

Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial

Magaly Ortunio, Harold Guevara, Rosa Cardozo

Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

Correspondencia: mortunio@uc.edu.ve, mortunio@gmail.com

Resumen La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy frecuente en la población que afecta la salud general y la calidad de la vida de las personas. **Objetivo:** los niveles de calidad de vida con la HTA en pacientes que acuden a la emergencia del Hospital Universitario de la Universidad de Carabobo. **Sujetos y Métodos:** investigación cuantitativa, correlacional, transversal. **Criterios de inclusión:** fueron incluidos los pacientes hipertensos que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Universitario, durante los últimos seis meses del año 2011. La muestra fue no probabilística, intencional, con el consentimiento informado de los pacientes. La información fue obtenida a través de una entrevista, mediante aplicación de un cuestionario. **Resultados:** del total de 150 pacientes estudiados, 50,7% fueron del sexo femenino. La edad promedio fue 56 años (rango 35-89 años) y 92,7% de los pacientes recibía tratamiento antihipertensivo. En cuanto a la ocupación, 31,3% eran amas de casa y como antecedente 41,6% había presentado un episodio de infarto de miocardio. En relación al estrato social, 33,3% correspondió al estrato III (escala de Graffar). Hubo asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y la alteración de la función física ($p=0,0023$); la función social ($p=0,0470$); papel emocional ($p=0,0047$); papel físico ($p=0,0035$); salud mental ($p=0,0003$); vitalidad y dolor corporal ($p=0,0005$). No se detectó correlación con la salud general ($p>0,05$). **Conclusiones:** hubo asociación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial y la afectación de la calidad de vida de los hipertensos.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión Arterial, Calidad de vida.

Abstract

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Arterial hypertension (AHT) is a very common disease in the population that cause organ damage, affecting general health and the quality of life of the diseased people. **Objective:** To correlate the quality of life with AHT in patients consulting at the emergency department of the University Hospital, during the last six months of year 2011. **Subjects and Methods:** This is a quantitative, correlational and transversal research. The sample was non-probabilistic, intentional, in volunteer subjects that signed the informed consent to participate. The information was obtained through interviews, using a validated quality of life questionnaire. **Results:** 50.7% of patients were female. Mean age was 56 years old and 92.7% of patients were receiving antihypertensive treatment. Considering occupation, 31.3% were housewives and regarding the presence of comorbidities, 41.6% of them had one previous episode of myocardial infarction. About the social stratum of patients, 33.3% of them corresponded to Graffar's level III scale. There was a statistically significant association between the presence of comorbidities and alteration of physical function ($p=0.0023$), social function ($p=0.0470$), emotional role ($p=0.0047$), physical role ($p=0.0035$), mental health ($p=0.0003$), vitality and body pain ($p=0.0005$). There was no correlation with general health ($p>0.05$). **Conclusions:** It was found that arterial hypertension impaired quality of life of patients; and both variables were statistically associated.

KEY WORDS: Arterial Hypertension, Quality of life.

Introducción Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un grupo de patologías que afectan cada vez más a un mayor número de personas y las mismas están asociadas a factores de riesgo bien conocidos, determinados por el modo y estilo de vida de las personas, que obliga a la necesidad de establecer un sistema de vigilancia para la observación, investigación e intervención en aquellos factores, biológicos, psicológicos, socioeconómicos o ambientales que influyen en el origen de estas enfermedades. En este sentido, la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que ha aumentado en el tiempo y se ha convertido en un problema de salud pública importante, ya que es una de las patologías responsable de gran cantidad de eventos cardiovasculares diagnosticados cada año en el mundo. Una investigación llevada a cabo por la Sociedad Internacional de Hipertensión, reveló que 7,6 millones de personas de todo el mundo fallecieron por causas vinculadas a la hipertensión en el 2001, lo que equivaldría a más de 20 mil muertes por día. ¹ Desde ese año hasta la

