Universidad Católica del Uruguay

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Sintomatología Psicopatológica y Rasgos de Personalidad: su vínculo con la Adherencia Terapéutica de Pacientes sometidos a Procedimientos de Revascularización Miorcárdica

Autora: Tania Palacio Pereyra

Directora: Dra. Soledad Cordero

Montevideo, 30 noviembre de 2018

Agradecimientos

El presente trabajo es el resultado de un largo camino recorrido el que hubiese sido imposible en solitario, por lo que son varias las personas a las que me gustaría agradecer.

A Angie y Belu, mis pichonas adoradas, quienes desde la panza vivieron todo este proceso y me hicieron redefinir lo “importante” en esta vida para mí.

A Claudio por el apoyo y “el aguante” durante este proyecto que resultó mucho más arduo de lo que vislumbrábamos en sus comienzos.

A mis padres y mi cuñada, importantísimas piezas de nuestro “puzzle familiar”, sin los que no hubiese sido posible encontrar el tiempo para dedicarle a la tesis.

A mis amigas “psi”, Leti, Deni y Estefa, contar con ustedes a lo largo de esta montaña rusa emocional tuvo siempre un efecto catártico fundamental.

A Mariela y María Eugenia también “sufrientes doctorandas” de esta primera generación, sin dudas el compartir nuestras peripecias nos ayudó a seguir remando.

A Gustavo quien con su claridad y orientación ofició de faro en el medio de la tormenta.

A Mara y Cindy quienes siempre con la mejor disposición buscaron brindarme guía y apoyo en este camino absolutamente nuevo para mí.

A María Luisa quien en más de una oportunidad me demostró que confiaba en mí cuando muchas veces no lograba hacerlo yo misma.

A los estudiantes que colaboraron con la recogida de los datos, Valentina, Ximena, Daniel y Nadia, su compañía en este camino sin duda lo hizo más ameno.

A las autoridades del FNR y los coodinadores de los programas que generosamente nos abrieron sus puertas.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), que con su Beca me permitió priorizar el trabajo de investigación e impulsó la finalización del doctorado.

Y por supuesto a los pacientes, por su generosidad al participar y ayudarnos a concretar el deseo de hacer esto “por y para” ellos.

¡Gracias totales!

Resumen

Objetivo: describir y analizar el vínculo entre sintomatología psicopatológica, rasgos de personalidad y adherencia terapéutica en pacientes que fueron sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica y forman parte de un programa de prevención secundaria cardiovascular.

Metodología: se utilizó un diseño transversal, exploratorio, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 203 pacientes pertenecientes a los programas de prevención secundaria cardiovascular en convenio con el Fondo Nacional de Recursos (FNR). Los pacientes llenaron una serie de cuestionarios y se obtuvieron otros datos del Sistema de Gestión Informatizado del FNR.

Resultados: los porcentajes de Buena Adhesión fueron de 97 % para el Tratamiento Farmacológico, 88,7 % para la Cesación de Tabaquismo, 42,9 % para el Ejercicio Físico y 51,2 % para la Alimentación Saludable. Las escalas clínicas del LSB-50 que presentaron puntajes altos fueron Alteraciones del Sueño, Psicorreactividad, Obsesión Compulsión, Ansiedad y Somatización. En cuanto a los rasgos de personalidad (NEO-FFI) los resultados muestran altas las escalas de Neuroticismo y Amabilidad, y bajas las de Extroversión, Apertura y Responsabilidad. El análisis a través del modelo de ecuaciones estructurales identificó una variable latente – Adherencia (constituida por adherencia al ejercicio físico y a la alimentación saludable) – sobre la que tienen un efecto directo otras dos variables latentes, la Sintomatología Psicopatológica y la Salud Física, quedando excluidos del modelo los rasgos de personalidad Amabilidad, Extroversión, Apertura y Responsabilidad por no presentar un efecto estadísticamente significativo.

Conclusión: es posible afirmar que la sintomatología psicopatológica y el rasgo de personalidad Neuroticismo afecta de forma inversa la adherencia al ejercicio físico y la alimentación saludable, mientras que los rasgos de personalidad Amabilidad, Extroversión, Apertura y Responsabilidad no se encuentran vinculados con ella.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, sintomatología psicopatológica, rasgos de personalidad, patología cardiovascular

Abstract

Objective: to describe and analyze the link between psychopathological symptomatology, personality traits and therapeutic adherence to treatment in patients who underwent myocardial revascularization procedures and integrate secondary prevention programs.

Methodology: a transversal, exploratory, descriptive and correlational design was employed. The sample was constituted by 203 patients who are part of the cardiovascular secondary prevention programs in agreement with the National Fund of Resources (FNR). The patients filled out a series of questionnaires and other data were obtained from the Computerized Management System of the FNR.

Results: the percentages of Good Adhesion were 97% for Pharmacological Treatment, 88.7% for Smoking Cessation, 42.9% for Physical Exercise and 51.2% for Healthy Eating. The clinical scales of LSB-50 that presented high scores were Sleep Alterations, Psychoreactivity, Obsession Compulsion, Anxiety and Somatization. Regarding personality traits (NEO-FFI) results show high Neuroticism and Amiability, and low Extroversion, Openness and Responsibility. The analysis through the model of structural equations identified a latent variable – Adherence (constituted by adherence to physical exercise and healthy eating)- over which two other latent variables have a direct effect, the Psychopathological Symptomatology and the Physical Health, being excluded from the personality traits model for not presenting a significant statistical effect.

Conclusion: in this sample of patients it is possible to affirm that psychopathological symptoms and the personality trait Neuroticism adversely affect adherence to physical exercise and healthy eating, while personality traits Amiability, Extroversion, Openness and Responsibility are not linked to it.

