del cuestionario COPE*

<i>Dimensión</i>	$\bar{X}$	<i>Desviación típica</i>	<i>IC 95%</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,57	0,61	2,49-2,65
<i>Apoyo en la religión</i>	2,72	0,94	2,60-2,85
<i>Humor</i>	1,74	0,77	1,63-1,84
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,09	0,26	1,05-1,12
<i>Afrontamiento activo</i>	2,57	0,64	2,49-2,66
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,88	0,67	1,79-1,97
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,29	0,70	2,19-2,39
<i>Aceptación</i>	2,69	0,75	2,59-2,79
<i>Negación</i>	1,80	0,70	1,71-1,90
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,41	0,66	2,32-2,50
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,38	0,64	2,29-2,47
<i>Crecimiento personal</i>	3,08	0,75	2,98-3,18
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,73	0,72	2,63-2,83
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,43	1,09	2,28-2,58
<i>Evadirse</i>	2,00	1,55	1,79-2,21

Tabla A18

*Puntuaciones del cuestionario COPE según género*

<i>Dimensión</i>	<i>Varones (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Mujeres (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,52 (2,4-2,6)	2,62 (2,50-2,73)
<i>Apoyo en la religión</i>	2,52 (2,3-2,7)	2,91 (2,7-3,1)
<i>Humor</i>	1,87 (1,7-2,0)	1,62 (1,5-1,7)
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,09 (1,0-1,1)	1,08 (1,0-1,1)
<i>Afrontamiento activo</i>	2,57 (2,5-2,7)	2,57 (2,4-2,7)
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,78 (1,7-1,9)	1,96 (1,8-2,1)
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,17 (2,0-2,3)	2,40 (2,3-2,5)
<i>Aceptación</i>	2,60 (2,5-2,8)	2,77 (2,6-2,9)
<i>Negación</i>	1,80 (1,7-1,9)	1,80 (1,7-1,9)
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,43 (2,3-2,6)	2,39 (2,3-2,5)
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,32 (2,2-2,5)	2,43 (2,3-2,6)
<i>Crecimiento personal</i>	3,05 (2,9-3,2)	3,11 (3,0-3,3)
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,74 (2,6-2,9)	2,72 (2,6-2,9)
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,47 (2,2-2,8)	2,39 (2,3-2,5)
<i>Evadirse</i>	1,93 (1,8-2,1)	2,06 (1,7-2,4)

Tabla A19

*Función familiar según el cuestionario APGAR-Familiar*

<i>Función familiar</i>	<i>Varones (%; IC 95%)</i>	<i>Mujeres (%; IC 95%)</i>	<i>Global (%; IC 95%)</i>
<i>Normofunción</i>	92,08% (85,5-96,3)	85,45% (77,9-91,1)	88,63% (83,8-92,4)
<i>Disfunción leve</i>	6,93% (3,1-13,2)	12,73% (7,4-20,0)	9,95% (6,4-14,6)
<i>Disfunción grave</i>	0,99% (0,1-4,8)	1,82% (0,3-5,9)	1,42% (0,4-3,8)

Tabla A20

*Relación entre el nivel educativo y el género*

<i>Nivel educativo</i>	<i>Varón (%; IC 95%)</i>	<i>Mujer (%; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Sin estudios</i>	6,93% (3,1-12,2)	29,09% (21,2-38,1)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Estudios primarios</i>	49,51% (39,8-59,2)	46,36% (37,2-55,7)	0,648
<i>Estudios secundarios</i>	19,80% (12,9-28,4)	6,36% (2,8-12,2)	<b>0,003</b>
<i>Formación profesional</i>	12,87% (7,4-20,5)	14,55% (8,9-22,1)	0,724
<i>Estudios universitarios</i>	10,89% (5,9-18,1)	3,64% (1,2-8,5)	<b>0,040</b>

Tabla A21

*Comparación entre cifras medias de TA y porcentaje medio de control de la TA de hipertensos según el género*

	<i>Varón (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Mujer (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>TAS</i>	141,53 (137,5-145,6)	138,82 (133,7-139,9)	0,064
<i>TAD</i>	79,30 (76,6-82,0)	79,72 (77,8-81,7)	0,801
<i>% Control TA</i>	60,87 (52,6-69,1)	64,42 (57,2-71,7)	0,520

Tabla A22

*Comparación entre el porcentaje de diabéticos controlados y el género*

	<i>Varón (%; IC 95%)</i>	<i>Mujer (%; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>% Controlados (HbA1c ≤ 8%)</i>	83,82% (73,6-91,2)	85,19% (73,8-92,9)	0,837
<i>% Control estricto (HbA1c ≤ 7%)</i>	51,47% (39,7-63,2)	62,96% (49,6-75,0)	0,203

Tabla A23

*Resultados del promedio de visitas según género*

	<i>Varón</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Mujer</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	8,03 (6,8-9,3)	7,34 (6,4-8,3)	0,368
<i>Visitas enfermeras</i>	5,53 (4,4-6,7)	5,31 (4,5-6,1)	0,743
<i>Visitas totales</i>	13,28 (11,4-15,2)	12,65 (11,2-14,1)	0,589

Tabla A24

*Comparación entre las puntuaciones del cuestionario de salud general GHQ-28 según el género*

	<i>Varón</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Mujer</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	2,21 (1,75-2,66)	2,61 (2,17-3,05)	0,210
<i>Ansiedad</i>	2,41 (1,91-2,90)	2,77 (2,34-3,21)	0,270
<i>Disfunción social</i>	2,16 (1,66-2,66)	1,95 (1,52-2,39)	0,540
<i>Depresión grave</i>	0,77 (0,48-1,06)	0,84 (0,54-1,13)	0,761
<i>Escala global</i>	7,54 (6,06-9,03)	8,17 (6,91-9,44)	0,522

Tabla A25

*Comparación del promedio de puntuaciones del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE en función del género*

	Varón ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	Mujer ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,52 (2,4-2,6)	2,62 (2,5-2,7)	0,265
<i>Apoyo en la religión</i>	2,52 (2,3-2,7)	2,91 (2,7-3,1)	<b>0,003</b>
<i>Humor</i>	1,87 (1,7-2,0)	1,62 (1,5-1,7)	<b>0,017</b>
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,09 (1,0-1,1)	1,08 (1,0-1,1)	0,891
<i>Afrontamiento activo</i>	2,57 (2,5-2,7)	2,57 (2,4-2,7)	0,961
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,78 (1,7-1,9)	1,96 (1,8-2,1)	<b>0,039</b>
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,17 (2,0-2,3)	2,40 (2,3-2,5)	<b>0,020</b>
<i>Aceptación</i>	2,60 (2,5-2,8)	2,77 (2,6-2,9)	0,104
<i>Negación</i>	1,80 (1,7-1,9)	1,80 (1,7-1,9)	0,963
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,43 (2,3-2,6)	2,39 (2,3-2,5)	0,721
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,32 (2,2-2,5)	2,43 (2,3-2,6)	0,215
<i>Crecimiento personal</i>	3,05 (2,9-3,2)	3,11 (3,0-3,3)	0,584
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,74 (2,6-2,9)	2,72 (2,6-2,9)	0,882
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,47 (2,2-2,8)	2,39 (2,3-2,5)	0,627
<i>Evadirse</i>	1,93 (1,8-2,1)	2,06 (1,7-2,4)	0,565

Tabla A26

*Comparación entre la función familiar y el género*

<i>Función familiar</i>	<i>Varones (%; IC 95%)</i>	<i>Mujeres (%; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Normofunción</i>	92,08% (85,5-96,3)	85,45% (77,9-91,1)	0,130
<i>Disfunción leve</i>	6,93% (3,1-13,2)	12,73% (7,4-20,0)	0,160
<i>Disfunción grave</i>	0,99% (0,1-4,8)	1,82% (0,3-5,9)	0,532

Tabla A27

*Comparación entre los resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos según género*

	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,49	2,67	0,392
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,68	2,57	0,594
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,61	3,09	<b>0,026</b>
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,65	2,72	0,733
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	1,83	2,14	0,070
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,11	2,19	0,676
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,28	3,40	0,534
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,04	3,30	0,247
<i>Puntuación global (media; IC 95%)</i>	20,69 (19,5-21,9)	22,05 (20,7-23,4)	0,145

Tabla A28

*Edad media por situaciones de estado civil*

<i>Estado civil</i>	<i>Edad media (IC 95%)</i>
<i>Soltero</i>	67,54 (59,3-75,8)
<i>Casado</i>	64,01 (62,8-65,3)
<i>Viudo/Separado</i>	70,03 (66,7-73,4)

Tabla A29

*Edad media por nivel educativo*

<i>Nivel educativo</i>	<i>Edad media (IC 95%)</i>
<i>Sin estudios</i>	69,69 (66,5-72,9)
<i>Estudios primarios</i>	65,33 (66,3-67,0)
<i>Estudios secundarios</i>	65,41 (62,5-68,4)
<i>Formación profesional</i>	59,69 (56,2-63,2)
<i>Estudios universitarios</i>	62,47 (59,9-65,0)