actualidad, se estima que 50 millones de personas fallecieron por esta enfermedad y muchas más sufrieron algún grado de discapacidad. De acuerdo a los resultados del estudio, el 80% de estas muertes se produjo en países en desarrollo. ¹ No obstante, la prevalencia de HTA continúa elevándose a nivel global y un gran porcentaje de personas que la padecen lo ignora. Hernández y col. ² plantearon para Venezuela una prevalencia que oscila entre 8,1 y 23,58%, siendo mayor para el sexo masculino. Esta misma prevalencia la ubica dentro de las cinco primeras causas de morbilidad, lo que afecta la calidad de vida de aquellas personas que la padecen. Chr(10) La HTA es un problema que llega a ser una afección multisistémica y por esta razón, no solo se debe tratar la HTA, sino las repercusiones que origina. Al ser una patología que depende en parte del estilo de vida, los sujetos se ven en la necesidad de modificarlo para lograr mejorar su calidad de vida. Chr(10) El impacto que tiene la calidad de vida en el comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas que deben ser cuantificadas cuando se relacionan con la salud o la enfermedad, este es el caso de la HTA; no obstante existe una considerable relación entre la HTA y la calidad de vida; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica en la cual las personas están sometidas a modificaciones en su régimen de vida, hábitos alimenticios y comportamiento, determinado por el uso de medicamentos. Chr(10) Durante la última década, los evaluadores e investigadores han puesto énfasis especial en medidas basadas en la apreciación subjetiva y las declaraciones de los propios usuarios de los servicios de salud para valorar la calidad de vida de los individuos. Dentro de este marco de ideas la Organización Mundial de la Salud ³ (OMS), define la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Existen diversos instrumentos de medición de la salud como expresión de la calidad de vida; al respecto, el Cuestionario de Salud SF-36, es uno de los más ampliamente utilizados; es uno de los indicadores de salud más empleados por la comunidad científica por su alta calidad, permitiendo la comparación nacional e internacional de sus resultados. ⁴ Es importante señalar que la utilización de este tipo de cuestionarios estandarizados, aplicados a muestras representativas de una determinada población, permite la generación de valores o normas poblacionales que se pueden emplear para estimar la salud percibida de la población y su evolución en el tiempo, resultando de gran utilidad al

servir de referencia para la comparación de las diferencias de calidad de vida según las patologías o tratamientos empleados. Se han realizado diferentes estudios que intentan correlacionar la calidad de vida en personas que tienen una patología determinada y con base en esta idea en 1996, Ureña y col.,⁵ realizaron en España un estudio acerca de la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en las personas portadoras de un riñón trasplantado. Mediante la aplicación del cuestionario SF-36 a una muestra de 83 sujetos que ya habían recibido un riñón trasplantado, se constató que la evolución de la calidad de vida en las personas objeto del transplante renal se mantenía estable, además se demostró en el año de estudio, un aumento de 8% en la puntuación del rol físico de estos pacientes, evaluados con el cuestionario SF-36. En el año 2000, García y col.⁶ realizaron en Málaga (España) un estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con HTA y diabetes mellitus tipo 2. Se utilizó una muestra de 270 pacientes con ambas patologías, en donde además de la evaluación de la calidad de vida se buscó identificar factores predictores de la calidad de vida relacionados con la salud; entre las conclusiones a las que se llegó fue que los pacientes refirieron tener peor calidad de vida percibida, en comparación a la población general de referencia; también se constató que el perfil del paciente con peor calidad de vida eran mujeres con bajo nivel de estudio, sedentarias, con antecedentes de cardiopatía isquémica y que contaban con escaso apoyo afectivo. En el año 2007 se realizó en Colombia un estudio acerca de la calidad de vida y su relación con la salud en pacientes con diagnóstico de HTA leve, el cual evaluó las dimensiones de la misma. Se utilizó una muestra de 282 sujetos con diagnóstico de HTA leve en tratamiento farmacológico, evidenciándose un deterioro de la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo, resaltando sus manifestaciones somáticas.⁷ En Junio de 2008, Tapia y Jaramillo⁸ realizaron un estudio en Chile sobre la calidad de vida de los pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. La calidad de vida y el estado neurológico funcional se midieron mediante la escala de Rankin modificada (mRS) y el cuestionario de salud SF-36, respectivamente. De 59 pacientes encuestados, cerca de la mitad presentaron algún grado de discapacidad (mRS igual o superior a 2) y treinta pacientes eran independientes o presentaban secuelas mínimas (mRS igual o superior a 1) al final del período de seguimiento. La calidad de vida, evaluada con el cuestionario SF-36 disminuyó progresivamente con el aumento de la puntuación en la mRS, especialmente en el grupo con mRS igual o superior a 3. Si bien el grupo etario más joven (rango: 20-36 años) obtuvo el mejor promedio (84 puntos) en el cuestionario SF-36, no se encontró una diferencia significativa con los restantes grupos de edad, aunque el grupo de 75 años o más fue el que obtuvo una puntuación en

