



Factores de riesgo cardiovascular en pacientes en condiciones de vulnerabilidad

Cardiovascular risk factors in patients in vulnerable conditions

María Gabriela Balarezo García¹ , Ely Labrada González^{1*} 

¹ Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: labrada.elsy@gmail.com

Cómo citar este artículo

Balarezo García MG, Labrada González E: Factores de riesgo cardiovascular en pacientes en condiciones de vulnerabilidad. Rev haban cienc méd [Internet]. 2025 [citado]; 24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5954>

Recibido: 24 de enero de 2025

Aprobado: 21 de julio de 2025

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares representan un grupo de patologías que demandan una considerable cantidad de recursos en Atención Primaria de la Salud.

Objetivo: Examinar la relación entre los factores de protección (aceptación y resiliencia) y los factores de vulnerabilidad (depresión, ansiedad, ira interiorizada e ira exteriorizada).

Material y Métodos: Se desarrolló un estudio observacional descriptivo, transversal, con la participación de 198 pacientes con afecciones cardiovasculares a quienes se les aplicaron los siguientes cuestionarios: Subescala de Aceptación del *Illness Cognition Questionnaire* (ICQ); Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC); Cuestionario de Salud del Paciente para la Depresión (PHQ-9); Subescala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS); Subescalas del Inventario Rasgo-Estado de Ira y su Expresión; Subescalas de Salud Física y Salud Mental del Cuestionario de Salud SF-36; Subescalas de la Escala Autoinformada ADHHTAe (elaborada a partir del Cuestionario MBG y el Test de Morisky-Green-Levine).

Resultados: En términos de aceptación y resiliencia, se encontró que la aceptación se vinculó de manera positiva con una mayor adherencia al tratamiento, especialmente notable en el grupo de mujeres participantes. La resiliencia se consolidó como un factor protector clave en ambos grupos, asociándose de manera positiva con una mejor calidad de vida y negativamente con los factores de vulnerabilidad. En cuanto a los factores de vulnerabilidad, se destacó que la ansiedad tuvo un impacto negativo en la adherencia al tratamiento en ambos sexos, sugiriendo que esta variable emocional puede obstaculizar la adherencia terapéutica.

Conclusiones: Se constató una correlación positiva entre los factores de protección y la calidad de vida, y negativa con los factores de vulnerabilidad, en todos los grupos de pacientes, destacando especialmente en la calidad de vida mental.

Palabras Claves:

Factores de protección, factores de vulnerabilidad, adherencia, calidad de vida, enfermedad cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases represent a group of pathologies that demand a considerable amount of resources in Primary Health Care.

Objective: Examine the relationship between protective factors (acceptance and resilience) and vulnerability factors (depression, anxiety, internalized anger and externalized anger).

Material and Methods: A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted with the participation of 198 patients with cardiovascular conditions who were administered the following questionnaires: Acceptance subscale of the *Illness Cognition Questionnaire* (ICQ); Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC); Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9); Anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Subscales of the State-Trait Anger Expression Inventory; Physical Health and Mental Health subscales of the SF-36 Health Survey; Subscales of the ADHHTAe Self-Report Scale (developed from the MBG Questionnaire and the Morisky-Green-Levine Test).

Results: In terms of acceptance and resilience, it was found that acceptance was positively linked to greater treatment adherence, particularly notable in the group of female participants. On the other hand, resilience was established as a key protective factor in both groups, positively associated with better quality of life and negatively with vulnerability factors. Regarding vulnerability factors, it was highlighted that anxiety had a negative impact on treatment adherence in both genders, suggesting that this emotional variable could hinder therapeutic adherence.

Conclusions: A positive correlation was found between protective factors and quality of life, whereas a negative correlation was established with vulnerability factors in all patient groups; mental quality of life was especially highlighted.

Keywords:

Protective factors, vulnerability factors, adherence, quality of life, cardiovascular disease.



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan un grupo de patologías que demandan una considerable cantidad de recursos en Atención Primaria de la Salud (APS) debido a su alta morbimortalidad y la complejidad de su manejo.⁽¹⁾ A pesar de los esfuerzos significativos realizados en APS, los pacientes con ECV continúan mostrando una baja adherencia a los tratamientos y una calidad de vida (CV) deteriorada. La adherencia al tratamiento y la CV en estos pacientes son áreas críticas que requieren una atención constante y estrategias efectivas para mejorar los resultados clínicos.