Tabla A30

*Relación entre control de factores de riesgo cardiovascular y edad*

<i>Factor de riesgo</i>	<i>Controlado (edad media; IC 95%)</i>	<i>No controlado (edad media; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>HTA</i>	65,23 (63,4-67,0)	65,06 (63,1-67,1)	0,903
<i>Diabetes (HbA1<sub>1</sub> ≤ 8%)</i>	64,87 (63,2-66,5)	63,89 (61,3-66,4)	0,511
<i>Diabetes (HbA1<sub>1</sub> ≤ 7%)</i>	64,62 (62,7-66,6)	64,85 (62,6-67,1)	0,880
<i>Control global</i>	65,25 (63,6-66,9)	65,05 (63,2-66,9)	0,873

Tabla A31

*Correlación entre demanda asistencial y edad*

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	0,047	0,501
<i>Visitas enfermeras</i>	0,186	<b>0,007</b>
<i>Visitas totales</i>	0,135	0,051

Tabla A32

Correlación entre cuestionario EPQ-RS y edad

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	-0,141	<b>0,041</b>
<i>Neuroticismo</i>	0,019	0,786
<i>Pisoticismo</i>	0,221	<b>0,001</b>
<i>Deseabilidad social</i>	0,005	0,944

Tabla A33

Correlación entre el cuestionario GHQ-28 y la edad

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	-0,071	0,304
<i>Ansiedad</i>	-0,049	0,479
<i>Disfunción social</i>	0,098	0,156
<i>Depresión grave</i>	-0,067	0,331
<i>Escala global</i>	-0,021	0,762

Tabla A34

*Correlación entre el cuestionario COPE y la edad*

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	0,083	0,232
<i>Apoyo en la religión</i>	0,151	<b>0,029</b>
<i>Humor</i>	0,114	0,098
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	-0,115	0,097
<i>Afrontamiento activo</i>	0,006	0,937
<i>Abandono del afrontamiento</i>	0,187	<b>0,006</b>
<i>Centrarse en las emociones</i>	0,086	0,212
<i>Aceptación</i>	0,018	0,789
<i>Negación</i>	0,113	0,101
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	0,039	0,577
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	0,048	0,488
<i>Crecimiento personal</i>	-0,095	0,167
<i>Reinterpretación positiva</i>	0,072	0,300
<i>Realización de actividades distractoras</i>	-0,053	0,442
<i>Evadirse</i>	0,098	0,156

Tabla A35

*Correlación entre el cuestionario BMQ y la edad*

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	-0,034	0,676
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	0,143	0,076
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,049	0,545
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	-0,054	0,504
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	0,013	0,874
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,031	0,699
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	-0,006	0,945
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	-0,019	0,812
<i>Puntuación global</i>	0,028	0,725

Tabla A36

*Distribución de pacientes según su nivel educativo y su estado civil.*

	<i>Soltero</i>	<i>Casado</i>	<i>Viudo/Separado</i>
<i>Sin estudios</i>	2,37% (0,9-5,2)	9,48% (6,1-14,0)	6,64% (3,8-10,6)
<i>Estudios primarios</i>	1,90% (0,6-4,5)	39,34% (32,9-46,1)	6,64% (3,8-10,6)
<i>Estudios secundarios</i>	0,47% (0,02-2,3)	10,90% (7,2-15,7)	1,42% (0,4-3,8)
<i>Formación profesional</i>	0,95% (0,2-3,1)	12,32% (8,4-17,3)	0,47% (0,02-2,3)
<i>Estudios universitarios</i>	0,47% (0,02-2,3)	6,16% (3,5-10,1)	0,47% (0,02-2,3)

Tabla A37

*Relación entre cifras medias de TA y HbA1c y estado civil*

	<i>Vive solo ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Casado ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de TAS</i>	141,83 (132,3-151,4)	138,46 (135,0-141,9)	0,780
<i>Promedio de TAD</i>	78,13 (71,7-84,5)	79,28 (77,0-81,6)	0,109
<i>Promedio de HbA1c</i>	7,30 (6,7-7,9)	6,85 (6,6-7,1)	0,179

Tabla A38

*Relación entre porcentaje de control de la TA y la HbA1c y el estado civil*

	<i>Vive solo (%; IC 95%)</i>	<i>Casado (%; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Control TA</i>	54,35% (39,9-68,3)	62,26% (54,5-69,6)	0,333
<i>Control HbA1c <math>\leq</math> 8%</i>	70,83% (50,6-86,3)	87,76% (80,1-93,2)	<b>0,047</b>
<i>Control HbA1c <math>\leq</math> 7%</i>	50,00% (30,6-69,4)	58,16% (48,2-67,6)	0,470
<i>Control global</i>	52,17% (37,8-66,3)	61,21% (53,6-68,4)	0,270

Tabla A39

*Relación entre porcentaje medio de control de TA y HbA1c y estado civil*

	<i>Vive solo ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Casado ( <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de control de TA</i>	51,63 (36,1-67,2)	62,14 (54,3-70,0)	0,313
<i>Promedio de control de HbA1c</i>	72,92 (54,3-91,6)	86,47 (80,2-92,7)	0,213

Tabla A40

*Relación entre demanda asistencial y estado civil*

	<i>Vive solo</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Casado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	7,26 (5,7-8,9)	7,78 (6,9-8,7)	0,576
<i>Visitas enfermeras</i>	6,72 (5,3-8,2)	5,05 (4,3-5,8)	<b>0,044</b>
<i>Visitas totales</i>	13,35 (11,0-15,7)	12,84 (11,5-14,2)	0,718

Tabla A41

*Relación entre cuestionario GHQ-28 y estado civil*

<i>Variable</i>	<i>Vive solo</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Casado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	2,74 (2,0-3,5)	2,33 (2,0-2,7)	0,288
<i>Ansiedad</i>	3,00 (2,3-3,7)	2,48 (2,1-2,9)	0,200
<i>Disfunción social</i>	2,50 (1,8-3,2)	1,93 (1,6-2,3)	0,154
<i>Depresión grave</i>	1,41 (0,8-2,0)	0,64 (0,4-0,8)	<b>0,014</b>
<i>Escala global</i>	9,65 (7,3-12,1)	7,38 (6,3-8,4)	0,054

Tabla A42

*Comparación entre las puntuaciones del cuestionario COPE y el estado civil*

<i>Variable</i>	<i>Vive solo (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Casado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,65 (2,5-2,8)	2,55 (2,5-2,6)	0,348
<i>Apoyo en la religión</i>	2,79 (2,5-3,0)	2,70 (2,6-2,9)	0,565
<i>Humor</i>	1,82 (1,6-2,0)	1,72 (1,6-1,8)	0,438
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,08 (1,0-1,1)	1,09 (1,0-1,1)	0,763
<i>Afrontamiento activo</i>	2,58 (2,4-2,8)	2,57 (2,5-2,7)	0,933
<i>Abandono del afrontamiento</i>	2,20 (2,0-2,4)	1,79 (1,7-1,9)	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,51 (2,3-2,7)	2,23 (2,1-2,3)	<b>0,016</b>
<i>Aceptación</i>	2,90 (2,7-3,1)	2,63 (2,5-2,7)	<b>0,030</b>
<i>Negación</i>	1,97 (1,7-2,2)	1,76 (1,7-1,9)	0,102
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,45 (2,2-2,7)	2,40 (2,3-2,5)	0,623
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,46 (2,3-2,6)	2,36 (2,3-2,5)	0,338
<i>Crecimiento personal</i>	2,96 (2,7-3,2)	3,12 (3,0-3,2)	0,224
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,75 (2,5-2,9)	2,73 (2,6-2,8)	0,872
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,33 (2,2-2,5)	2,46 (2,3-2,6)	0,477
<i>Evadirse</i>	2,43 (1,5-3,3)	1,88 (1,8-2,0)	<b>0.033</b>

Tabla A43

*Relación entre el cuestionario BMQ y el estado civil*

<i>Variable</i>	<i>Vive solo (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Casado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,38 (2,0-2,8)	2,64 (2,4-2,9)	0,294
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,62 (2,1-3,1)	2,62 (2,4-2,9)	0,983
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	3,12 (2,6-3,6)	2,79 (2,6-3,0)	0,200
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,41 (2,0-2,8)	2,76 (2,6-3,0)	0,113
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	2,00 (1,6-2,4)	1,98 (1,8-2,2)	0,937
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,26 (1,8-2,7)	2,11 (1,9-2,3)	0,510
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,44 (3,1-3,8)	3,31 (3,1-3,5)	0,563
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,12 (2,6-3,6)	3,19 (2,9-3,4)	0,792
<i>Escala global</i>	21,35 (20,4-22,5)	21,41 (20,4-22,5)	0,960

Tabla A44

*Relación entre cifras de TAS, TAD y HbA1c y nivel educativo*

	<i>Universitario</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No universitario</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Promedio de TAS</i>	141,19 (133,3-149,1)	138,57 (134,9-142,2)	0,095
<i>Promedio de TAD</i>	82,65 (77,7-87,7)	78,00 (75,5-80,5)	<b>0,002</b>
<i>Promedio de HbA1c</i>	7,06 (6,5-7,6)	6,91 (6,7-7,1)	0,619