promedio más baja (63 puntos).⁸ Los ACV extensos (infartos totales de la circulación anterior) de origen cardioembólico (fibrilación auricular) presentaron índices de calidad de vida más bajos ($p < 0,05$). En la población analizada, la calidad de vida varió inversamente con el incremento de la edad y la gravedad del déficit funcional de pacientes que sobrevivieron a un infarto cerebral; especialmente en el subgrupo de origen cardioembólico, debido a su asociación con infartos cerebrales más extensos.⁸ Por estas razones surgió la siguiente interrogante: ¿existe correlación entre los niveles de calidad de vida e hipertensión arterial sistémica en los pacientes que acuden a la emergencia de un Hospital Universitario? Dentro de esta perspectiva, nos propusimos establecer el impacto que la enfermedad ejerce en este tipo de pacientes.

Pacientes y Métodos **E**l presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa, correlacional, no experimental y transversal.^{9,10,11} La muestra estuvo constituida por 150 pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica (HTA) que acudieron a la emergencia del Hospital Universitario de la Universidad de Carabobo, en un periodo de 6 meses del año 2011. Chr(10) La muestra fue de tipo no probabilística opinática, con sujetos voluntarios integrados por todos aquellos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión;^{9,10,11} pacientes hipertensos con edades comprendidas entre 30 y 90 años, de cualquier sexo. Se utilizó la técnica de la entrevista con el objeto de determinar la edad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la HTA, uso de tratamiento, comorbilidades, estrato social y calidad de vida, todo esto mediante tres cuestionarios; uno para los datos personales y propios de la HTA, el SF-36 para medir las dimensiones de la Calidad de Vida (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, Vitalidad, Salud General), y el puntaje de Graffar modificado para establecer el nivel socioeconómico de los pacientes.^{4,10,12} Una vez obtenidos los datos, se procedió a ordenarlos, tabularlos y analizarlos a través del paquete estadístico "Statistix 8.0", siendo utilizado para su análisis, frecuencias absolutas, relativas, medidas de tendencia central, de dispersión y de asociación entre las variables cualitativas (Chi cuadrado, 2), con un 95% de confianza ($p < 0,05$).

Resultados **D**el total de la muestra en estudio ($n = 150$), 50,7% fue de sexo femenino y 49,3% de sexo masculino (Tabla 1). En relación con la edad, la edad promedio fue de 56 años. La edad mínima 35 años y la

máxima de 89 años y 92,7% de los pacientes recibía tratamiento antihipertensivo (Tabla 2). En relación con la ocupación u oficio; 31,3% eran amas de casa, 19,3% eran comerciantes y 14% obreros; el resto correspondió a diversos tipos de trabajos (Tabla 3). En relación con las comorbilidades que presentaban los pacientes hipertensos, se destacan las siguientes; infarto de miocardio (41,8%), accidente cerebrovascular (15,5%), miocardiopatía (7,3%), nefropatía (6,4%), retinopatía (1,8%) y combinaciones de estas en diverso grado (Tabla 4).

En relación con el estrato socioeconómico de los pacientes, según la escala de Graffar, predominaron los estratos III (33,3%) y IV (31,3%) (Tabla 5). Ahora bien, en relación con la evaluación de la calidad de vida, se constató la asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y la alteración en las dimensiones del cuestionario que se mencionan a continuación: Función Física ($p=0,0023$); Función Social ($p=0,0470$); Rol Emocional ($p=0,0047$); Rol Físico ($p=0,0035$); Salud Mental ($p=0,0003$); Vitalidad ($p=0,0005$); Dolor Corporal ($p=0,0005$) (Tabla 6). Vale la pena destacar que solo en la dimensión de salud general no se detectó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y la alteración de la misma ($p>0,06$).