Numerosos estudios han identificado varios factores de vulnerabilidad (FV) que pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento y la CV de los pacientes con ECV.⁽²⁾ Entre estos FV, la depresión, la ansiedad y la ira (ya sea exteriorizada o interiorizada) son procesos emocionales que han sido ampliamente estudiados debido a su asociación con un peor ajuste psicológico y un mayor riesgo de desarrollar ECV. La depresión y la ansiedad son especialmente prevalentes en pacientes con ECV y se relacionan con una menor adherencia a los tratamientos médicos, lo que a su vez puede llevar a una progresión más rápida de la enfermedad y a peores resultados de salud.^(3,4,5)

La depresión en pacientes con ECV se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés en actividades cotidianas, y una disminución general en la capacidad de funcionar en la vida diaria. La presencia de depresión en estos pacientes no solo afecta su bienestar emocional, sino que también puede interferir con su capacidad para seguir las recomendaciones médicas, asistir a las citas programadas y tomar los medicamentos según lo prescrito.⁽⁶⁾ Estudios han mostrado que la depresión puede estar vinculada con una mayor mortalidad en pacientes con ECV, subrayando la importancia de su identificación y tratamiento temprano.⁽⁷⁾

La ansiedad, por otro lado, se manifiesta como una preocupación excesiva, tensión y miedo constantes, que pueden ser desproporcionados en relación con la situación real del paciente. En el contexto de ECV, la ansiedad puede exacerbar los síntomas físicos de la enfermedad, como el dolor torácico y la disnea, y puede dificultar la gestión efectiva de la enfermedad. Los pacientes con altos niveles de ansiedad pueden evitar actividades físicas y sociales, lo que puede contribuir a un empeoramiento de su condición física y mental.⁽⁸⁾

La ira es otro FV significativo en pacientes con ECV. La ira exteriorizada, que se manifiesta a través de comportamientos agresivos y explosivos, puede aumentar la presión arterial y el ritmo cardíaco, lo que puede agravar la condición cardiovascular del paciente.⁽⁹⁾ La ira interiorizada, caracterizada por sentimientos de enojo reprimidos y no expresados, también puede tener efectos negativos al contribuir a un estado de estrés crónico que afecta la salud cardiovascular. La gestión de la ira, tanto exteriorizada como interiorizada, es crucial para el manejo integral de los pacientes con ECV.⁽¹⁰⁾

Además de los FV, existen factores de protección (FP) que pueden mejorar la adherencia al tratamiento y la CV en pacientes con ECV. Entre estos FP, la aceptación y la resiliencia son particularmente importantes. La aceptación se define como el reconocimiento por parte del paciente de la necesidad de adaptarse a su enfermedad, sintiéndose capaz de tolerar sus consecuencias adversas.⁽¹⁰⁾ La resiliencia, por su parte, se refiere al conjunto de fortalezas que permiten al paciente lograr una adaptación adecuada a su enfermedad, superando las adversidades y manteniendo un estado emocional positivo.

La aceptación puede facilitar una mejor adherencia al tratamiento al permitir que los pacientes reconozcan la importancia de seguir las recomendaciones médicas y hacer los cambios necesarios en su estilo de vida. La resiliencia proporciona a los pacientes las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos de la enfermedad de manera efectiva, manteniendo una actitud positiva y proactiva que puede mejorar su bienestar general y su CV.^(11,12)

El **objetivo** de esta investigación es examinar la relación entre los factores de protección (aceptación y resiliencia) y los factores de vulnerabilidad (depresión, ansiedad, ira interiorizada e ira exteriorizada). Además, se ha estudiado en qué medida estas relaciones influyen en la adherencia al tratamiento y la CV, proporcionando una comprensión más profunda de los factores que pueden mejorar la gestión de la ECV en pacientes en condiciones de vulnerabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional descriptivo. Se llevó a cabo utilizando una base de datos proporcionada por las coordinaciones zonales de Atención Primaria de Salud (APS), la cual incluía una población de 3 000 personas registradas en tres cupos médicos de dos centros de salud tipo B y C de la provincia Tungurahua. De esta población, se seleccionaron 1 200 pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiovasculares (ECV) quienes acudían regularmente a su centro de salud para controles periódicos.

Los criterios de inclusión fueron:

Edad entre 18 y 80 años; diagnóstico de ECV en la historia clínica, incluyendo cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca y/o patología arterial valvular cardíaca; posible comorbilidad con diabetes y/o hipercolesterolemia.

Se excluyeron aquellos pacientes que padecían una enfermedad crónica oncológica, respiratoria, renal, hepática, y/o psiquiátrica; aquellos que habían estado en tratamiento psicológico con apoyo farmacológico o terapia cognitivo-conductual en el último año.