Key Words: adherence to treatment, psychopathological symptoms, personality traits, cardiovascular disease

Agradecimientos …..... I

Resumen ……..... II

Abstract III

Índice general IV

Índice de tablas …..... VIII

Índice de figuras X

Introducción …….……. 1

Primera Parte: Marco Teórico

Capítulo 1: Enfermedades Cardiovasculares: consideraciones generales ..……. 9

1.1 – Epidemiología …….…… 9

1.2 - Definición y clasificación ……....… 12

1.3 - Factores de Riesgo Cardiovascular ……..…. 17

1.4 – Revascularización Coronaria ……...……. 31

1.5 – Niveles de Prevención de la Enfermedad Cardiovascular …….……. 38

1.6 – Conclusiones …… 42

Capítulo 2: Adherencia Terapéutica ……..……...…. 46

2.1 – Delimitación conceptual del término "Adherencia Terapéutica" ……. 47

2.2 – Evaluación de la Adherencia Terapéutica …… 51

2.3 – Adherencia Terapéutica en la Enfermedad Cardiovascular:

una revisión sistemática …….……... 56

2.3.1 – Método …….……... 58

2.3.2 – Resultados ……...…….…… 59

2.3.3 – Discusión …….…….. 75

2.4 – Conclusiones ……..…… 79

Capítulo 3: Factores de Riesgo Psicosociales y Adherencia al Tratamiento en Prevención Secundaria Cardiovascular ……...…….……..…. 82

3.1 – Factores de Riesgo Psicosociales …….…….…….…….. 82

3.2 – Sintomatología Psicopatológica y Adherencia al Tratamiento ..…….. 87

3.2.1 – Depresión ……..……...…….……..... 90

3.2.2 – Ansiedad ……..…….…….. 100

3.3 – Personalidad y Salud ……..…….. 107

3.3.1 – Personalidad y Enfermedad Cardiovascular ……..…….. 111

3.3.1.1 – Patrón de Conducta Tipo A …….…….. 111

3.3.1.2 – Personalidad Tipo D …….. 113

3.3.1.3 – Modelo de los Cinco Grandes y Enfermedad Cardiovascular ……... 115

3.4 – Conclusiones …….……..…….. 118

<u>Segunda Parte: Estudio Empírico</u>

Capítulo 4: Planteamiento de la Investigación ……..…….. 122

4.1 – Justificación del Estudio ……..…….. 122

4.2 – Objetivos del Estudio ……..…….…….. 126

4.3 – Preguntas de Investigación ……..... 128

4.4 – Hipótesis de Trabajo ……..… 130

4.5 – Metodología ……..…. 132

4.5.1 – Diseño Metodológico ……. 132

4.5.2 – Marco Muestral ……. 134

4.5.3 – Variables e Instrumentos ……. 136

4.5.3.1 – Sistema de Gestión Informatizada del FNR ……. 137

4.5.3.2 – Cuestionarios Autoaplicados LSB-50 y NEO-FFI ……..... 142

4.5.3.2.1 – Listado de Síntomas Breves (LSB-50) ……..…..... 144

4.5.3.2.2 – Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) ……. 151

4.6 – Aspectos Éticos …….…… 156

4.7 – Procedimiento …… 157

4.8 – Análisis Estadísticos …….……. 158

Capítulo 5: Resultados 165

5.1 – Características psicométricas de los instrumentos en la muestra utilizada para la presente tesis doctoral (LSB-50 y NEO-FFI) ……. 165

5.1.1 – Estudios descriptivo de los reactivos del LSB-50 ……..... 167

5.1.2 – Estudio de la dimensionalidad del LSB-50 ……..…… 168

5.1.3 – Estimación de la fiabilidad e interrelación entre las escalas del LSB-50 …….…..….. 170

5.1.4 – Estudio descriptivo de los reactivos del NEO-FFI …… 172

5.1.5 – Estudio de la dimensionalidad del NEO-FFI …… 174

5.1.6 – Estimación de la fiabilidad del NEO-FFI …….…. 176

5.2 – Caracterización de la muestra ……..... 177

5.3 – Distintos Niveles de Adherencia …….. 180

5.4 – Sintomatología psicopatológica en la presente muestra ……...…… 182

5.5 – Rasgos de personalidad en la presente muestra …… 188

5.6 – Propuesta de asociación de variables a través de un Modelo de Ecuaciones Estructurales …….…..... 193

Capítulo 6: Discusión de los resultados 206

Tercera Parte: Conclusiones y reflexiones finales

Capítulo 7: Conclusiones ……..……. 233

7.1 – Resumen de los principales resultados..... 233

7.2 – Implicaciones para la práctica clínica 236

7.3 – Limitaciones 237

7.4 – Futuras líneas de investigación ……...… 239

Referencias ……...…….. 241

Anexos

1. Resolución Definitiva de Aprobación del Protocolo de Investigación por parte del Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay …… 274
2. Consentimiento informado para Integrar el Estudio
   Consentimiento Informado de Protección de Datos Personales …… 276
3. Ficha sociodemográfica ……. 279

Índice de Tablas

Tabla 1 – Factores de riesgo cardiovascular ……..…….. 19

Tabla 2 – Clasificación del índice de masa corporal sugerida por la OMS ……... 25

Tabla 3 – Factores que interactúan en la adherencia terapéutica ……..…….. 50

Tabla 4 – Valoración de la adherencia farmacológica a través

del método del cumplimiento autocomunicado ……...…….. 54

Tabla 5 – Estudios Cuantiativos sobre Adherencia Terapéutica en pacientes

con patología cardiovascular ……...…….….. 68

Tabla 6 – Estudios Cualitativos sobre Adherencia Terapéutica en pacientes

con patología cardiovascular ……...…….…….. 74

Tabla 7 – Mecanismos que vinculan los factores de riesgo psicosociales

con la enfermedad coronaria ……...……..…….. 85

Tabla 8 – Trastornos incluidos dentro del capítulo de trastornos depresivos

del DSM – 5 ……..……..…..….. 91

Tabla 9 – Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor ……...…….. 92

Tabla 10 – Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos ……..….. 101

Tabla 11 – Trastornos incluidos dentro del capítulo de trastornos de ansiedad

del DSM-5 ……..…….. 102

Tabla 12 – Los cinco grandes factores de rasgos y sus escala ilustrativas ……... 109

Tabla 13 – Variables e instrumentos ……. 136

Tabla 14 – Definición operacinal de la variable Adhesión al

Plan Alimentario Saludable …….. 140

Tabla 15 – Recodificación de la variable Adhesión al

Plan Alimentario Saludable …….. 141

Tabla 16 – Ítems que componen cada una de las Escalas Clínicas del LSB – 50 … 149

Tabla 17 – Criterios estadísticos utilizados para evaluar la

calidad de ajuste al modelo ……..…. 160

Tabla 18 – Estadísticos descriptivos, Asimetría y Curtosis

De los ítems del LSB – 50 ……..….. 167

Tabla 19 – Matriz de correlaciones …….….. 169

Tabla 20 – Alfa de Cronbach total para cada Escala Clínica y

para cada uno de los reactivos que las componen si se elimina el elemento …...…. 171