Discusión En la provincia de Córdoba-Argentina se realizó un estudio para determinar la prevalencia de HTA y factores de riesgo asociados; la prevalencia de hipertensos fue 29,7% correspondiendo 28,4% a varones y 30,8% a mujeres,¹³ hallazgos muy similares a los obtenidos en este estudio, en cuanto a las diferencias porcentuales entre ambos sexos que fueron muy pequeñas, igualmente se evidenció el predominio de esta patología en el sexo femenino. En relación con la edad y el sexo, un estudio llevado a cabo en España en el 2001 sobre calidad de vida en pacientes con HTA y diabetes mellitus tipo 2, encontró que la edad media fue de 65 años y de ellos, 75,9% eran pacientes de sexo femenino.⁶ Otro estudio realizado en Brasil señala 58,4 años como la edad promedio y 72,8% de sexo femenino¹⁴ mientras que el estudio de Cuevas¹⁵ señala 67,18 como la media y 57% pacientes del género femenino; todos estos resultados contrastan con la presente investigación ya que la edad media fue de 56 años, y el 50,7% correspondió al sexo femenino, resaltando que la media fue menor en este estudio. En este mismo orden de ideas, Varela y col.¹⁶ llevaron a cabo un estudio en Colombia sobre los efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes hipertensos, en una población de 44 pacientes, demostrando que 79,5% eran mujeres, en un rango de edad de 29-85 años. En cuanto a la calidad de vida, evidenciaron disminución de esta

variable en las dimensiones correspondientes al rol físico, función física, vitalidad y dolor corporal; mientras que en las dimensiones de rol emocional, función social, salud general y salud mental se evidenció una mejoría. Los hallazgos antes mencionados difieren en cierto sentido con esta investigación, ya que el 50,7% fueron mujeres y el rango de edad fue de 35-89 años, además existió asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y la alteración en las dimensiones: vitalidad, dolor corporal, salud mental, función social y física, así como del rol físico y emocional. Chr(10) Por otra parte Tuesca y col. ¹⁷ realizaron un estudio acerca de los factores asociados al control de la HTA en personas mayores de 60 años, siendo la muestra de 1.461 personas; los investigadores encontraron que 85% de los pacientes recibían tratamiento, lo que difiere de nuestro estudio donde el 92,7% recibió terapia antihipertensiva y el de Luquez y col. ¹³ donde encontraron que sólo 6,5% de los pacientes recibían tratamiento. Se concluye, en la presente investigación, que gran parte de los pacientes estudiados eran del sexo femenino, con más de 10 años de evolución de la enfermedad, en tratamiento farmacológico, y con una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidades y la alteración de las dimensiones de calidad de vida: vitalidad, dolor corporal, función social y física, así como del rol físico y emocional aún cuando no se demostró asociación entre la dimensión de salud general y la presencia de comorbilidades. Este estudio presenta una serie de limitaciones, tales como el reducido número de pacientes estudiados, que podría afectar la representatividad de los resultados. Sería conveniente realizar estudios más amplios que confirmen estos datos y que analicen si realmente hay relación entre el uso de medidas no farmacológicas o de modificaciones en el estilo de vida ampliamente aconsejadas, y la calidad de vida en este tipo de pacientes; o bien que las mismas estén siendo usadas pero no de la manera adecuada. Los resultados obtenidos han de tenerse en cuenta de cara al posible desarrollo de programas de intervención, que incidan en tratar de cambiar la percepción desajustada de la propia salud y por ende, mejorar la motivación al cambio y la adherencia de los pacientes a otro tipo de intervenciones diferentes a las farmacológicas.

Tabla 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
Sexo	n	%
Femenino	76	50,7
Masculino	74	49,3
Total	150	100

Tabla 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
Reciben tratamiento antihipertensivo	f	%
SI	139	92,7
NO	11	7,3
Total	150	100

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN		
Ocupación	n	%
Ama de Casa	47	31,3
Comerciante	29	19,3
Obrero	21	14
Conductor	10	6,7
Educador	8	5,3
Enfermera	8	5,3
Abogado	6	4
Vigilante	5	3,3
Desempleado	5	3,3
Administrador	4	2,7
Ingeniero	4	2,7
Taxista	3	2
Total	150	100

Tabla 4**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES**

Comorbilidad	n	%
Infarto al miocardio	46	41,8
ACV	17	15,5
Miocardiopatía	8	7,3
Nefropatía	7	6,4
Infarto al miocardio y ACV	6	5,5
Infarto al miocardio y miocardiopatía	5	4,5
IM, ACV, MIO	4	3,6
IM, ACV, RETI	4	3,6
IM, MIO, RETI	4	3,6
Infarto al miocardio, nefropatía	3	2,7
Retinopatía	2	1,8
ACV, Miocardiopatía	1	0,9
ACV, MIO, RETI	1	0,9
IM, MIO, NEFRO	1	0,9
MIO, RETI, NEFRO	1	0,9
Total	110	100

IM= infarto de miocardio, MIO= miocardiopatía, RETI= retinopatía, NEFRO= nefropatía.