Para evitar sesgos de selección accidental o derivados de la asistencia regular a las citas, se extrajo aleatoriamente una muestra de 250 participantes de los 1 200 pacientes potencialmente seleccionados. Este tamaño de muestra se estimó con un nivel de confianza de 90 % y un margen de error de 5 %. Se contactó con 225 pacientes utilizando un código de identificación personal proporcionado por la base de datos, durante sus citas periódicas para seguimiento en las consultas médicas o de enfermería.

De los 225 pacientes contactados, 200 fueron informados sobre la investigación en su centro de salud. Siete de ellos declinaron participar. A los 193 que consintieron en participar, se les entregó un cuestionario para que lo cumplimentaran y devolvieran en la siguiente visita. Veinticinco sujetos fueron eliminados por representar casos atípicos, presentando puntuaciones en algunas variables con homocedasticidad, simetría y curtosis por encima de 1 y 1.2, respectivamente. La muestra final estuvo compuesta por 168 participantes.

En el estudio se utilizaron variables demográficas: edad y clínicas: número de enfermedades comórbidas y cantidad de medicamentos diarios pautados. Para estudiar los factores de protección ante el riesgo de un evento cardiovascular se consideraron la “aceptación” referida a la capacidad del individuo para reconocer y asumir las situaciones adversas de la vida sin recurrir a mecanismos de evitación, permitiéndole adaptarse mejor emocional y conductualmente al estrés, y la “resiliencia”, pues le da la posibilidad de hacer frente y/o superar los eventos adversos o traumáticos que podrían impactar negativamente en su salud. En las variables asociadas al factor vulnerabilidad, se incluyeron la “depresión”, la “ansiedad”, y la ira manifestada de dos maneras: “ira interiorizada” e “ira exteriorizada”. La depresión porque afecta negativamente los hábitos saludables y el cumplimiento de tratamientos médicos en la persona y la ansiedad porque puede alterar la regulación cardiovascular a partir de la respuesta emocional del individuo por una preocupación excesiva. En los casos de la ira interiorizada, se refiere a la reprimida o dirigida hacia uno mismo, y la exteriorizada porque se refleja a través de comportamientos agresivos o reacciones impulsivas hacia otros. Todas estas variables se analizaron con el objetivo de explorar su posible asociación y efecto conjunto sobre el riesgo cardiovascular en la población del estudio.

El estudio contó con la evaluación, autorización y aprobación por parte del personal responsable de la Gerencia de Salud. El cuestionario autocumplimentado evaluaba aspectos sociodemográficos y clínicos, y contenía los siguientes instrumentos:

-Subescala de Aceptación del Illness Cognition Questionnaire (ICQ).⁽¹³⁾ Esta subescala consta de 6 ítems que miden la aceptación de la enfermedad como un proceso que disminuye la evaluación aversiva de la enfermedad crónica. El rango de puntuación va de 6 a 24 puntos, y ha mostrado una buena fiabilidad ($\alpha = 0.86$).

-Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC).⁽¹⁴⁾ Incluye 25 ítems que evalúan el conjunto de capacidades y habilidades que permiten adaptarse adecuadamente al estrés. Traducida al español, esta escala demuestra alta validez y fiabilidad ($\alpha = 0.89$), con un rango de puntuación de 0 a 100.

Cuestionario de Salud del Paciente para la Depresión (PHQ-9).⁽¹⁵⁾ Este cuestionario de 9 ítems evalúa el nivel de depresión en las dos últimas semanas, con un rango de respuestas de 0 a 27 puntos. Un valor entre 5 y 9 indica sintomatología depresiva leve.

-Subescala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).⁽¹⁶⁾ Consta de 7 ítems que miden la ansiedad experimentada en el último mes. El rango de respuestas va de 0 a 21 puntos, indicando presencia de ansiedad con valores entre 7 y 10.

-Subescalas del Inventario Rasgo-Estado de Ira y su Expresión.⁽¹⁷⁾ Adaptadas al español, estas subescalas miden la expresión de la ira hacia dentro (II) y hacia fuera (IE), cada una con 6 ítems. El rango de respuestas es de 6 a 24 puntos.