Tabla 21 – Correlación entre las distintas Escalas Clínicas ……. 172

Tabla 22 – Estadísticos descriptivos, Asimetría y Curtosis

de los ítems del NEO – FFI ……..…. 173

Tabla 23 – Cargas factoriales de los reactivos del NEO - FFI:

rotación oblicua varimax …….. 175

Tabla 24 – Alfa de Cronbach total para cada Factor y

para cada uno de los reactivos que los componen si se elimina el elemento ……. 177

Tabla 25 – Datos Sociodemográficos de la muestra estudiada ……. 178

Tabla 26 – Características de Salud de la muestra estudiada …… 179

Tabla 27 – Índice de Masa Corporal ……. 180

Tabla 28 – Frecuencias de los distintos tipos de Adherencias …….. 181

Tabla 29 – Datos descriptivos de las Escalas Clínicas del LSB – 50 ……... 182

Tabla 30 – Frecuencias de las Escalas Clínicas del LSB – 50 ……..… 183

Tabla 31 – Comparación de las Escalas Clínicas por género …… 184

Tabla 32 – Comparación de las Escalas Clínicas por

Procedimiento de Revascularización ……...…….. 185

Tabla 33 – Sintomatología Psicopatológica y Tipo de Adherencia ……..…...….. 186

Tabla 34 – Correlación no paramétrica (coef. de Spearman) entre las Escalas Clínicas del LSB – 50, la Adhesión al Plan de Alimentación Saludable y la Adhesión al Ejercicio Físico …….. 187

Tabla 35 – Datos descriptivos de las Dimensiones del NEO – FFI …….. 188

Tabla 36 – Frecuencias de las Dimensiones del NEO – FFI ……. 189

Tabla 37 – Comparación de las Dimensiones del NEO – FFI por género …… 190

Tabla 38 – Comparación de las Dimensiones del NEO – FFI por Procedimiento de Revascularización …….……. 191

Tabla 39 – Rasgos de Personalidad y Tipo de Adherencia …… 192

Tabla 40 – Correlación no paramétrica (coef. de Spearman) entre las SubEscalas de Rasgos de Personalidad del NEO – FFI, la Adhesión al Plan de Alimentación Saludable y la Adhesión al Ejercicio Físico ……..... 193

Tabla 41 – Valores del índice KMO para cada variable ……..…….. 195

Tabla 42 – Resultado del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales, magnitud de los autovalores y de la proporción de varianza explicado …… 196

Tabla 43 – Resultados del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales …….…… 198

Tabla 44 – Resultado del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales con rotación ortogonal Varimax ……...…. 199

Tabla 45 – Resultados del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales con solución rotada ortogonal ……..…….. 200

Tabla 46 – Correlación entre factores y las variables originales ……... 201

Tabla 47 - Índices de bondad de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales con 3 Factores ……..…….. 202

Tabla 48 – Descripción de los parámetros del modelo y su significación ……. 203

Índice de Figuras

Figura 1 – Las 10 principales causas de muerte en el mundo ……..…….. 10

Figura 2 – Aterosclerosis ……..……...……..…….. 14

Figura 3 – Interacción de los factores de riesgo …….. 21

Figura 4 – By pass ……...……..…….. 32

Figura 5 – Cateterismo Cardíaco ……..…….. 34

Figura 6 – Angioplastia ……..……...…….. 36

Figura 7 – Colocación de endoprótesis ……..…….. 37

Figura 8 – Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica …….…….. 49

Figura 9 – Resumen de la estrategia de búsqueda …….…….. 60

Figura 10 – Representación del Segundo Modelo de Ecuaciones Estructurales con sus coeficientes estandarizados ……... 204

Introducción

Para poder enmarcar la presente tesis doctoral es necesario que primero presente el camino que he recorrido a nivel profesional, ya que es desde ese lugar que surge el planteo de esta investigación.

Luego de mi formación como psicóloga me especialicé como psicoterapeuta cognitivo conductual y luego de varios años de dedicación a la práctica clínica es que me aproximo al campo de la psicología de la salud. Tradicionalmente, desde la psicología cognitivo conductual, se plantea que las conductas de los individuos se mantienen por sus consecuencias, por lo que es de esperar que luego de la aparición de una consecuencia adversa se modifiquen las conductas que están ocasionando tales resultados. También se plantea que muchos de los comportamientos que se pueden considerar perjudiciales para la salud se siguen emitiendo debido a que sus consecuencias pueden ocurrir diferidas en el tiempo (Kazdín, Mahoney & Craighead, 1984).

Sin embargo, a partir de mi experiencia como psicóloga en un programa de prevención secundaria cardiovascular de una institución montevideana vi como caían por tierra estas dos máximas del aprendizaje operante, ya que a pesar de formar parte de muchas de las conductas humanas, estos principios no alcanzaban para explicar un sin número de situaciones que veía a diario en la interacción con los pacientes del programa de prevención secundaria cardiovascular.

Aquellas personas que concurren a un programa de prevención secundaria, ya han sufrido una consecuencia perjudicial para su salud. No se trata sólo de la “amenaza” de un evento desfavorable sino que ya están viviendo esa consecuencia, y si bien están informados de los cuidados que deben seguir para evitar otro evento cardiovascular, o que se agrave la patología, muchos no logran adherir efectivamente al tratamiento indicado por el equipo de salud, por lo que decidí ahondar en la temática de la adherencia al tratamiento.

A principios del siglo pasado, la mayoría de las enfermedades graves eran de naturaleza infecto-contagiosa, por lo que la duración de las mismas era relativamente corta, ya que en cuestión de semanas las personas sanaban o morían. En el presente, gracias al avance de las técnicas y conocimientos biomédicos, se ha podido conocer mejor los mecanismos de las enfermedades infecto-contagiosas, de manera que, al menos en los países occidentales y desarrollados, éstas se han llegado a controlar y a dejar de ser un problema de salud pública (Antman, Selwyn, Braundwald & Loscalzo, 2008).