Tabla 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE ACUERDO AL ESTRATO SOCIAL SEGÚN LA ESCALA GRAFFAR-MÉNDEZ-CASTELLANO

Estrato Social	f	%
Estrato I	9	6
Estrato II	31	20,7
Estrato III	50	33,3
Estrato IV	47	31,3
Estrato V	13	8,7
Total	150	100

Tabla 6

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO SF-36, DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

	Dimensiones							
	FF	RF	DC	FS	RE	SM	V	SG
Comorbilidad (%)	53,6%	41,1%	55,4%	64,3%	50%	57,2%	43,8%	40,2%
No Comorbilidad (%)	81,5%	68,4%	86,9%	81,6%	76,3%	89,4%	76,3%	57,9%
P	0,0023	0,0035	0,0005	0,0470	0,0047	0,0003	0,0005	0,06ns

FF: Función Física, RF: Rol Físico, DC: Dolor Corporal, FS: Función Social, RE: Rol Emocional, SM: Salud Mental, V: Vitalidad, SG: Salud General.

Referencias

1. MacMahon S, Alderman M, Lindholm L, Liu L, Sanchez R, Seedat Y. Blood-pressure-related disease is a global health priority. *The Lancet*. 2008;371:1480-1482.
2. Hernández R, Chacón L, Hernández A. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en una ciudad de Venezuela. *Manual de la Hipertensión Arterial al día. Estado de la Hipertensión y la salud cardiovascular en naciones latinoamericanas*. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana. Venezuela 2001;pp.12-26.
3. Szabo S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Assessment Instrument. En *Quality of Life and Pharmaco-economics in Clinical Trials*. Spilker, B. New York, Lippincott- Raven, 1996.
4. Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique L, Arequipa J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per* 2009;26:230-238.

5. Ureña A, Rebollo P, Fernández O, Arango A, Martínez E, Alvarez I y col. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas portadoras de un riñón trasplantado. *Seden* [en línea] marzo, 1996 [10 de junio 2009]. URL disponible: [Transplante renal](#).
6. García A, Fernández L, Martos F. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de Familia* 2001;2:29-34.
7. Vinaccia S, Quiceno M, Gómez A. *Diversitas: perspectivas en psicología* 2007;3:203-212.
8. Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. *Rev Neurol* 2008;46:652-655.
9. Puerta E, Urbina J, Blanck M, Granadillo D, Blanchard M, García J y col. *Bioestadística Herramienta de la Investigación*. Valencia, Venezuela. Ediciones del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la Universidad de Carabobo. CDCHT-UC.; 1998. pp. 235-257.
10. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. México. Editorial Mc Graw Hill; 2006.
11. Balestrini M. *Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación*. (Para los Estudios Formulativos o Exploratorios, Descriptivos, Diagnósticos, Evaluativos, Formulación de Hipótesis Causales, Experimentales y los Proyectos Factibles), Caracas, BL Consultores Asociados, Servicio Editorial; 1997.
12. Méndez H, Méndez C. *Sociedad y estratificación social*. Método Graffar Méndez Castellano, Caracas: Fundacredesa; 1994. p. 206.
13. Luquez H, Madoery R, Loredó L, De Roitter H, Lombardelli S, Capra R y col. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados. Estudio Dean Funes (Provincia De Córdoba - Argentina) *Rev Fed Arg Cardiol* 1999;28:93-104.
14. Melchioris A, Januário C, Pontarolo R, De Souza F, De Paula R. Qualidade de Vida em Pacientes Hipertensos e Validade Concorrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2010;94:343-349.
15. Cuevas F. *Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: Factores influyentes*. [Tesis Doctoral]. España: Soportes Audiovisuales e Informáticos. Serie Tesis Doctorales, Universidad de La Laguna; 2003.
16. Varela M, Arrivillaga M, Cáceres D, Correa D, Holguín L. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta colombiana de psicología* 2005;14:69-85.
17. Tiesca R, Guallar P, Banegas J, Graciani A. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Rev. Esp. Salud Pública* 2006;80:233-242.