-Subescalas de Salud Física y Salud Mental del Cuestionario de Salud SF-36.⁽¹⁸⁾ Adaptado al español, este cuestionario de 36 ítems evalúa la calidad de vida y el estado global de salud, utilizando puntuaciones crudas entre 35 (peor estado de salud) y 144 (mejor estado de salud)

Subescalas de la Escala Autoinformada ADHHTAe.⁽¹⁹⁾ Elaborada a partir del Cuestionario MBG y el Test de Morisky-Green-Levine,⁽²⁰⁾ estas subescalas evalúan la falta de adherencia terapéutica en relación con la medicación (5 ítems, rango de 5 a 25 puntos), la dieta (5 ítems, rango de 5 a 25 puntos), la práctica de ejercicio (3 ítems, rango de 3 a 15 puntos) y la disminución del consumo de tabaco (2 ítems, rango de 2 a 10 puntos) y alcohol (2 ítems, rango de 2 a 10 puntos). Las puntuaciones se invirtieron, significando una alta puntuación mayor cumplimiento de la pauta.

El cuestionario evaluaba los aspectos sociodemográficos y clínicos, y contenía los siguientes instrumentos:

El análisis estadístico se realizó mediante el programa y se obtuvo (SPSS), versión 21.0 para Windows. Se llevaron a cabo análisis de varianza multivariados (MANOVA) para calcular las diferencias en los factores protectores (FP), los factores de vulnerabilidad (FV) y las pautas de adherencia (como variables dependientes). Para evaluar las diferencias sobre la calidad de vida (CV) física y mental, se efectuaron análisis de covarianza univariados (ANCOVA). En todos los análisis se controló el potencial efecto de la edad. El tamaño del efecto se calculó mediante el estadístico eta parcial al cuadrado (η^2p).

Para examinar las relaciones entre los FP y los FV con la adherencia a las pautas del tratamiento y la CV, se realizó un análisis correlacional: se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significación empleado en todos los análisis fue $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra total del estudio estuvo compuesta por 198 personas diagnosticadas con Enfermedad Cardiovascular (ECV), de las cuales 91 eran hombres y 107 eran mujeres. La edad media de los participantes fue de 61,3 años, con una desviación típica (DT) de 12,1 años. Es importante resaltar que los hombres presentaron un mayor número de enfermedades comórbidas en comparación con las mujeres, lo cual se detalla en la Tabla 1

Tabla 1. Caracterización de la muestra							
Características	Total (N = 168)		Hombres (N = 91)		Mujeres (N = 77)		Diferencias de Género (χ^2 (g.l.), p)
	No.	%	No.	%	No.	%	
Edad, media (DT)	61,3	12,2	63,2	11,3	59,7	12,7	42,8(43), 0,46
Número de enfermedades comórbidas							
Ninguna	94	47,5	40	44,0	54	50,5	16,2(3), 0,28*
Una	75	37,9	28	30,8	47	43,9	
Dos	26	13,1	20	22,0	6	5,6	
Tres o más	3	1,5	3	3,2	0	0,0	
Cantidad de medicamentos diarios pautados, N (%):							
Ninguno	1	0,5	1	1,1	0	0,0	1,2(4), 0,07
Uno	138	69,7	63	69,2	75	70,1	
Dos	35	17,7	16	17,6	19	17,8	
Tres	15	7,6	7	7,7	8	7,5	
Más de tres	9	4,5	4	4,4	5	4,6	

El análisis de la covarianza multivariada (MANCOVA) se llevó a cabo para examinar las diferencias en la aceptación y la resiliencia, considerando la variable de control de la edad. Los resultados de este análisis no fueron significativos cuando se consideraron estas variables en función del género, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Relación entre factores protectores y de vulnerabilidad según género					
Factor	F (1, 167)	Hombres, Medias [IC 95%]	Mujeres, Medias [IC 95%]	η^2 parcial	Diferencias significativas
Aceptación	0,96	17,7 [16,8-18,5]	18,3 [17,5-19,1]	0,00	No
Resiliencia	1,00	67,6 [63,9-71,2]	65,0 [61,7-68,4]	0,00	No
Depresión	1,45	6,6 [5,4-7,9]	7,7 [6,5-8,8]	0,00	No
Ansiedad	8,27*	5,3 [4,4-6,2]	7,1 [6,3-7,9]	0,04	Si
Ira exteriorizada	6,82*	10,5 [9,9-11,2]	9,4 [8,9-10,0]	0,03	Si
Ira interiorizada	0,33	12,7 [12,0-13,5]	12,4 [11,8-13,1]	0,00	No

No obstante, cuando se examinó el impacto de los factores de vulnerabilidad (FV), los resultados sí fueron significativos (lambda de Wilks = 0,48; $F(4, 192) = 50,2$, $p < 0,001$, $\eta^2 p = 0,51$), indicando un efecto principal notable en función del género ($F(4, 192) = 5,9$, $p < 0,001$, $\eta^2 p = 0,11$). Específicamente, se observó que las mujeres tendían a experimentar niveles más altos de ansiedad y menores niveles de ira exteriorizada en comparación con los hombres.