Tabla A45

*Relación entre control de TA y HbA1c y nivel educativo*

	<i>Universitario</i> (%; IC 95%)	<i>No universitario</i> (%; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Control TA</i>	67,79% (47,7-76,2)	59,88% (52,2-67,2)	0,728
<i>Control HbA1c&lt;8%</i>	74,07% (55,3-87,9)	87,37% (79,5-93,0)	0,088
<i>Control HbA1c&lt;7%</i>	62,96% (43,9-79,4)	54,74% (44,7-64,5)	0,447
<i>Control global</i>	50,09% (44,2-72,8)	59,28% (51,7-66,5)	0,982

Tabla A46

*Relación entre porcentaje medio de control de TA y HbA1c y nivel educativo*

	<i>Universitario</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No universitario</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>% control TA</i>	61,92 (46,2-77,6)	59,40 (51,5-67,3)	0,936
<i>% control HbA1c</i>	72,31 (56,1-88,6)	86,94 (80,4-93,5)	0,131

Tabla A47

*Comparación entre el cuestionario EPQ-RS y el nivel educativo*

	<i>Universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	8,41 (7,6-9,2)	7,15 (6,7-7,6)	<b>0,012</b>
<i>Neuroticismo</i>	5,16 (4,1-6,2)	5,83 (5,3-6,3)	0,242
<i>Pisoticismo</i>	3,52 (2,9-4,1)	4,01 (3,7-4,3)	0,182
<i>Deseabilidad social</i>	8,89 (8,1-9,7)	8,95 (8,6-9,3)	0,885

Tabla A48

*Relación entre el cuestionario GHQ-28 y el nivel educativo*

	<i>Universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	2,02 (1,3-2,7)	2,52 (2,2-2,9)	0,206
<i>Ansiedad</i>	2,18 (1,5-2,9)	2,71 (2,3-3,1)	0,199
<i>Disfunción social</i>	1,57 (0,9-2,3)	2,18 (1,8-2,6)	0,134
<i>Depresión grave</i>	0,61 (0,2-1,1)	0,86 (0,6-1,1)	0,348
<i>Escala global</i>	6,39 (4,3-8,5)	8,26 (7,2-9,4)	0,119

Tabla A49

*Relación entre el cuestionario COPE y el nivel educativo*

	<i>Universitario</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No universitario</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,64 (2,5-2,8)	2,55 (2,5-2,6)	0,378
<i>Apoyo en la religión</i>	2,52 (2,2-2,8)	2,78 (2,6-2,9)	0,103
<i>Humor</i>	1,63 (1,4-1,9)	1,77 (1,6-1,9)	0,305
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,05 (1,0-1,1)	1,10 (1,1-1,1)	0,319
<i>Afrontamiento activo</i>	2,62 (2,4-2,8)	2,56 (2,5-2,7)	0,557
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,65 (1,5-1,8)	1,93 (1,8-2,0)	<b>0,011</b>
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,26 (2,1-2,5)	2,30 (2,2-2,4)	0,760
<i>Aceptación</i>	2,66 (2,4-2,9)	2,70 (2,6-2,8)	0,764
<i>Negación</i>	1,68 (1,5-1,9)	1,84 (1,7-1,9)	0,180
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,40 (2,2-2,6)	2,41 (2,3-2,5)	0,952
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,37 (2,2-2,6)	2,38 (2,3-2,5)	0,935
<i>Crecimiento personal</i>	3,22 (3,0-3,4)	3,05 (2,9-3,2)	0,186
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,76 (2,6-3,0)	2,72 (2,6-2,8)	0,726
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,58 (2,0-3,2)	2,39 (2,3-2,5)	0,295
<i>Evadirse</i>	1,89 (1,7-2,0)	2,03 (1,8-2,3)	0,592

Tabla A50

*Relación entre el cuestionario BMQ y el nivel educativo*

	<i>Universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No universitario (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,43 (1,9-2,9)	2,62 (2,4-2,8)	0,475
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,57 (2,0-3,1)	2,63 (2,4-2,9)	0,823
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,82 (2,3-3,4)	2,87 (2,6-3,1)	0,869
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,86 (2,4-3,3)	2,65 (2,5-2,9)	0,382
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	1,96 (1,5-2,4)	1,99 (1,8-2,1)	0,901
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	1,82 (1,4-2,2)	2,22 (2,0-2,4)	0,103
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	2,96 (2,6-3,4)	3,42 (3,2-3,6)	0,056
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,18 (2,7-3,7)	3,17 (2,9-3,4)	0,982
<i>Escala global</i>	20,61 (18,2-23,0)	21,57 (20,6-22,6)	0,428

Tabla A51

Correlación entre cifras de TAS, TAD y HbA1c y número de fármacos utilizados en los últimos 12 meses.

Variable	Correlación de Pearson	p
TAS	-0,120	0,087
TAD	-0,196	<b>0,005</b>
HbA1c	0,003	0,974

Tabla A52

Relación entre control de TA y HbA1c y número de fármacos

	TA controlada ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	TA no controlada ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	p
Promedio de fármacos	11,10 (10,1-12,1)	10,19 (9,0-11,4)	0,260
	HbA1c controlada $\leq 8\%$ ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	HbA1c no controlada $\leq 8\%$ ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	p
Promedio de fármacos	10,75 (9,7-11,8)	9,68 (7,3-12,1)	0,434
	HbA1c controlada $\leq 7\%$ ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	HbA1c no controlada $\leq 7\%$ ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	p
Promedio de fármacos	10,19 (9,0-11,4)	11,09 (9,5-12,7)	0,362
	Control global ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	No control global ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	p
Promedio de fármacos	10,94 (9,9-11,9)	10,22 (9,1-11,4)	0,363

Tabla A53

*Relación entre promedio control de TA y HbA1c en los últimos 12 meses, control de TA y HbA1c y polimedicación y correlación entre el número de fármacos y promedio control de TA y HbA1c.*

	<i>Polimedicado (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No polimedicado (%/ <math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de control de TA</i>	61,56 (54,3-68,9)	50,00 (26,8-73,2)	0,245
<i>Promedio de control de HbA1c</i>	87,00 (81,0-93,0)	62,81 (38,4-87,2)	0,062
<i>Control TA</i>	60,53% (52,6-68,1)	48,48% (31,9-65,3)	0,203
<i>Control HbA1c <math>\leq 8\%</math></i>	86,79% (79,3-92,3)	68,75% (43,7-87,5)	0,075
<i>Control HbA1c <math>\leq 7\%</math></i>	57,55% (48,0-66,7)	50,00% (26,6-73,4)	0,570
<i>Control global</i>	60,23% (52,9-67,3)	54,29% (37,8-70,1)	0,514
	<i>Variable: número de fármacos</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
	<i>Promedio de control de TA</i>	-0,066	0,343
	<i>Promedio de control de HbA1c</i>	0,046	0,610

Tabla A54

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario EPQ-RS y número de fármacos*

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	-0,021	0,760
<i>Neuroticismo</i>	0,099	0,150
<i>Pisoticismo</i>	0,034	0,625
<i>Deseabilidad social</i>	-0,033	0,638

Tabla A55

*Relación entre cuestionario EPQ-RS y polimedicación*

	<i>Polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	7,31 (6,9-7,8)	7,91 (6,9-8,9)	0,277
<i>Neuroticismo</i>	5,85 (5,4-6,4)	4,86 (3,7-6,1)	0,109
<i>Pisoticismo</i>	3,87 (3,6-4,2)	4,09 (3,4-4,8)	0,585
<i>Deseabilidad social</i>	9,05 (8,7-9,4)	8,34 (7,4-9,3)	0,115

Tabla A56

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y número de fármacos*

<i>Variable</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	-0,045	0,514
<i>Apoyo en la religión</i>	0,121	0,080
<i>Humor</i>	-0,125	0,071
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	0,110	0,112
<i>Afrontamiento activo</i>	-0,121	0,079
<i>Abandono del afrontamiento</i>	-0,070	0,310
<i>Centrarse en las emociones</i>	-0,015	0,828
<i>Aceptación</i>	-0,096	0,167
<i>Negación</i>	-0,071	0,305
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	-0,195	<b>0,005</b>
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	-0,009	0,902
<i>Crecimiento personal</i>	-0,128	0,063
<i>Reinterpretación positiva</i>	-0,108	0,119
<i>Realización de actividades distractoras</i>	0,258	<b>&lt;0,0001</b>
<i>Evadirse</i>	0,033	0,630