Los avances en la ciencia biomédica han logrado prolongar las expectativas de vida de la población general y las esperanzas de supervivencia de la población enferma en particular, por lo que se ha dado un incremento en el transcurso temporal de los trastornos de salud, siendo hoy en día la mayoría de las enfermedades de naturaleza crónica y no trasmisible (Mendis, Puska & Norrving, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los padecimientos crónicos requieren de tratamientos a largo plazo para su adecuada evolución y control, por lo que

la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan a que las personas cumplan con las prescripciones médicas es de gran importancia (OMS, 2004).

En Uruguay dentro de las enfermedades crónicas, según los últimos datos publicados en noviembre del año 2017 y que corresponden a los fallecimientos ocurridos durante el año 2015, se señala a la patología cardiovascular como la primera causa de muerte dentro del total de causas de defunción con un 28,1 % de las muertes totales, presentando mayor mortalidad que el cáncer, enfermedades respiratorias y accidentes (Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular [CHSCV], 2017). La patología cardiovascular constituye causa de mortalidad prematura y pérdida de calidad de vida, por lo prolongado de su evolución, determinando además un elevado costo social y en salud (Curto, Prats & Zelarayan, 2011).

Al comienzo de la década de los 90, el grupo de cardiopatía isquémica aparecía como la mayor causa de muerte cardiovascular, mientras que en los últimos 10 años analizados por la CHSCV se evidencia una tendencia descendente, siendo actualmente la segunda causa de mortalidad cardiovascular, habiéndose convertido las enfermedades cerebrovasculares en las afecciones que presentan mayor mortalidad. En el período del año 2012 las enfermedades cerebrovasculares fueron la causa de 2596 defunciones y las enfermedades isquémicas del corazón la de 2375 (CHSCV, 2017).

Una de las posibles razones de esta tendencia descendente, refiere a los importantes avances para el tratamiento de las complicaciones agudas de la cardiopatía isquémica, posibilitando un mayor índice de supervivencia en pacientes que han sufrido un primer infarto de miocardio (Curto et al., 2011).

Los estudios comparativos de las guías de EUROASPIRE ([*European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events]* Kotseva et al., 2009) han demostrado el beneficio que significa para los pacientes el acceder a la prevención y rehabilitación integral de la enfermedad cardiovascular, sin los cuales no se logra establecer un cambio en el estilo de vida subyacente del paciente.

Van der Wal, Jaarsma y van Veldhuisen (2005) en una revisión sistemática de la literatura científica sobre el cumplimiento terapéutico de los pacientes con insuficiencia cardíaca, refieren que el incumplimiento de las indicaciones farmacológicas y las recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida es un problema mayor con importantes consecuencias tales como el empeoramiento de los síntomas, que a veces conducen a la readmisión hospitalaria. Sin embargo, a pesar del reconocimiento de lo relevante de la problemática, la mayoría de las publicaciones se focalizan en la adherencia farmacológica y se abordan de forma escasa las indicaciones relacionadas con los cambios en el estilo de vida.

Surge así entonces el objetivo del presente trabajo de investigación: indagar sobre algunas de las variables psicológicas, más específicamente sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad, que podrían estar interviniendo en el proceso de adherir terapéuticamente en los pacientes sometidos a procedimientos de revascularización que forman parte de un programa de prevención secundaria.

La tesis se encuentra divida en tres apartados: Marco Teórico, Estudio Empírico y Conclusiones y Reflexiones Finales.

El Marco Teórico se estructuró en tres capítulos.

El primer capítulo referido a consideraciones generales de las enfermedades cardiovasculares en el que se realiza una aproximación general a la temática que permita, a quien se acerque al tema desde disciplinas distintas de la medicina, conocer ordenada y claramente los aspectos principales de esta patología y sus diferentes tratamientos.

El segundo capítulo en el que se define adherencia terapéutica y se presentan las particularidades de su evaluación (a partir de una revisión bibliográfica narrativa), así como los datos específicos de los que se dispone en la literatura científica sobre la adherencia terapéutica en la enfermedad cardiovascular (a partir de una revisión bibliográfica sistemática).

El tercer capítulo presenta la relación entre los factores de riesgo psicosociales y la adherencia terapéutica, profundizando más específicamente entre la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad.

El Estudio Empírico está constituido por tres capítulos también, el capítulo 4 referido al planteamiento de la investigación, el capítulo 5 donde se presentan los resultados y el capíutlo 6 donde se presenta la discusión de los mismos.

El tercer y último apartado está integrado por las Conclusiones y Reflexiones Finales.

Se considera importante aclarar que en la revisión de la literatura científica que se realizó para la presente tesis doctoral, se incluyen publicaciones referidas a diferentes tipos de la enfermedad cardiovascular, y no exclusivamente referidos a pacientes que fueron sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica, bien por la relevancia de dichos estudios o porque se han encontrado escasos estudios sobre la adherencia terapéutica en pacientes con revascularización miocárdica integrantes de programas de prevención secundaria específicamente.

Luego de todo este camino recorrido se puede afirmar que la presente tesis doctoral constituye el primer trabajo a nivel nacional sobre la temática con el que se buscó aportar conocimiento tendiente a incrementar la adherencia terapéutica de los pacientes.

Primera Parte: Marco Teórico

Capítulo 1

Enfermedades Cardiovasculares: consideraciones generales

Capítulo 1

Enfermedades Cardiovasculares: consideraciones generales

En el presente capítulo se busca dar una aproximación general a las enfermedades cardiovasculares, que permita a quien se acerque al tema desde disciplinas distintas de la medicina, y sin ahondar en detalles (que quedan para textos de las materias correspondientes), conocer ordenada y claramente los aspectos principales de esta patología y sus diferentes tratamientos.

En particular se profundizará específicamente en la cardiopatía isquémica, debido a que en la presente investigación se ha trabajado con pacientes sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica y que forman parte de un programa de prevención secundaria, procedimientos que tienen por objetivo mejorar el pronóstico o la sintomatología y calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica (Alonso et al., 2005).