En el análisis del efecto del género sobre la adherencia a diferentes pautas del tratamiento, el MANCOVA mostró resultados significativos (λ de Wilks = 0,20; $F(5, 191) = 149,7$, $p < 0,001$, $\eta^2p = 0,79$). Se identificó un efecto principal significativo del género ($F(5, 191) = 6,85$, $p < 0,001$, $\eta^2p = 0,15$). Las mujeres demostraron una mayor adherencia a la reducción del consumo de tabaco y alcohol, mientras que los hombres mostraron una mayor adherencia a la medicación, como se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3. Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida					
Factor	F (1, 167)	Hombres, Medias [IC 95%]	Mujeres, Medias [IC 95%]	η^2 parcial	Diferencias significativas
Adherencia a la medicación	5,86*	23,7 [23,2-24,3]	22,8 [22,2-23,3]	0,02	Sí
Adherencia a la dieta	2,03	15,8 [14,9-16,7]	14,9 [14,1-15,7]	0,01	No
Adherencia al ejercicio	1,44	10,5 [9,8-11,1]	9,9 [9,3-10,5]	0,00	No
Adherencia a la disminución del tabaco	9,59*	9,0 [8,7-9,3]	9,7 [9,4-10,0]	0,04	Sí
Adherencia a la disminución del alcohol	15,52**	9,1 [8,8-9,4]	9,8 [9,6-10,1]	0,07	Sí
Calidad de vida mental	5,34*	52,9 [50,6-55,3]	49,1 [47,0-51,3]	0,02	Sí
Calidad de vida física	2,99	57,1 [54,9-59,3]	54,5 [52,5-56,5]	0,01	No

En cuanto a la calidad de vida (CV), los análisis de covarianza (ANCOVA) reflejaron diferencias significativas en la CV mental ($F(2, 197) = 4.25$, $p < 0,05$, $\eta^2p = 0,04$), con los hombres mostrando valores más altos en comparación con las mujeres. Sin embargo, al considerar la CV física, aunque el efecto conjunto del género y la edad resultó significativo ($F(2, 197) = 4,9$, $p < 0,05$, $\eta^2p = 0,04$), las diferencias debidas al género no alcanzaron significancia estadística.

En el caso de los hombres, tanto la aceptación como la resiliencia se asociaron positivamente con las dos dimensiones de la calidad de vida y con la adherencia a la reducción del consumo de tabaco. La aceptación también mostró una correlación positiva con una mayor adherencia al ejercicio físico y a la reducción del consumo de alcohol. Por otro lado, la resiliencia se asoció con una mejor adherencia a la medicación. Estas correlaciones fueron de menor magnitud en comparación con las correlaciones obtenidas con las dimensiones de calidad de vida. Las pautas de adherencia que se asociaron ligeramente con un mayor número de factores de vulnerabilidad incluyeron la adherencia a la medicación y la reducción del consumo de alcohol. Estas pautas correlacionaron negativamente con la ansiedad, la ira exteriorizada (IE) y la ira interiorizada (II). Además, tanto la depresión como la ansiedad se asociaron con una menor adherencia a la dieta.

En el caso de las mujeres, la aceptación se relacionó con una mayor adherencia a todas las pautas del tratamiento. La resiliencia, aunque en menor medida, también se asoció positivamente con una mayor adherencia a la medicación y al ejercicio físico. Ambos factores protectores (FP) mostraron una relación positiva significativa con la calidad de vida, siendo las magnitudes de estas correlaciones nuevamente más altas que las observadas en el caso de la adherencia. Por otro lado, la ansiedad en las mujeres se asoció negativamente con la adherencia a la dieta y al ejercicio físico.

DISCUSIÓN

La presente investigación amplía la comprensión de las diferencias en factores de riesgo psicosocial y calidad de vida entre pacientes con enfermedades cardiovasculares (ECV), destacando variaciones significativas en la ansiedad, la ira (tanto interiorizada como exteriorizada) y la calidad de vida mental. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que han señalado una mayor ansiedad y vulnerabilidad emocional en mujeres con ECV, lo cual podría influir negativamente en su ajuste psicológico. Asimismo, se observaron diferencias en la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres, lo cual tiene importantes implicaciones para las estrategias de intervención. La correlación positiva entre los factores de protección (FP) y la calidad de vida, y negativa con los factores de vulnerabilidad (FV), fue evidente en todos los grupos de pacientes, destacando especialmente en la calidad de vida mental. Además, la resiliencia en hombres se asoció con una mejor calidad de vida física, sugiriendo su capacidad para mitigar los síntomas físicos asociados con la enfermedad.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar tanto los factores de vulnerabilidad como los factores protectores en la gestión de la ECV, ya que estos influyen significativamente en la calidad de vida y en la adherencia a las pautas de tratamiento.^(21,22,23,24,25) La aceptación y la resiliencia emergen como variables claves en la promoción de una mejor adherencia a las recomendaciones médicas y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con ECV. Además, las diferencias observadas en función del género sugieren la necesidad de enfoques personalizados en la intervención y el tratamiento de esta población.^(26,27,28,29)