Tabla A57

*Relación entre cuestionario COPE y polimedicación*

	<i>Polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,59 (2,5-2,7)	2,46 (2,2-2,7)	0,270
<i>Apoyo en la religión</i>	2,74 (2,6-2,9)	2,62 (2,3-3,0)	0,486
<i>Humor</i>	1,74 (1,6-1,9)	1,73 (1,4-2,0)	0,944
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,10 (1,1-1,1)	1,03 (1,0-1,0)	0,054
<i>Afrontamiento activo</i>	2,57 (2,5-2,7)	2,58 (2,4-2,8)	0,956
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,90 (1,8-2,0)	1,77 (1,6-2,0)	0,311
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,30 (2,2-2,4)	2,22 (2,0-2,5)	0,527
<i>Aceptación</i>	2,69 (2,6-2,8)	2,69 (2,4-3,0)	0,974
<i>Negación</i>	1,81 (1,7-1,9)	1,79 (1,5-2,0)	0,880
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,42 (2,3-2,5)	2,33 (2,1-2,6)	0,456
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,41 (2,3-2,5)	2,21 (2,0-2,4)	0,091
<i>Crecimiento personal</i>	3,07 (3,0-3,2)	3,16 (2,9-3,4)	0,519
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,71 (2,6-2,8)	2,83 (2,6-3,1)	0,385
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,49 (2,3-2,7)	2,12 (1,9-2,3)	0,069
<i>Evadirse</i>	2,03 (1,8-2,3)	1,82 (1,6-2,1)	0,457

Tabla A58

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y número de fármacos*

	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	0,232	<b>0,004</b>
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,006	0,940
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,064	0,426
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	-0,017	0,835
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	-0,061	0,447
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,007	0,926
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	-0,037	0,644
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	-0,088	0,274
<i>Escala global</i>	0,022	0,782

Tabla A59

*Relación entre cuestionario BMQ y polimedicación*

	<i>Polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No polimedicado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,66 (2,4-2,9)	2,17 (1,7-2,6)	0,078
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,59 (2,4-2,8)	2,79 (2,3-3,3)	0,491
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,83 (2,6-3,1)	3,00 (2,5-3,5)	0,573
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,64 (2,5-2,8)	2,92 (2,4-3,4)	0,283
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	1,99 (1,8-2,2)	1,96 (1,6-2,4)	0,886
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,19 (2,0-2,4)	1,92 (1,5-2,4)	0,294
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,30 (3,1-3,5)	3,54 (3,1-4,0)	0,351
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,11 (2,9-3,3)	3,54 (3,0-4,1)	0,155
<i>Escala global</i>	21,32 (20,3-22,3)	21,83 (19,4-24,3)	0,690

Tabla A60

*Correlación entre demanda asistencial y cifras de TAS, TAD y HbA1c*

<i>Visitas médicas</i>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>p</b>
<i>TAS</i>	0,041	0,562
<i>TAD</i>	-0,087	0,213
<i>HbA1c</i>	-0,011	0,906
<i>Visitas enfermeras</i>		
<i>TAS</i>	0,079	0,262
<i>TAD</i>	-0,233	<b>0,001</b>
<i>HbA1c</i>	-0,011	0,904
<i>Visitas totales</i>		
<i>TAS</i>	0,046	0,513
<i>TAD</i>	-0,152	<b>0,030</b>
<i>HbA1c</i>	-0,001	0,992

Tabla A61

*Relación entre hiperfrecuentación y cifras de TAS, TAD y HbA1c*

	<i>Hiperfrecuentador</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Normofrecuentador</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>TAS</i>	140,10 (135,3-144,9)	138,11 (133,5-142,7)	0,875
<i>TAD</i>	76,84 (74,1-79,6)	80,28 (78,5-82,0)	<b>0,039</b>
<i>HbA1c</i>	6,89 (6,6-7,2)	7,00 (6,7-7,3)	0,683

Tabla A62

*Relación entre demanda asistencial y control de TA y HbA1c*

<i>Control TA</i>	<i>Controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	8,98 (7,5-10,5)	8,06 (6,1-10,0)	0,687
<i>Visitas enfermeras</i>	5,74 (4,7-6,8)	6,92 (5,3-8,6)	0,098
<i>Visitas totales</i>	14,73 (12,5-17,0)	14,40 (11,7-17,1)	0,682
<i>Control HbA1c &lt; 8%</i>			
<i>Visitas médicas</i>	8,69 (7,4-10,0)	8,00 (4,2-11,8)	0,752
<i>Visitas enfermeras</i>	6,18 (5,2-7,1)	6,61 (3,4-9,8)	0,829
<i>Visitas totales</i>	14,58 (12,7-16,4)	14,61 (9,4-19,8)	0,985
<i>Control HbA1c &lt; 7%</i>			
<i>Visitas médicas</i>	8,95 (7,5-10,5)	8,12 (6,1-10,1)	0,659
<i>Visitas enfermeras</i>	6,58 (5,3-7,9)	5,82 (4,5-7,2)	0,553
<i>Visitas totales</i>	15,09 (12,8-17,4)	13,94 (11,3-16,6)	0,704
<i>Control global</i>			
<i>Visitas médicas</i>	9,19 (7,6-10,8)	7,89 (6,1-9,7)	0,625
<i>Visitas enfermeras</i>	5,76 (4,7-6,9)	6,81 (5,3-8,4)	0,101
<i>Visitas totales</i>	14,95 (12,6-17,39)	14,17 (11,6-16,8)	0,723

Tabla A63

*Relación entre hiperfrecuentación y control de TA, HbA1c y global*

	<i>Controlado (%; IC 95%)</i>	<i>No controlado (%; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Control de TA</i>	37,04% (28,3-46,4)	42,86% (32,2-54,1)	0,425
<i>Hiperfrecuentador (Control HbA1c &lt; 8%)</i>	52,43% (42,8- 61,9)	47,37% (26,1- 69,4)	0,685
<i>Hiperfrecuentador (Control HbA1c &lt; 7%)</i>	55,07% (43,3- 66,5)	47,17% (34,1- 60,6)	0,387
<i>Hiperfrecuentador (Control global)</i>	40,00% (31,7- 48,8)	45,35% (35,1- 55,9)	0,439

Tabla A64

*Correlación entre demanda asistencial y porcentaje medio de control de TA y HbA1c*

<i>Visitas médicas</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>% medio de control de TA</i>	-0,031	0,654
<i>% medio de control HbA1c</i>	-0,065	0,475
<i>Visitas enfermeras</i>		
<i>% medio de control de TA</i>	-0,070	0,316
<i>% medio de control HbA1c</i>	-0,085	0,347
<i>Visitas totales</i>		
<i>% medio de control de TA</i>	-0,045	0,524
<i>% medio de control HbA1c</i>	-0,104	0,253

Tabla A65

*Relación entre porcentaje medio de control de TA y HbA1c e hiperfrecuentación*

	<i>Hiperfrecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No hiperfrecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>% medio de control de TA</i>	56,38 (46,5-66,2)	63,95 (54,0-73,9)	0,103
<i>% medio de control HbA1c</i>	82,87 (73,9-91,8)	84,55 (75,7-93,4)	0,870

Tabla A66

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario EPQ-RS y cifras de TAS, TAD y HbA1c*

<i>Extraversión</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>TAS</i>	-0,031	0,660
<i>TAD</i>	0,109	0,118
<i>HbA1c</i>	0,016	0,862
<i>Neuroticismo</i>		
<i>TAS</i>	0,019	0,792
<i>TAD</i>	-0,019	0,784
<i>HbA1c</i>	-0,066	0,469
<i>Psicoticismo</i>		
<i>TAS</i>	0,035	0,622
<i>TAD</i>	0,016	0,825
<i>HbA1c</i>	0,042	0,642
<i>Deseabilidad social</i>		
<i>TAS</i>	-0,064	0,361
<i>TAD</i>	0,080	0,254
<i>HbA1c</i>	-0,139	0,127

Tabla A67

Relación entre cuestionario EPQ-RS y control de TA, HbA1c y control global

Control TA	Controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	No controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	7,53 (6,9-8,1)	7,64 (7,0-8,3)	0,809
<i>Neuroticismo</i>	5,43 (4,8-6,1)	5,86 (5,1-6,6)	0,392
<i>Psicoticismo</i>	3,94 (3,5-4,4)	4,18 (3,8-4,6)	0,417
<i>Deseabilidad social</i>	9,23 (8,8-9,6)	8,77 (8,2-9,3)	0,168
<i>Control HbA1c &lt; 8%</i>			
<i>Extraversión</i>	7,45 (6,9-8)	7,05 (5,8-8,3)	0,575
<i>Neuroticismo</i>	5,37 (4,7-6,0)	6,42 (4,7-8,2)	0,209
<i>Psicoticismo</i>	3,60 (3,2-4,0)	4,05 (3,2-4,9)	0,339
<i>Deseabilidad social</i>	8,83 (8,4-9,3)	8,42 (7,0-9,8)	0,514
<i>Control HbA1c &lt; 7%</i>			
<i>Extraversión</i>	7,38 (6,8-8,0)	7,40 (6,6-8,2)	0,970
<i>Neuroticismo</i>	5,38 (4,6-6,2)	5,74 (4,8-6,7)	0,559
<i>Psicoticismo</i>	3,61 (3,1-4,1)	3,75 (3,2-4,3)	0,698
<i>Deseabilidad social</i>	9,03 (8,5-9,6)	8,42 (7,7-9,2)	0,174
<i>Control global</i>			
<i>Extraversión</i>	7,57 (7,1-8,1)	7,19 (6,5-7,8)	0,362
<i>Neuroticismo</i>	5,51 (4,9-6,1)	5,94 (5,2-6,7)	0,362
<i>Psicoticismo</i>	3,74 (3,3-4,2)	4,14 (3,7-4,6)	0,172
<i>Deseabilidad social</i>	9,04 (8,6-9,5)	8,78 (8,3-9,3)	0,444