1.1 – Epidemiología

De los 57 millones de muertes en el mundo que ocurrieron durante el 2008, 36 millones (63 %) se debieron a enfermedades crónicas no trasmisibles, y de ellas 17, 3 millones (30%) fueron enfermedades cardiovasculares, constituyendo la mayor causa de muerte en todo el mundo. Más de 3 millones de esos fallecimientos ocurrieron antes de los 60 años, los que para la OMS, podrían haberse evitado en gran medida, debido a que un importante porcentaje de las enfermedades cardiovasculares (al igual que otras enfermedades crónicas no trasmisibles) son prevenibles con la reducción de los

llamados factores de riesgo comportamentales (uso de tabaco, dieta no saludable, inactividad física y uso excesivo de alcohol). A su vez este porcentaje de muertes prematuras por enfermedad cardiovascular va de un 4 % en los países de mayores ingresos a un 42 % en los países de menores ingresos, dando lugar a crecientes desigualdades en la aparición y evolución de las enfermedades entre los países y las poblaciones (Mendis et al., 2011).

Como se aprecia en la Figura 1, las dos principales causas de muerte a nivel global son de origen cardiovascular – cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, siendo responsables de cerca del 30 % de las muertes en todo el mundo (World Health Organization [WHO], 2014).

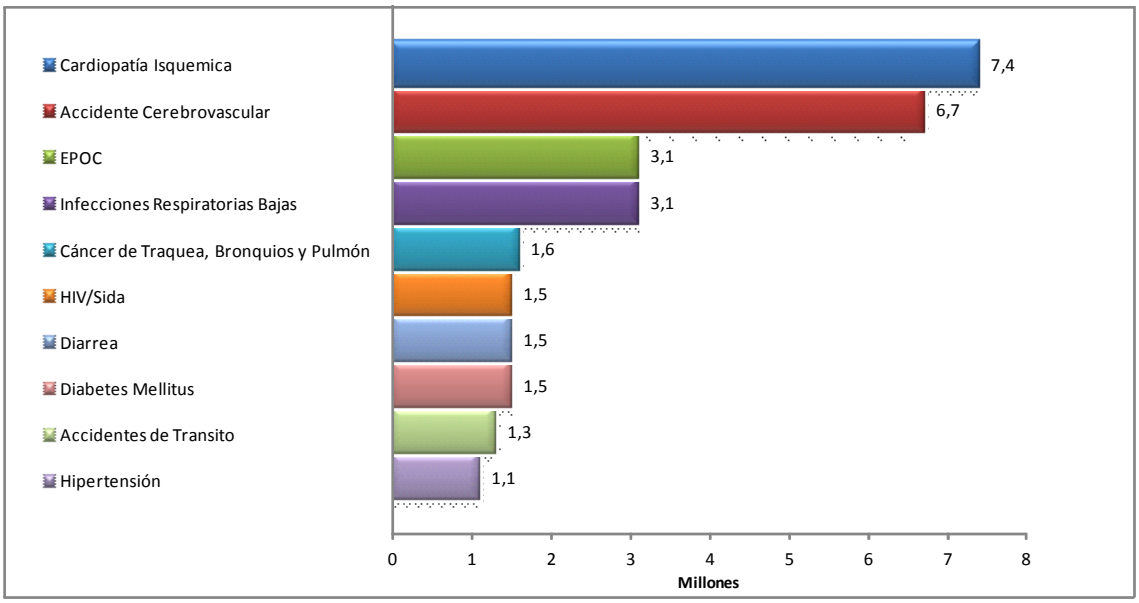

Figura. 1. Las 10 principales causas de muerte en el mundo – 2012. *Fuente:* WHO (2014)

De las diez principales causas de muerte en el mundo entero, la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes cerebrovasculares, las infecciones respiratorias bajas y la

enfermedad pulmonar obstructiva crónica se han mantenido como las enfermedades con mayor mortalidad durante la última década (WHO, 2014).

Ocho factores de riesgo – uso de alcohol, hipertensión, índice de masa corporal elevado, colesterol elevado, altos niveles de glucosa en sangre, bajo consumo de frutas y vegetales e inactividad física, representan el 61% de pérdida de años de vida saludable por las enfermedades cardiovasculares y el mismo porcentaje (61%) de sus muertes (WHO, 2009).

En Uruguay dentro de las enfermedades crónicas, según los últimos datos publicados que corresponden a los fallecimientos ocurridos durante el año 2015, se señala a la patología cardiovascular como la primera causa de muerte dentro del total de causas de defunción con un 28,1 % de las muertes totales, presentando mayor mortalidad que el cáncer, enfermedades respiratorias y accidentes. (CHSCV, 2017). La patología cardiovascular constituye causa de mortalidad prematura y pérdida de calidad de vida, por lo prolongado de su evolución, determinando además un elevado costo social y en salud (Curto et al., 2011).

Al comienzo de la década de los 90, el grupo de cardiopatía isquémica aparecía como la mayor causa de muerte cardiovascular, mientras que en los últimos 10 años analizados por la CHSCV se evidencia una tendencia descendente, siendo actualmente la segunda causa de mortalidad cardiovascular, habiéndose convertido las enfermedades cerebrovasculares en las afecciones que presentan mayor mortalidad. En el período del año 2015 las enfermedades cerebrovasculares fueron la causa de 2596 defunciones y las enfermedades isquémicas del corazón la de 2375 (CHSCV, 2017).

Una de las posibles razones de esta tendencia descendente, refiere a los importantes avances para el tratamiento de las complicaciones agudas de la cardiopatía isquémica, posibilitando un mayor índice de supervivencia en pacientes que han sufrido un primer infarto de miocardio (Curto et al., 2011).

1.2 - Definición y clasificación

El corazón y el aparato circulatorio componen el sistema cardiovascular, actuando el corazón como una bomba que impulsa la sangre hacia los órganos, tejidos y células del organismo (Texas Heart Institute, 2013). La función del aparato circulatorio es prever oxígeno, sustancias nutritivas, vitaminas, hormonas y calor a cada célula del organismo y eliminar productos de desechos metabólicos de las células (Cingolani & Houssay, 2000).

La Clasificación Internacional de Enfermedades que se encuentra actualmente en su décima revisión (OMS, 2008), en su capítulo IX especifica y codifica las enfermedades del sistema circulatorio, las que comprenden las siguientes afecciones o grupos de enfermedades:

- Fiebre reumática aguda
- Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
- Enfermedades hipertensivas
- Enfermedades isquémicas del corazón
- Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar
- Otras formas de enfermedad del corazón

- Enfermedades cerebrovasculares
- Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares
- Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte
- Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio

Como se puede apreciar en el listado anterior, las enfermedades cardiovasculares comprenden una amplia gama de enfermedades con múltiples etiologías y tratamientos (cuyo desarrollo supera ampliamente los objetivos de la presente tesis doctoral), por lo que, como se expresó previamente, en el presente capítulo se ha decidido profundizar específicamente en las enfermedades isquémicas del corazón (o más habitualmente denominada cardiopatía isquémica).