Se evidencia una clara disparidad de género en diversos aspectos relacionados con la ECV. Las mujeres muestran una mayor tendencia a experimentar niveles más altos de ansiedad y menores niveles de ira exteriorizada en comparación con los hombres. Esta diferencia en la expresión emocional puede influir en la adaptación psicológica y en la percepción de la enfermedad, lo que subraya la necesidad de intervenciones personalizadas que aborden estas diferencias.

Por otro lado, se observa que las mujeres tienden a demostrar una mayor adherencia a ciertas pautas del tratamiento, como la reducción del consumo de tabaco y alcohol, mientras que los hombres muestran una mayor adherencia a la medicación. Estas discrepancias en la adherencia pueden estar relacionadas con las diferentes formas en que hombres y mujeres perciben y manejan su enfermedad, lo que destaca la importancia de estrategias específicas según el género para mejorar la adherencia terapéutica.^(30,31,32,33,34,35)

En términos de calidad de vida, se identifican diferencias significativas entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres muestran valores más altos en la calidad de vida mental, las diferencias en la calidad de vida física no alcanzan significancia estadística. Estos hallazgos sugieren que el impacto de la ECV en la calidad de vida puede variar según el género, lo que subraya la necesidad de abordajes diferenciados para optimizar el bienestar de los pacientes.

El estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. El diseño correlacional del estudio impide establecer relaciones causales definitivas entre las variables investigadas. Asimismo, la posible falta de representatividad debido a la no participación de ciertos individuos en la investigación podría sesgar los resultados. Estas limitaciones destacan la necesidad de futuras investigaciones longitudinales que puedan abordar estos problemas y proporcionar una comprensión más detallada de las relaciones causales entre los factores de riesgo psicosocial, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con ECV.

Los hallazgos de este estudio son congruentes con la literatura existente,^(30,31,32,33,34,35,36,37,38,39) que ha subrayado la importancia de la ansiedad y la vulnerabilidad emocional en mujeres con ECV. La alta prevalencia de ansiedad y la expresión inadecuada de la ira fueron particularmente notables en los hombres, lo cual coincide con estudios previos que han identificado estas emociones como factores que afectan negativamente la adherencia al tratamiento. Además, las diferencias de género en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida mental han sido reportadas anteriormente, reafirmando la necesidad de enfoques personalizados en el manejo de pacientes con ECV.

Los resultados tienen importantes implicancias para el manejo clínico de pacientes con ECV. La asociación entre los factores de protección y una mejor calidad de vida, junto con la relación negativa entre los factores de vulnerabilidad y la adherencia al tratamiento, sugiere que las intervenciones deben enfocarse en fortalecer los factores protectores y mitigar los factores de vulnerabilidad. Específicamente, la aceptación y la percepción de autoeficacia son áreas críticas que pueden mejorar la adherencia al tratamiento, particularmente en hombres con altos niveles de ansiedad y en mujeres con una adherencia deficiente a la medicación.^(30,31,32)

Futuras investigaciones deben centrarse en explorar las disparidades de género en factores de protección y vulnerabilidad, y su influencia en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Estudios longitudinales son necesarios para establecer relaciones causales y evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia y la calidad de vida en pacientes con ECV. Además, es crucial considerar las características individuales y de género al diseñar estrategias de intervención, asegurando que las necesidades específicas de cada grupo sean adecuadamente abordadas para optimizar los resultados en la salud cardiovascular y el bienestar psicológico.

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento puede diferir entre hombres y mujeres. Se constató una correlación positiva entre los factores de protección (FP) y la calidad de vida, y negativa con los factores de vulnerabilidad (FV), en todos los grupos de pacientes, destacando especialmente en la calidad de vida mental. Además, la resiliencia en hombres se asoció con una mejor eficacia de vida física.