Tabla A68

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario EPQ-RS y porcentaje medio de control de TA y HbA1c.*

<i>Extraversión</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>% medio de control de TA</i>	-0,069	0,326
<i>% medio de control HbA1c</i>	-0,002	0,978
<i>Neuroticismo</i>		
<i>% medio de control de TA</i>	-0,102	0,146
<i>% medio de control HbA1c</i>	-0,074	0,415
<i>Psicoticismo</i>		
<i>% medio de control de TA</i>	-0,098	0,162
<i>% medio de control HbA1c</i>	-0,111	0,220
<i>Deseabilidad social</i>		
<i>% medio de control de TA</i>	0,126	0,071
<i>% medio de control HbA1c</i>	0,106	0,243

Tabla A69

Correlación entre puntuaciones del cuestionario GHQ-28 y cifras de TAS, TAD y Hba1c

Síntomas somáticos	Correlación de Pearson	<i>p</i>
TAS	-0,035	0,619
TAD	0,014	0,839
HbA1c	-0,018	0,845
<i>Ansiedad</i>		
TAS	-0,026	0,712
TAD	0,026	0,717
HbA1c	0,086	0,348
<i>Disfunción social</i>		
TAS	-0,007	0,926
TAD	-0,034	0,629
HbA1c	0,110	0,226
<i>Depresión grave</i>		
TAS	0,079	0,257
TAD	0,045	0,524
HbA1c	0,148	0,103
<i>Escala global</i>		
TAS	-0,006	0,938
TAD	0,011	0,871
HbA1c	0,089	0,329

Tabla A70

Relación entre cribado de problema psicológico y/o social y cifras de TAS, TAD y Hba1c

	Problema psico-social + ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	Problema psico-social - ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
TAS	137,23 (133,0-141,5)	141,29 (136,1-146,4)	0,217
TAD	78,92 (75,9-81,9)	79,18 (75,8-82,6)	0,816
HbA1c	6,98 (6,7-7,2)	6,91 (6,6-7,3)	0,564

Tabla A71

Relación entre puntuaciones del cuestionario GHQ-28 y control de TA y HbA1c

<i>Control TA</i>	<i>Controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Síntomas somáticos</i>	2,40 (2,0-2,8)	2,26 (1,7-2,8)	0,687
<i>Ansiedad</i>	2,41 (2,0-2,8)	2,45 (1,9-3,0)	0,892
<i>Disfunción social</i>	1,75 (1,3-2,29)	1,96 (1,4-2,5)	0,538
<i>Depresión grave</i>	0,62 (0,4-0,8)	1,09 (0,7-1,5)	<b>0,047</b>
<i>Escala global</i>	7,05 (5,9-8,2)	7,71 (6,0-9,4)	0,504
<i>Control HbA1c &lt; 8%</i>			
<i>Síntomas somáticos</i>	2,51 (2,0-3,0)	2,42 (1,4-3,5)	0,876
<i>Ansiedad</i>	2,28 (1,8-2,7)	2,89 (1,8-4,0)	0,300
<i>Disfunción social</i>	2,15 (1,7-2,7)	2,58 (1,5-3,7)	0,492
<i>Depresión grave</i>	0,67 (0,4-0,9)	1,42 (0,4-2,4)	0,142
<i>Escala global</i>	7,61 (6,2-9,1)	9,32 (5,6-13,0)	0,360
<i>Control HbA1c &lt; 7%</i>			
<i>Síntomas somáticos</i>	2,30 (1,7-2,9)	2,75 (2,1-3,4)	0,303
<i>Ansiedad</i>	2,04 (1,5-2,6)	2,81 (2,2-3,5)	0,075
<i>Disfunción social</i>	1,87 (1,3-2,5)	2,66 (2,0-3,4)	0,085
<i>Depresión grave</i>	0,61 (0,3-0,9)	1,02 (0,5-1,5)	0,161
<i>Escala global</i>	6,83 (5,1-8,5)	9,25 (7,1-11,4)	0,074
<i>Control global</i>			
<i>Síntomas somáticos</i>	2,52 (2,1-2,9)	2,27 (1,8-2,8)	0,438
<i>Ansiedad</i>	2,58 (2,2-3,0)	2,62 (2,1-3,2)	0,924
<i>Disfunción social</i>	1,97 (1,5-2,4)	2,17 (1,7-2,7)	0,542
<i>Depresión grave</i>	0,62 (0,4-0,8)	1,08 (0,7-1,5)	<b>0,041</b>
<i>Escala global</i>	7,69 (6,5-8,9)	8,14 (6,6-9,7)	0,651

Tabla A72

Relación entre cribado de problema psicológico y/o social y control de TA y HbA1c

<i>Control TA</i>	<i>Controlado (%; IC 95%)</i>	<i>No controlado (%; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Problema psico-social +</i>	53,70% (44,3-62,9)	46,75% (35,8-57,9)	0,351
<i>Control HbA1c &lt; 8%</i>			
<i>Problema psico-social +</i>	50,49% (40,9-60,1)	57,89% (35,4-78,2)	0,553
<i>Control HbA1c &lt; 7%</i>			
<i>Problema psico-social +</i>	44,93% (33,5-56,8)	60,38% (46,8-72,8)	0,091
<i>Control global</i>			
<i>Problema psico-social +</i>	55,20% (46,4-63,8)	50,00% (39,5-60,5)	0,457

Tabla A73

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario GHQ-28 y porcentaje medio de control de TA y HbA1c.*

<i>Síntomas somáticos</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>% control de TA</i>	-0,040	0,566
<i>% control de HbA1c</i>	-0,005	0,958
<i>Ansiedad</i>		
<i>% control de TA</i>	-0,086	0,222
<i>% control de HbA1c</i>	-0,138	0,128
<i>Disfunción social</i>		
<i>% control de TA</i>	-0,083	0,234
<i>% control de HbA1c</i>	-0,090	0,321
<i>Depresión grave</i>		
<i>% control de TA</i>	-0,055	0,434
<i>% control de HbA1c</i>	-0,164	0,070
<i>Escala global</i>		
<i>% control de TA</i>	-0,083	0,237
<i>% control de HbA1c</i>	-0,110	0,227

Tabla A74

*Relación entre cribado de problema psicológico y/o social y porcentaje medio de control de TA y HbA1c.*

	<i>Problema psico-social + (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Problema psico-social - (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>% control de TA</i>	56,03 (46,0-66,1)	63,31 (53,5-73,1)	0,444
<i>% control de HbA1c</i>	83,06 (74,2-91,9)	84,64 (75,8-93,5)	0,650

Tabla A75 A

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y cifras de TAS, TAD y Hba1c*

<i>TAS</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	-0,070	0,317
<i>Apoyo en la religión</i>	-0,003	0,969
<i>Humor</i>	0,046	0,512
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	0,017	0,811
<i>Afrontamiento activo</i>	-0,053	0,452
<i>Abandono del afrontamiento</i>	-0,046	0,513
<i>Centrarse en las emociones</i>	0,037	0,602
<i>Aceptación</i>	0,063	0,370
<i>Negación</i>	-0,026	0,711
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	0,054	0,441
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	-0,137	0,051
<i>Crecimiento personal</i>	-0,002	0,976
<i>Reinterpretación positiva</i>	-0,063	0,373
<i>Realización de actividades distractoras</i>	-0,060	0,392
<i>Evadirse</i>	-0,078	0,268

Tabla A75 B

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y cifras de TAS, TAD y Hba1c*

<i>TAD</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	0,016	0,819
<i>Apoyo en la religión</i>	-0,029	0,681
<i>Humor</i>	0,005	0,942
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	-0,100	0,156
<i>Afrontamiento activo</i>	0,068	0,329
<i>Abandono del afrontamiento</i>	-0,068	0,336
<i>Centrarse en las emociones</i>	0,036	0,605
<i>Aceptación</i>	0,175	<b>0,012</b>
<i>Negación</i>	-0,046	0,509
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	0,078	0,268
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	-0,050	0,481
<i>Crecimiento personal</i>	0,149	<b>0,033</b>
<i>Reinterpretación positiva</i>	0,033	0,637
<i>Realización de actividades distractoras</i>	-0,013	0,855
<i>Evadirse</i>	0,006	0,927

Tabla A75 C

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y cifras de TAS, TAD y Hba1c*