La cardiopatía isquémica es un trastorno en que parte del miocardio recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno, siendo su causa más frecuente el ataque ateroesclerótico de una arteria epicárdica coronaria (o arterias) que baste para disminuir en una región la circulación sanguínea al miocardio y ocasionar una perfusión insuficiente de esa capa por parte de la arteria coronaria afectada (Antman et al., 2008). Debido a las manifestaciones clínicas y las consecuencias anatomopatológicas de la isquemia coronaria se denominan indistintamente cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria; y de igual forma, como ya se ha mencionado, la reducción del flujo coronario es secundario, en la mayoría de los casos, a lesiones ateroscleróticas, lo que explica que los términos cardiopatía coronaria y aterosclerosis coronaria, aunque no son sinónimos, se empleen como tales (Farreras & Rozman, 1995).

El reconocido cardiólogo estadounidense Peter Libby plantea que durante el siglo XX se produjo una importante evolución en lo referente a la comprensión de la patogenia de la aterosclerosis, por lo que hoy en día se dispone de evidencia clara de sus causas y desarrollo (Libby, 2013).

La aterosclerosis, es la enfermedad subyacente básica que afecta el tamaño de la luz coronaria, está caracterizada por los cambios que se producen en el recubrimiento íntimo de las arterias. Comienza como un proceso de engrosamiento irregular producido por los depósitos grasos, los que avanzan hasta alcanzar una forma más severa que implica la combinación de grandes cantidades de lípidos con colágeno para producir fibroblastos que finalmente conducen a las placas ateroscleróticas fibrosas (Canobbio, 1993).

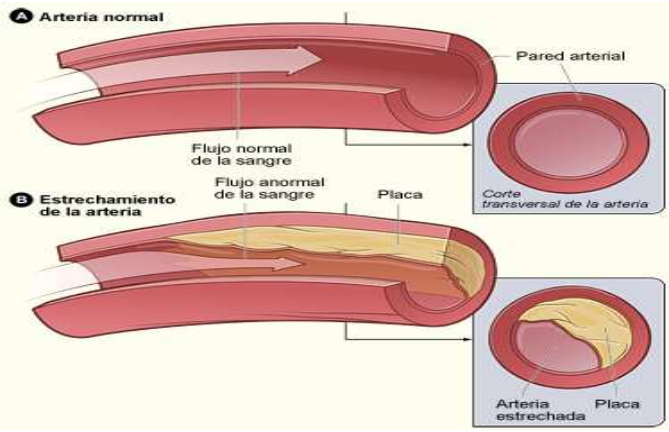

Figura. 2. Aterosclerosis. La figura A muestra una arteria normal con flujo normal de sangre. La figura B muestra una arteria con depósito de placa. *Fuente:* National Heart, Lung, and Blood Institute, 2014.

Como plantea el Prof. Dr. Jorge Torres en el Prologo del 1° Consenso Uruguayo de Aterosclerosis, “el problema no es tener placas de ateroma sino sus consecuencias

isquémicas secundarias a la estenosis o a la ruptura con secundaria trombosis cardiovascular que alteran el normal flujo sanguíneo" (Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis [SUA] & Sociedad Uruguaya de Cardiología [SUC], 2004, p. 7).

Cuando la magnitud de las placas supera la capacidad de la arteria para remodelarse hacia fuera, comienza el estrechamiento de las luces arteriales (estenosis) (Libby, 2013). Si la estenosis disminuye a la mitad el diámetro de una arteria epicárdica, se limitará la capacidad de aumentar el flujo para cubrir la mayor necesidad de oxígeno por el miocardio. Cuando el diámetro se reduce cerca del 80 %, la circulación en reposo llega a disminuir; si se reduce aún más el orificio estenosado puede disminuir el flujo coronario de una manera notable y originar isquemia miocárdica, siendo la localización de la obstrucción, la que influye en la cantidad de miocardio que sufre isquemia y determina así la gravedad de las manifestaciones clínicas (Antman et al., 2008).

Pocas enfermedades tienen un proceso que se extiende a lo largo de tantos años, en general varios decenios, como la ateroesclerosis, sin embargo sus síntomas se presentan varias décadas después, siendo típico su aparición de forma más tardía en las mujeres. Después de una larga evolución silenciosa y un prolongado período de inactividad clínica, la ateroesclerosis puede hacerse manifiesta, tanto en su expresión crónica, como puede ser en la angina de pecho estable asociada al esfuerzo o en la claudicación intermitente, previsible y reproducible; como de forma aguda mucho más grave como el infarto de miocardio, accidente vascular cerebral o muerte súbita de origen cardíaco, que pueden constituir la primera manifestación de la enfermedad (Libby, 2013).

Uno de los grandes avances en el conocimiento de la patogenia de las enfermedades cardiovasculares fueron los datos aportados por el *Framingham Heart Study*. En 1948

el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos inició el estudio con el objetivo de identificar los factores o características comunes que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares, siguiendo su desarrollo durante un largo período de tiempo en un gran grupo de participantes que aún no habían desarrollado síntomas evidentes de enfermedad cardiovascular o sufrido un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Se eligió la ciudad de Framingham, situada a 32 km al oeste de Boston porque en ella se había realizado con éxito un estudio de base poblacional sobre la tuberculosis en 1918, y por su proximidad a los principales centros médicos de Boston, la presencia de varias empresas grandes y el apoyo prestado por la comunidad médica y la sociedad civil que estaban bien informadas y se mostraban muy colaboradoras. La primera cohorte la formaron 5209 habitantes sanos de entre 30 y 60 años de edad, que se incorporaron al estudio en 1948 para la realización de exámenes bianuales que han continuado desde entonces. En 1971 se seleccionó a 5124 hijos e hijas (y sus cónyuges) de la cohorte inicial para la inclusión en el *Offspring Study* y finalmente en el 2002, con un total de 4095 participantes se incorporaron a la cohorte de tercera generación los nietos de la corte original (Framingham Heart Study, 2014; O´Donnell & Elosua, 2008).