Este estudio aporta nuevas perspectivas sobre las disparidades en pacientes con ECV en términos de ansiedad, expresión de ira, disposición de vida y adherencia al tratamiento. Los hallazgos subrayan la importancia de enfoques personalizados y la consideración de factores de género al desarrollar estrategias de intervención para mejorar la adherencia y la calidad de vida en esta población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [Citado 13/07/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
2. Agarwal A, Jindal D, Ajay VS, Kondal D, Mandal S, Ghosh S, et al. Association between socioeconomic position and cardiovascular disease risk factors in rural north India: The Solan Surveillance Study. PLoS One [Internet]. 2019 [Citado 13/07/2024];14(7):e0217834. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0217834>
3. Sousa Junior AE, Macêdo GA, Schwade D, Sócrates J, Alves JW, Farias-Junior LF, et al. Physical Activity Counseling for Adults with Hypertension: A Randomized Controlled Pilot Trial. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [Citado 13/07/2024];17(17):6076. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176076>
4. Doval HC, Mariani J, Gómez GC, Vulcano L, Parlanti L, Gavranovic MA, et al. Cardiovascular and other risk factors among people who live in slums in Buenos Aires, Argentina. Public Health [Internet]. 2019 [Citado 13/07/2024];170:38-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2019.02.014>.
5. Mendoza MF, Kachur SM, Lavie CJ. Hypertension in Obesity: Novel Insights. Curr Hypertens Rev [Internet]. 2020 [Citado 13/07/2024];16(1):30-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2174/1573402115666190415154603>.
6. Liu J, Chang L, Wu S, Tsai P. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2015 [Citado 13/07/2024];52:1846-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.005>
7. Malik S, Afzal N. Predictors of quality of life and resilience among outpatients with heart diseases. J Pak Psychiatr Soc. 2015;12:31-3.
8. Ketterer MW, Mahr G, Cao JJ, Hudson M, Smith S, Knysz W. What's 'unstable' in unstable angina?. Psychosomatics [Internet]. 2004 [Citado 13/07/2024];45:185-96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.45.3.185>
9. Wang CH, Hsiao CK, Chen CL, Hsu LI, Chiou HY, Chen SY. A review of the epidemiologic literature on the role of environmental arsenic exposure and cardiovascular diseases. Toxicol Appl Pharmacol [Internet]. 2007 [Citado 13/07/2024];222(3):315-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.taap.2006.12.022>
10. Montero P, Rueda B, Bermúdez J. Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardíaca. Rev Psicopatología Psicol Clín [Internet]. 2012 [Citado 13/07/2024];17:93-106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11318>
11. Denollet J, Gidron Y, Vrints CJ, Conraads V. Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. Am J Cardiol [Internet]. 2010 [Citado 13/07/2024];105:1555-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2010.01.015>
12. Mostofsky E, Maclure M, Tofler G, Muller J, Mittleman M. Relation of outbursts of anger and risk of acute myocardial infarction. Am J Cardiol [Internet]. 2013 [Citado 13/07/2024];112:343-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.03.035>
13. Payán EC, Vinaccia S, Quiceno JM. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2011 [Citado 13/07/2024]; 14(2):79-89. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552011000200008&lng=en&tlng=es
14. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2): 76-82.
15. Álvarez EAC, Virú-Flores H, Alburquerque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Valencia JG, Matta GAG, et al. Validación del cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) en internos de medicina humana de una universidad de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2022; 22(3), 540-6.
16. Amexis F, Ferreira C, Klüver A, Laborde L, López C, Ruggiero S, et al. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes coordinados para cirugía electiva en el Hospital de Clínicas Manuel Quintela. Rev Chil Anest. 2021; 50(4): 582-7.
17. Ahmed PA, Dionisio ZP, Raúl LF, Yanet NS. Estrategias de Afrontamiento y Alteraciones Emocionales en Pacientes con Dolor Crónico de la Espalda. Cienfuegos 2020 (Cuba). Revista El Dolor. 2021; 74: 18-24.
18. López Pérez A, Chiong Muñoz A, Medina Artilés A, Álvarez Valdivia T, Martínez Rodríguez B, del Pino Jova L. Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con pie diabético con tratamiento de heberprot-P. Acta méd centro [Internet]. 2023 [Citado 13/07/2024]; 17(2):234-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272023000200234&lng=es