<i>HbA1c</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	-0,021	0,816
<i>Apoyo en la religión</i>	-0,135	0,138
<i>Humor</i>	0,090	0,326
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	-0,056	0,538
<i>Afrontamiento activo</i>	0,041	0,654
<i>Abandono del afrontamiento</i>	0,061	0,501
<i>Centrarse en las emociones</i>	0,018	0,842
<i>Aceptación</i>	0,174	0,056
<i>Negación</i>	0,061	0,503
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	-0,041	0,656
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	-0,127	0,165
<i>Crecimiento personal</i>	0,020	0,826
<i>Reinterpretación positiva</i>	0,048	0,597
<i>Realización de actividades distractoras</i>	-0,019	0,835
<i>Evadirse</i>	0,055	0,546

Tabla A76 A

*Relación entre puntuaciones del cuestionario COPE y control de TA y Hba1c*

<i>Control TA</i>	<i>Controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,57 (2,5-2,7)	2,6 (2,4-2,7)	0,914
<i>Apoyo en la religión</i>	2,80 (2,6-3,0)	2,79 (2,6-3,0)	0,976
<i>Humor</i>	1,77 (1,6-1,9)	1,81 (1,6-2,0)	0,746
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,09 (1,0-1,1)	1,07 (1,0-1,1)	0,632
<i>Afrontamiento activo</i>	2,61 (2,5-2,7)	2,55 (2,4-2,7)	0,519
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,91 (1,8-2,0)	1,86 (1,-2,0)	0,638
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,24 (2,1-2,4)	2,36 (2,2-2,5)	0,268
<i>Aceptación</i>	2,62 (2,5-2,8)	2,85 (2,7-3,0)	<b>0,038</b>
<i>Negación</i>	1,80 (1,7-1,9)	1,82 (1,7-2,0)	0,830
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,36 (2,2-2,5)	2,49 (2,3-2,6)	0,179
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,50 (2,4-2,6)	2,25 (2,1-2,4)	<b>0,012</b>
<i>Crecimiento personal</i>	3,12 (3,0-3,3)	3,13 (3,0-3,3)	0,912
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,78 (2,6-2,9)	2,76 (2,6-2,9)	0,867
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,42 (2,3-2,5)	2,33 (2,2-2,5)	0,339
<i>Evadirse</i>	2,08 (1,7-2,5)	1,92 (1,8-2,1)	0,535

Tabla A76 B

Relación entre puntuaciones del cuestionario COPE y control de TA y Hba1c

Control HbA1c < 8%	Controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	No controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,64 (2,5-2,8)	2,45 (2,1-2,8)	0,252
<i>Apoyo en la religión</i>	2,62 (2,4-2,8)	2,32 (1,9-2,8)	0,210
<i>Humor</i>	1,77 (1,6-1,9)	2,04 (1,6-2,5)	0,177
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,09 (1,0-1,1)	1,11 (0,9-1,3)	0,851
<i>Afrontamiento activo</i>	2,56 (2,4-2,7)	2,61 (2,4-2,9)	0,784
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,83 (1,7-1,9)	2,14 (1,8-2,5)	<b>0,047</b>
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,34 (2,2-2,5)	2,41 (2,1-2,8)	0,686
<i>Aceptación</i>	2,71 (2,5-2,9)	2,87 (2,5-3,2)	0,453
<i>Negación</i>	1,81 (1,7-1,9)	2,01 (1,7-2,3)	0,250
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,55 (2,4-2,7)	2,58 (2,4-2,7)	0,800
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,47 (2,3-2,6)	2,18 (1,9-2,5)	0,109
<i>Crecimiento personal</i>	3,10 (2,9-3,3)	3,03 (2,7-3,4)	0,700
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,79 (2,6-2,9)	2,75 (2,4-3,2)	0,853
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,40 (2,3-2,5)	2,37 (2,1-2,6)	0,822
<i>Evadirse</i>	1,93 (1,8-2,1)	2,03 (1,7-2,3)	0,517

Tabla A76 C

Relación entre puntuaciones del cuestionario COPE y control de TA y Hba1c

Control HbA1c < 7%	Controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	No controlado ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,59 (2,4-2,7)	2,64 (2,5-2,8)	0,658
<i>Apoyo en la religión</i>	2,60 (2,4-2,8)	2,53 (2,3-2,8)	0,713
<i>Humor</i>	1,73 (1,6-1,9)	1,92 (1,7-2,1)	0,210
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,10 (1,0-1,1)	1,09 (1,0-1,2)	0,871
<i>Afrontamiento activo</i>	2,51 (2,4-2,7)	2,65 (2,4-2,7)	0,220
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,80 (1,7-1,9)	1,97 (1,8-2,2)	0,134
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,26 (2,1-2,4)	2,46 (2,2-2,7)	0,119
<i>Aceptación</i>	2,57 (2,4-2,8)	2,96 (2,8-3,2)	<b>0,009</b>
<i>Negación</i>	1,75 (1,6-1,9)	1,97 (1,8-2,2)	0,087
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,52 (2,4-2,7)	2,60 (2,4-2,8)	0,479
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,39 (2,2-2,5)	2,47 (2,3-2,7)	0,539
<i>Crecimiento personal</i>	3,08 (2,9-3,3)	3,11 (2,9-3,3)	0,802
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,70 (2,5-2,9)	2,89 (2,7-3,1)	0,157
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,36 (2,2-2,5)	2,44 (2,3-2,6)	0,450
<i>Evadirse</i>	1,93 (1,8-2,1)	1,98 (1,8-2,1)	0,641

Tabla A76 D

Relación entre puntuaciones del cuestionario COPE y control de TA y Hba1c

<i>Control global</i>	<i>Controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No controlado</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,58 (2,5-2,7)	2,56 (2,4-2,7)	0,879
<i>Apoyo en la religión</i>	2,71 (2,6-2,9)	2,74 (2,5-2,9)	0,871
<i>Humor</i>	1,70 (1,6-1,8)	1,80 (1,6-2,0)	0,353
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,10 (1,0-1,1)	1,10 (1,0-1,1)	0,371
<i>Afrontamiento activo</i>	2,61 (2,5-2,7)	2,52 (2,4-2,7)	0,297
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,86 (1,8-2,0)	1,89 (1,7-2,0)	0,746
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,25 (2,1-2,4)	2,35 (2,2-2,4)	0,271
<i>Aceptación</i>	2,59 (2,5-2,7)	2,84 (2,7-3,0)	<b>0,018</b>
<i>Negación</i>	1,77 (1,6-1,9)	1,85 (1,7-2,0)	0,367
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,36 (2,2-2,5)	2,48 (2,3-2,6)	0,222
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,49 (2,4-2,6)	2,22 (2,0-2,4)	<b>0,003</b>
<i>Crecimiento personal</i>	3,09 (3,0-3,2)	3,09 (2,9-3,2)	0,922
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,75 (2,6-2,9)	2,71 (2,5-2,9)	0,702
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,50 (2,3-2,7)	2,32 (2,2-2,4)	0,219
<i>Evadirse</i>	2,04 (1,7-2,4)	1,94 (1,8-2,1)	0,636

Tabla A77 A

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y porcentaje de control medio de TA y HbA1c*

<i>% control TA</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	0,021	0,762
<i>Apoyo en la religión</i>	0,065	0,352
<i>Humor</i>	-0,049	0,485
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	-0,036	0,608
<i>Afrontamiento activo</i>	0,062	0,375
<i>Abandono del afrontamiento</i>	0,049	0,484
<i>Centrarse en las emociones</i>	-0,072	0,307
<i>Aceptación</i>	-0,093	0,186
<i>Negación</i>	-0,042	0,553
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	0,029	0,684
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	0,120	0,087
<i>Crecimiento personal</i>	-0,070	0,316
<i>Reinterpretación positiva</i>	0,014	0,841
<i>Realización de actividades distractoras</i>	-0,072	0,307
<i>Evadirse</i>	0,049	0,487

Tabla A77 B

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario COPE y porcentaje de control medio de TA y HbA1c*

<i>% control de HbA1c</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	0,057	0,532
<i>Apoyo en la religión</i>	0,166	0,066
<i>Humor</i>	-0,103	0,257
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	-0,030	0,744
<i>Afrontamiento activo</i>	-0,059	0,514
<i>Abandono del afrontamiento</i>	-0,106	0,243
<i>Centrarse en las emociones</i>	-0,032	0,729
<i>Aceptación</i>	-0,062	0,495
<i>Negación</i>	-0,018	0,847
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	0,024	0,789
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	0,142	0,118
<i>Crecimiento personal</i>	0,042	0,643
<i>Reinterpretación positiva</i>	-0,054	0,550
<i>Realización de actividades distractoras</i>	0,048	0,599
<i>Evadirse</i>	-0,017	0,853

Tabla A78

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario SS-A y cifras de TAS, TAD y Hba1c*

<i>TAS</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	-0,018	0,802
<i>TAD</i>		
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	0,114	0,103
<i>HbA1c</i>		
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	-0,127	0,162