Con los años, el monitoreo cuidadoso de la población de Framingham ha conducido a la identificación de los principales factores de riesgo de cardiovascular - presión arterial alta, colesterol alto, tabaquismo, la obesidad, la diabetes y la inactividad física -, así como una gran cantidad de información valiosa sobre los efectos de los factores relacionados, como los triglicéridos en la sangre y los niveles de colesterol HDL, la edad, el género y las cuestiones psicosociales. A pesar de que la cohorte de Framingham es principalmente de raza caucásica, la importancia de los principales factores de riesgo de cardiovascular identificados en este grupo se ha demostrado en otros estudios para

aplicar casi universalmente entre los grupos raciales y étnicos, aunque los patrones de distribución pueden variar de un grupo a otro (Framingham Heart Study, 2014; O´Donnell & Elosua, 2008).

En los años cincuenta se consideraba que los individuos que presentaban una enfermedad cardiovascular eran personas con "mala suerte". Al introducir el *Framingham Heart Study* la expresión "Factor de Riesgo", comenzó un cambio en el ejercicio de la medicina, ya que el concepto de factores de riesgo se ha convertido en una parte integral del plan de estudios de la medicina moderna y ha llevado al desarrollo de un tratamiento eficaz y estrategias preventivas en la práctica clínica ("Framingham Heart Study", 2014; O´Donnell & Elosua, 2008).

1.3 - Factores de Riesgo Cardiovascular

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte *Global Health Risks* del año 2009, plantea que existen muchas posibles definiciones de "riesgo para la salud", optando como definición para su documento la de "factor que aumenta la probabilidad de resultados adversos para la salud" (WHO, 2009, p. V).

Desde una perspectiva epidemiológica, un factor de riesgo es una característica o rasgo de un individuo o población, que se presenta en las primeras fases de su vida y se asocia a un aumento del riesgo de desarrollar una enfermedad en el futuro. El factor de riesgo puede ser una conducta adquirida (por ej., tabaquismo), un rasgo hereditario (por ej., hiperlipidemia) o un dato de laboratorio (por ej., colesterol), y para que un factor de

riesgo tenga utilidad clínica debe anteceder al desarrollo de la enfermedad clínica (Ridker & Libby, 2013).

Como se mencionó anteriormente, si bien las enfermedades cardiovasculares aparecen en la personas de mediana edad o ancianas, tanto en hombres como en mujeres, la aterosclerosis (que es el principal proceso patológico que conduce a la enfermedad cardiovascular) comienza temprano en la vida y progresa gradualmente, usualmente de una forma asintomática; progresión que se ve influencia por los distintos "factores de riesgo cardiovasculares" (WHO, 2007; Mendis et al., 2011).

Los distintos estudios epidemiológicos revelan que la suma de los factores de riesgo aumentan geométricamente la morbi-mortalidad y habitualmente en la población adulta se presenta más de un factor de riesgo asociado (SUA & SUC, 2004); así como también se ha demostrado que la modificación de los factores de riesgo reduce la mortalidad y la morbilidad en personas con enfermedad cardiovascular diagnosticada o no diagnosticada (WHO, 2007).

En la literatura especializada se encuentran distintas clasificaciones de los factores de riesgo -factores de riesgo convencionales y factores de riesgo potencialmente modificables, factores de riesgo tradicionales y factores de riesgo no tradicionales, factores de riesgo conductuales y factores de riesgo metabólicos – por lo que en la presente tesis doctoral se ha optado por la clasificación que presenta el 1° Consenso Uruguayo de Aterosclerosis de factores de riesgo no modificables y factores de riesgo modificables (SUA & SUC, 2004), con la inclusión en los factores de riesgo modificables, de los factores psicosociales que presenta la Guía Europea sobre

Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (Perk et al., 2012) (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Factores de Riesgo Cardiovascular

No Modificables	Potencialmente Modificables	
- Edad	- Tabaquismo	- Hipertensión
- Sexo	- Obesidad	- Dislipemias
- Antecedentes Familiares de Enfermedad Cardiovascular	- Sedentarismo	- Diabetes
	- Factores de Riesgo Psicosociales:	
	- Nivel socioeconómico bajo	
	- Estrés laboral y familiar	
	- Aislamiento socia	
	- Depresión	
	- Ansiedad	
	- Hostilidad	
	- Personalidad tipo D	

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a los factores de riesgos no modificables, el aumento de la edad y ser varón aumenta el riesgo cardiovascular, considerándose la edad como un buen marcador de la duración de la exposición a factores de riesgo cardiovasculares. Se incluye como riesgo la edad superior a 55 años en varones y la superior a 65 años en la mujer (O'Donnell & Elosua, 2008). Igualmente cabe destacar que la evidencia disponible hasta el momento refiere que las mujeres retrasan el riesgo pero no lo evitan, siendo la

enfermedad cardiovascular la mayor causa de muerte entre las mujeres en todos los países europeos (Perk et al., 2012).

Ciertamente la historia familiar es una combinación variable de factores genéticos y ambientales, por lo que conocer sus antecedentes resulta fundamental a la hora de evaluar el riesgo cardiovascular ya que la evidencia indica que existe una alta probabilidad de heredar factores de riesgo (Perk, et al., 2012). Se considera como factor de riesgo el antecedente de enfermedad cardiovascular en un familiar de primer grado en varones antes de los 55 años y en mujeres antes de los 65 años (Sociedad Española de Hipertensión & Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, 2005)

Como se mencionó anteriormente, muchos años atrás, cuando la enfermedad cardiovascular surgió como enfermedad crónica en los países ricos, se pensaba que era la consecuencia natural del envejecimiento. Hoy por hoy se considera que la enfermedad cardiovascular ha sido "creada por el hombre", ya que viene condicionada por las elecciones que realiza el ser humano (Gaziano, Rodker & Libby, 2013).

Los factores no modificables, como el sexo, interaccionan con las factores conductuales, como el tipo de alimentación que tiene la persona, si realiza o no actividad física, si fuma o no fuma, lo que puede ocasionar anomalías metabólicas como dislipemias, hipertensión, obesidad y diabetes que finalmente conducen a la enfermedad cardiovascular, lo que Gaziano et al. (2013) presentan muy gráficamente en su publicación (Ver Fig. 3).