19. Martín Alfonso L, Bayarre Vea HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 [Citado 13/07/2024]; 34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence and long-term predictive validity of blood pressure control. *Med Care*. 1986;24:67-74.
21. Tung H, Hunter A, Wei J, Chang CY. Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. *Heart Lung* [Internet]. 2009 [Citado 13/07/2024];38:469-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.006>
22. Consedine N, Magai C, Chin S. Hostility and anxiety differentially predict cardiovascular disease in men and women. *Sex Roles* [Internet]. 2004 [Citado 13/07/2024];50:63-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1023/B:SERS.0000011073.44105.6f>
23. Vinnacia S, Arango C. Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Suma Psicol*. 2003;10:43-65.
24. Khan KM, Chakraborty R, Bundschuh J, Bhattacharya P, Parvez F. Health effects of arsenic exposure in Latin America: An overview of the past eight years of research. *Sci Total Environ* [Internet]. 2020 [Citado 13/07/2024];710:136071. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2019.136071>
25. Código Alimentario Argentino. Bebidas hídricas, aguas y aguas gasificadas [Internet]. Argentina: ANMAT; 2012 [Citado 13/07/2024]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/codigoa/CAPITULO_XII.pdf
26. Litter MI, Ingallinella AM, Olmos V, Savio M, Difeo G, Botto L, et al. Arsenic in Argentina: Occurrence, human health, legislation and determination. *Sci Total Environ* [Internet]. 2019 [Citado 13/07/2024];676:756-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2019.04.262>
27. Moser DK, Dracup K, Mckinley S, Yamasaki K, Kim CJ, Riegel B. An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. *Psychosom Med* [Internet]. 2003 [Citado 13/07/2024];65:511-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PSY.0000041543.74028.10>
28. James KA, Byers T, Hokanson JE, Meliker JR, Zerbe GO, Marshall JA. Association between lifetime exposure to inorganic arsenic in drinking water and coronary heart disease in Colorado residents. *Environ Health Perspect* [Internet]. 2015 [Citado 13/07/2024];123(2):128-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1307839>
29. Delucchi A, Marín M, Páez O, Bendersky M, Rodríguez P. En representación de los participantes designados por la Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología y Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Principales conclusiones del Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2019 [Citado 13/07/2024];36(2):96-109. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2019.01.001>
30. Rehm J, Klotsche J, Patra J. Comparative quantification of alcohol exposure as risk factor for global burden of disease. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2007 [Citado 13/07/2024];16(2):66-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.204>
31. D'Agostino RB, Wolf PA, Belanger AJ, Kannel WB. Stroke risk profile: adjustment for antihypertensive medication. The Framingham Study. *Stroke* [Internet]. 1994 [Citado 13/07/2024];25(1):40-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.25.1.40>
32. Dhara RK, Zheng Y, Rubenstone J, van Geen A. A rapid colorimetric method for measuring arsenic concentrations in groundwater. *Anal Chim Acta* [Internet]. 2004 [Citado 13/07/2024];526:203-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aca.2004.09.045>
33. Secretaría de Calidad en Salud y Secretaría de Alimentos, Bioeconomía y Desarrollo Regional. Resolución Conjunta 2/2021 [Internet]. Argentina: SCS; 2021 [Citado 13/07/2024]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/240117/20210127>
34. Saco C, Payne B, Augusto O, Vilanculo F, Nhacolo A, Vidler M, et al. Health and socio-demographic profile of women of reproductive age in rural communities of southern Mozambique. *PLoS One* [Internet]. 2018 [Citado 13/07/2024];13(2):e0184249. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0184249>
35. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Resultados definitivos, 2019 [Internet]. Argentina: Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación; 2019 [Citado 13/07/2024]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

36. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R, et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2012 [Citado 13/07/2024];54(6):566-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342010000700010>
37. Bautista LE, Vera-Cala LM, Villamil L, Silva SM, Peña IM, Luna LV. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. *Salud Pública Mex*. 2002;44(5):399-405.
38. Islam MR, Khan I, Attia J, Hassan SM, McEvoy M, D'Este C. Association between hypertension and chronic arsenic exposure in drinking water: a cross-sectional study in Bangladesh. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2012 [Citado 13/07/2024];9(12):4522-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph912>
39. Hossain K, Suzuki T, Hasibuzzaman MM, Islam MS, Rahman A, Paul S, et al. Chronic exposure to arsenic, LINE-1 hypomethylation, and blood pressure: a cross-sectional study in Bangladesh. *Environ Health* [Internet]. 2017 [Citado 13/07/2024];16(1):20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12940-017-0231-7>

Financiamiento:

No se obtuvo financiamiento externo para el desarrollo de esta investigación.

Conflicto de intereses

No se declaran conflicto de intereses.

Contribución de autoría

María Gabriela Balarezo García: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, recursos, escritura – revisión y edición.

Elsy Labrada González: Metodología, validación, escritura – borrador original, escritura – revisión y edición.

Ambas autoras participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.