Tabla A79

*Relación entre puntuaciones del cuestionario SS-A y control de TA y HbA1c*

<i>Control TA</i>	<i>Controlado</i> <i>(<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado</i> <i>(<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	71,50 (70,0-73,0)	71,96 (69,5-74,4)	0,737
<i>Control HbA1c &lt; 8%</i>			
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	71,90 (70,3-73,5)	67,95 (62,6-73,3)	0,067
<i>Control HbA1c &lt; 7%</i>			
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	71,54 (69,7-73,4)	70,96 (68,3-73,7)	0,718
<i>Control global</i>			
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	71,62 (70,3-72,9)	71,38 (69,1-73,7)	0,863

Tabla A80

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario SS-A y porcentaje de control medio de TA y HbA1c*

<i>% control TA</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	-0,025	0,726
<i>% control HbA1c</i>		
<i>Promedio de puntuación del SS-A</i>	0,170	0,060

Tabla A81

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario APGAR-familiar y cifras de TAS, TAD y HbA1c*

TAS	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>p</b>
<i>Promedio de puntuación del APGAR-f</i>	-0,042	0,552
TAD		
<i>Promedio de puntuación del APGAR-f</i>	0,023	0,745
HbA1c		
<i>Promedio de puntuación del APGAR-f</i>	-0,301	<b>0,001</b>

Tabla A82

*Relación entre función familiar y porcentaje medio de control de TA y HbA1c.*

	<i>Normofunción (media; IC 95%)</i>	<i>Disfunción (media; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>% Control de TA</i>	60,51 (53,2-67,8)	54,73 (27,7-81,7)	0,428
<i>% Control de HbA1c</i>	86,48 (80,5-92,5)	56,82 (24,9-88,8)	0,072

Tabla A83 A

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y cifras de TAS, TAD y Hba1c*

<i>TAS</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	0,149	0,067
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,073	0,368
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,076	0,350
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	0,026	0,755
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	-0,035	0,666
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,023	0,780
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	-0,003	0,968
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	-0,031	0,705
<i>Escala global</i>	0,029	0,725

Tabla A83 B

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y cifras de TAS, TAD y Hba1c*

<i>TAD</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	0,054	0,507
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,166	<b>0,041</b>
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,090	0,272
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	0,134	0,100
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	0,048	0,553
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,028	0,732
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	0,026	0,749
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	0,056	0,490
<i>Escala global</i>	0,055	0,501

Tabla A83 B

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y cifras de TAS, TAD y Hba1c*

<i>HbA1c</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	-0,131	0,222
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,046	0,668
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,086	0,422
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	-0,061	0,569
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	-0,022	0,838
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	-0,046	0,666
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	-0,038	0,722
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	0,023	0,831
<i>Escala global</i>	-0,044	0,679

Tabla A84 A

*Relación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y control de TA y Hba1c*

<i>Control TA</i>	<i>Controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,38 (2,1-2,7)	2,75 (2,4-3,1)	0,079
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,61 (2,3-2,9)	2,60 (2,2-3,0)	0,962
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,71 (2,4-3,0)	3,14 (2,8-3,5)	0,062
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,70 (2,5-3,0)	2,79 (2,5-3,1)	0,639
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	1,97 (1,8-2,2)	1,97 (1,7-2,2)	0,880
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,13 (1,9-2,4)	2,23 (1,9-2,6)	0,623
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,28 (3,0-3,5)	3,39 (3,1-3,7)	0,604
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,23 (3,0-3,5)	3,19 (2,8-3,6)	0,883
<i>Escala global</i>	21,00 (19,8-22,2)	22,04 (20,4-23,7)	0,305

Tabla A84 B

*Relación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y control de TA y Hba1c*

<i>Control HbA1c &lt; 8%</i>	<i>Controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,45 (2,2-2,7)	2,29 (1,6-3,0)	0,641
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,60 (2,3-2,9)	2,07 (1,3-2,8)	0,193
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,73 (2,4-3,0)	2,79 (2,0-3,5)	0,890
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,65 (2,4-2,9)	2,43 (1,8-3,0)	0,517
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	2,01 (1,8-2,3)	1,93 (1,2-2,6)	0,798
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,23 (1,9-2,5)	2,14 (1,3-3,0)	0,820
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,35 (3,1-3,6)	2,93 (2,1-3,7)	0,267
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,09 (2,8-3,4)	2,71 (1,9-3,5)	0,372
<i>Escala global</i>	21,2 (19,7-22,6)	19,29 (15,2-23,4)	0,327

Tabla A84 C

*Relación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y control de TA y Hba1c*

<i>Control HbA1c &lt; 7%</i>	<i>Controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,48 (2,1-2,8)	2,37 (2,0-2,8)	0,685
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,46 (2,1-2,9)	2,58 (2,1-3,0)	0,675
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,54 (2,2-2,9)	2,95 (2,5-3,4)	0,136
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,74 (2,4-3,1)	2,49 (2,2-2,8)	0,320
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	2,02 (1,7-2,4)	1,98 (1,6-2,3)	0,852
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,24 (1,9-2,6)	2,19 (1,8-2,6)	0,843
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,22 (2,9-3,6)	3,35 (2,9-3,8)	0,633
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	2,89 (2,5-3,3)	3,19 (2,7-3,7)	0,341
<i>Escala global</i>	20,59 (18,7-22,5)	21,09 (19,1-23,1)	0,711

Tabla A84 D

*Relación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y control de TA y Hba1c*

<i>Control global</i>	<i>Controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>No controlado (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>P</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,40 (2,2-2,6)	2,85 (2,5-3,2)	<b>0,027</b>
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,60 (2,3-2,9)	2,65 (2,3-3,0)	0,845
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,64 (2,4-2,9)	3,17 (2,8-3,5)	<b>0,013</b>
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,65 (2,4-2,9)	2,74 (2,5-3,0)	0,628
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	1,96 (1,7-2,2)	2,03 (1,8-2,3)	0,667
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,05 (1,8-2,3)	2,28 (2,0-2,6)	0,243
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,31 (3,1-3,5)	3,38 (3,1-3,7)	0,682
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,11 (2,8-3,4)	3,26 (2,9-3,6)	0,500
<i>Escala global</i>	20,71 (19,6-21,9)	22,35 (20,9-23,8)	0,082

Tabla A85 A

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y porcentaje de control medio de TA y HbA1c*

<i>% Control TA</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	-0,200	<b>0,014</b>
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,097	0,235
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	-0,147	0,071
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	-0,127	0,119
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	-0,002	0,982
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	-0,077	0,348
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	-0,066	0,416
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	-0,043	0,601
<i>Escala global</i>	-0,165	<b>0,043</b>

Tabla A85 B

*Correlación entre puntuaciones del cuestionario BMQ y porcentaje de control medio de TA y HbA1c*

<i>% Control HbA1c</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>P</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	0,134	0,244
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	0,060	0,577
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,023	0,827
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	-0,040	0,710
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	0,029	0,789
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,091	0,396
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	0,197	0,062
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	0,083	0,437
<i>Escala global</i>	0,116	0,275

Tabla A86

*Relación entre adherencia terapéutica y cifras de TAS, TAD y HbA1c, control de TA y HbA1c y porcentaje medio de control de TA y HbA1c.*

	<i>Cumplidor</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>No cumplidor</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>TAS</i>	139,57 (134,9-144,2)	138,63 (133,9-143,4)	0,914
<i>TAD</i>	78,66 (75,7-81,6)	79,53 (76,0-83,0)	0,328
<i>HbA1c</i>	6,91 (6,6-7,2)	6,99 (6,7-7,3)	0,889
<i>Control TA (controlados)</i>	60,78% (51,1-69,9)	55,42% (44,6-65,8)	0,462
<i>Control HbA1c &lt; 8% (controlados)</i>	81,16% (70,7-89,1)	88,68% (77,9-95,3)	0,256
<i>Control HbA1c &lt; 7% (controlados)</i>	62,32% (50,5-73,1)	49,06% (35,8-62,4)	0,143
<i>Control global (controlados)</i>	62,61% (53,5-71,1)	55,21% (45,2-64,9)	0,276
<i>% Control de TA</i>	63,69 (54,1-73,2)	55,22 (44,9-65,5)	0,154
<i>% Control de HbA1c</i>	79,69 (70,5-88,9)	88,73 (80,7-96,7)	0,073

Tabla A87

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS*

<i>Extraversión</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	-0,036	0,601
<i>Visitas enfermeras</i>	-0,091	0,188
<i>Visitas totales</i>	-0,080	0,244
<i>Neuroticismo</i>		
<i>Visitas médicas</i>	0,061	0,379
<i>Visitas enfermeras</i>	-0,019	0,784
<i>Visitas totales</i>	0,018	0,798
<i>Psicoticismo</i>		
<i>Visitas médicas</i>	0,045	0,515
<i>Visitas enfermeras</i>	0,095	0,171
<i>Visitas totales</i>	0,077	0,267
<i>Deseabilidad social</i>		
<i>Visitas médicas</i>	-0,163	<b>0,018</b>
<i>Visitas enfermeras</i>	-0,087	0,206
<i>Visitas totales</i>	-0,139	<b>0,044</b>

Tabla A88

*Relación entre hiperfrecuentación y resultados del cuestionario de personalidad EPQ-RS*

	<i>Normofrecuentador</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Hiperfrecuentador</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Extraversión</i>	7,46 (6,9-8,0)	7,35 (6,8-7,9)	0,791
<i>Neuroticismo</i>	5,61 (5,0-6,3)	5,79 (5,1-6,4)	0,708
<i>Psicoticismo</i>	3,67 (3,3-4,1)	4,22 (3,8-4,7)	0,063
<i>Deseabilidad social</i>	9,11 (8,8-9,5)	8,69 (8,1-9,3)	0,205

Tabla A89

*Relación entre hiperfrecuentación y resultados del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE*

	<i>Normo frecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Hiper frecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,58 (2,5-2,7)	2,56 (2,4-2,7)	0,836
<i>Apoyo en la religión</i>	2,70 (2,5-2,9)	2,76 (2,6-3,0)	0,665
<i>Humor</i>	1,75 (1,6-1,9)	1,71 (1,6-1,9)	0,706
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,08 (1,0-1,1)	1,10 (1,0-1,1)	0,673
<i>Afrontamiento activo</i>	2,63 (2,5-2,7)	2,49 (2,4-2,6)	0,118
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,87 (1,7-2,0)	1,89 (1,7-2,0)	0,796
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,24 (2,1-2,4)	2,36 (2,2-2,5)	0,223
<i>Aceptación</i>	2,72 (2,6-2,9)	2,65 (2,5-2,8)	0,535
<i>Negación</i>	1,86 (1,7-2,0)	1,73 (1,6-1,9)	0,186
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,46 (2,3-2,6)	2,34 (2,2-2,5)	0,167
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,37 (2,3-2,5)	2,39 (2,3-2,5)	0,819
<i>Crecimiento personal</i>	3,15 (3,0-3,3)	2,99 (2,8-3,1)	0,139
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,77 (2,6-2,9)	2,68 (2,5-2,8)	0,386
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,44 (2,2-2,7)	2,41 (2,3-2,5)	0,800
<i>Evadirse</i>	2,08 (1,7-2,4)	1,89 (1,8-2,0)	0,377

Tabla A90

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de apoyo social SS-A*

<i>Visitas médicas</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de puntuación SS-A</i>	-0,105	0,130
<i>Visitas enfermeras</i>		
<i>Promedio de puntuación SS-A</i>	0,019	0,781
<i>Visitas totales</i>		
<i>Promedio de puntuación SS-A</i>	-0,047	0,493

Tabla A91

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de función familiar APGAR-familiar*

<i>Visitas médicas</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Promedio de puntuación APGAR-familiar</i>	0,063	0,359
<i>Visitas enfermeras</i>		
<i>Promedio de puntuación APGAR-familiar</i>	0,016	0,818
<i>Visitas totales</i>		
<i>Promedio de puntuación APGAR-familiar</i>	0,065	0,345

Tabla A92

*Relación entre demanda asistencial función familiar*

	<i>Normofunción (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Disfunción (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	7,86 (7,1-8,6)	6,21 (3,6-8,9)	0,173
<i>Visitas enfermeras</i>	5,59 (4,9-6,3)	4,04 (2,7-5,4)	0,150
<i>Visitas totales</i>	13,29 (12,1-14,5)	10,25 (7,3-13,2)	0,097

Tabla A93

Relación entre hiperfrecuentación y resultados del cuestionario de función familiar APGAR-familiar y la presencia de disfunción familiar

	<i>Normofrecuentador</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Hiperfrecuentador</i> (%/ $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Promedio de puntuación APGAR-f</i>	8,63 (8,3-9,0)	8,78 (8,4-9,1)	0,594
<i>Disfunción familiar</i>	13,93% (8,6-20,1)	7,87% (3,5-14,9)	0,170

Tabla A94 A

Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ

<i>Visitas médicas</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	0,185	<b>0,021</b>
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,011	0,888
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,087	0,278
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	0,111	0,167
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	0,027	0,740
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,019	0,816
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	0,009	0,907
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	0,062	0,440
<i>Escala global</i>	0,105	0,193

Tabla A94 B

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ*

<i>Visitas enfermeras</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	-0,016	0,842
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,017	0,832
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,096	0,233
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	-0,040	0,617
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	0,065	0,423
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,007	0,928
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	0,060	0,456
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	-0,079	0,328
<i>Escala global</i>	0,013	0,870

Tabla A94 C

*Correlación entre demanda asistencial y resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ*

<i>Visitas enfermeras</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	0,076	0,348
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	-0,027	0,742
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	0,100	0,216
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	0,035	0,669
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	0,037	0,644
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	0,020	0,803
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	0,056	0,401
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	-0,032	0,696
<i>Escala global</i>	0,054	0,500

Tabla A95

*Relación entre hiperfrecuentación y resultados del cuestionario de creencias sobre los medicamentos BMQ*

	<i>Normo frecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>Hiper frecuentador (<math>\bar{X}</math>; IC 95%)</i>	<i>p</i>
<i>Los médicos utilizan demasiados medicamentos</i>	2,50 (2,2-2,8)	2,70 (2,4-3,0)	0,323
<i>La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo, de vez en cuando</i>	2,65 (2,4-2,9)	2,58 (2,3-2,9)	0,729
<i>La mayoría de los medicamentos crean adicción</i>	2,75 (2,5-3,0)	3,02 (2,7-3,3)	0,220
<i>Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos</i>	2,67 (2,4-2,9)	2,70 (2,4-3,0)	0,876
<i>Los medicamentos hacen más mal que bien</i>	2,02 (1,8-2,3)	1,94 (1,7-2,2)	0,629
<i>Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)</i>	2,14 (1,9-2,4)	2,16 (1,9-2,4)	0,938
<i>Los médicos confían demasiado en los medicamentos</i>	3,28 (3,0-3,5)	3,42 (3,2-3,7)	0,459
<i>Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos</i>	3,24 (2,9-3,5)	3,08 (2,8-3,4)	0,475
<i>Escala global</i>	21,26 (20,0-22,6)	21,59 (20,3-22,9)	0,726

Tabla A96

*Relación entre demanda asistencial y adherencia terapéutica*

	<i>Cumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Incumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Visitas médicas</i>	7,84 (6,7-9,0)	7,46 (6,5-8,4)	0,618
<i>Visitas enfermeras</i>	5,37 (4,4-6,3)	5,47 (4,5-6,4)	0,891
<i>Visitas totales</i>	13,22 (11,5-15,0)	12,63 (11,2-14,1)	0,606

Tabla A97

*Relación entre puntuaciones del cuestionario de personalidad EPQ-RS y adherencia terapéutica*

	<i>Cumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Incumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Extroversión</i>	7,38 (6,8-7,9)	7,45 (6,8-8,1)	0,875
<i>Neuroticismo</i>	5,24 (4,6-5,9)	6,22 (5,6-6,9)	<b>0,035</b>
<i>Psicoticismo</i>	3,69 (3,3-4,1)	4,17 (3,7-4,6)	0,104
<i>Deseabilidad social</i>	8,89 (8,5-9,3)	8,99 (8,5-9,5)	0,761

Tabla A98

*Relación entre puntuaciones del cuestionario de estilos de afrontamiento COPE y adherencia terapéutica*

	<i>Cumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>Incumplidor</i> ( $\bar{X}$ ; IC 95%)	<i>p</i>
<i>Búsqueda de apoyo social</i>	2,57 (2,4-2,8)	2,63 (2,5-2,8)	0,200
<i>Apoyo en la religión</i>	2,73 (2,5-3,0)	2,78 (2,6-3,0)	0,410
<i>Humor</i>	1,87 (1,6-2,1)	1,80 (1,6-2,0)	0,263
<i>Consumo de alcohol y/o drogas</i>	1,05 (1,0-1,1)	1,11 (1,1-1,2)	0,211
<i>Afrontamiento activo</i>	2,54 (2,4-2,7)	2,64 (2,5-2,8)	0,150
<i>Abandono del afrontamiento</i>	1,83 (1,7-2,0)	1,93 (1,8-2,1)	0,230
<i>Centrarse en las emociones</i>	2,10 (1,9-2,3)	2,35 (2,2-2,5)	0,269
<i>Aceptación</i>	2,75 (2,5-3,0)	2,76 (2,6-3,0)	0,197
<i>Negación</i>	1,74 (1,6-1,9)	1,92 (1,8-2,1)	<b>0,026</b>
<i>Refrenar el afrontamiento</i>	2,44 (2,3-2,6)	2,45 (2,3-2,6)	0,431
<i>Concentrar esfuerzos para alcanzar soluciones</i>	2,29 (2,1-2,5)	2,43 (2,3-2,6)	0,270
<i>Crecimiento personal</i>	3,00 (2,8-3,2)	3,15 (3,0-3,3)	0,207
<i>Reinterpretación positiva</i>	2,80 (2,6-3,0)	2,77 (2,6-2,9)	0,424
<i>Realización de actividades distractoras</i>	2,24 (2,1-2,4)	2,55 (2,2-2,8)	0,148
<i>Evadirse</i>	1,81 (1,7-2,6)	2,18 (1,7-2,6)	0,114