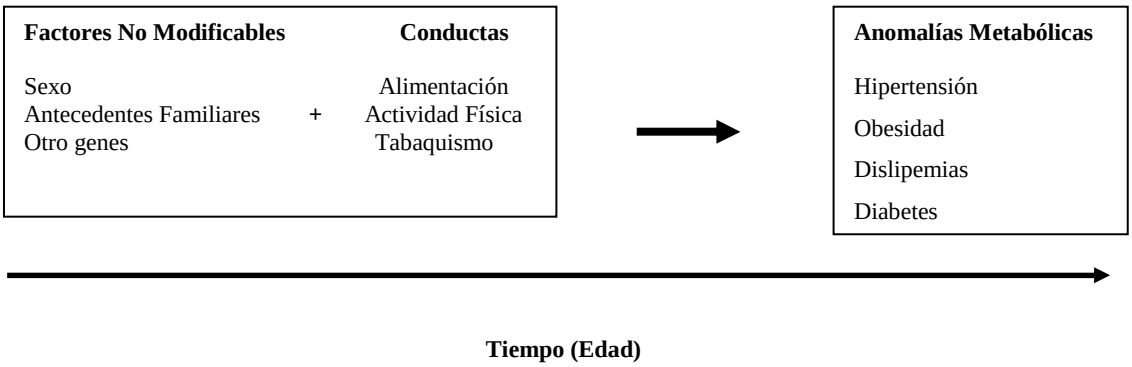

Figura. 3. Interacción de los Factores de Riesgo. *Fuente:* Adaptación de Gaziano et al. (2013)

Bajo el título de Factores Potencialmente Modificables se incluyen los factores de riesgo que se pueden eliminar por medio de cambios en el estilo de vida y farmacoterapia o ambas modalidades, por lo que se encuentra el Tabaquismo, la Hipertensión, la Obesidad, la Dislipemia, el Sedentarismo, la Diabetes y los Factores de Riesgo Psicosociales (nivel socioeconómico bajo, estrés laboral y familiar, aislamiento social, depresión, ansiedad, hostilidad y personalidad tipo D), los que se presentaran someramente a continuación.

Tabaquismo: el tabaco es el único producto de venta legal que mata a la mitad de sus consumidores regulares cuando se usa de la forma que lo recomienda su fabricante (Peruga, 2004). Además de la edad, el tabaco es el factor de riesgo aislado más importante para la cardiopatía isquémica, diversos estudios han demostrado los efectos del tabaco sobre el riesgo coronario: si se compara con los no fumadores, las personas que consumen 20 o más cigarrillos diarios muestran un aumento al doble o triple de la cardiopatía isquémica total (Ridker & Libby, 2013). El consumo de cigarrillos acelera la ateroesclerosis coronaria en personas de ambos sexos y de cualquier edad e incrementa el riesgo de trombosis, inestabilidad de las placas, infarto de miocardio y muerte. El tabaquismo mantenido es un factor de riesgo fundamental en el infarto de

miocardio repetido. Los estudios sobre abstinencia del tabaco revelan que ésta mejora de manera considerable el estado de los enfermos, ya que la frecuencia de complicaciones disminuye de modo significativo. Abandonar el tabaco aporta beneficios claros, mientras que limitarse a reducirlo solo parece conseguir un efecto marginal. El mensaje del equipo de salud tiene que ser claro, firme y fundamentado en programas dirigidos a fomentar y vigilar la abstinencia (Fauci et al., 2008; Gaziano & Gaziano, 2013).

En Uruguay el tema del tabaquismo ha cambiado significativamente, ya que en setiembre del 2004 el país firmo el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud[1], a partir del cual se implementaron una serie de medidas tendientes a reducir la demanda y la oferta de tabaco (Proyecto ITC, 2014; Echarte & González, 2015):

- 2005 - Aumento de los impuestos, prohibición de descriptores engañosos, prohibición de publicidad, promoción y patrocinio en deportes y eventos públicos.
- 2006 - Primer país de América Latina que prohibió fumar en lugares públicos y de trabajo cerrados.
- 2008 - Integración al Sistema Nacional de Salud de los tratamientos de la adicción al tabaco.
- 2009 - Inclusión de advertencias sanitarias gráficas que ocupan un 80 % de la parte frontal y posterior del paquete.

[1] El Convenio Marco para el Control del Tabaco es el primer trato de salud pública a nivel mundial bajo el auspicio de la OMS, firmado y ratificado por 180 países en junio del 2015. Disponible en: http://www.who.int/fctc/text_download/es/

- 2010 - Prohibición a nivel nacional de comercializar más de una variedad por marca, aumento de precios e impuestos al tabaco.
- 2014 – El Parlamento aprobó la ley 19.244 que prohíbe la publicidad, promoción, patrocinio y exhibición de productos de tabaco en los puntos de venta.
- 2018 – Se establece a través de un decreto de Presidencia de la República un diseño genérico para las cajillas de cigarros, se elimina toda referencia de marcas en el interior y exterior de los productos y se reglamenta el uso de un único color (el marrón), así como los textos, el tamaño de las letras y la ubicación.

Todas estas medidas llevaron a que la prevalencia de tabaquismo en población general que se encontraba en aproximadamente el 32 % en el año 2006 (Programa Nacional para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, 2009), pasara al 25 % según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos del 2009 (Pan American Health Organization, 2011) y al 21,6 % en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos del 2017 (Ministerio de Salud, 2018).

Específicamente en lo que se refiere a los beneficios de la cesación de tabaquismo en la patología cardiovascular, los datos son claros, los ex fumadores reducen su exceso de riesgos de complicaciones coronarias en un 50 % en el primer año o dos tras el abandono, y gran parte de esta ganancia se consigue en los primeros meses, llegando a tener el mismo riesgo que los no fumadores a los 3 – 5 años (Gaziano, Ridker & Libby, 2013).

Hipertensión: es definida según el Segundo Consenso Uruguayo sobre Hipertensión Arterial (HTA) del año 2000 como una enfermedad caracterizada por la elevación de la

presión arterial asociada a un aumento del riesgo de daño vascular sistémico, con manifestaciones ostensibles en corazón, cerebro y riñón en la etapa de enfermedad vascular hipertensiva establecida (como se citó en SUA & SUC, 2004). Suele asociarse a un riesgo cardiovascular silente y su prevalencia está aumentando de forma continua.

En nuestro país, aproximadamente un 33% de la población adulta mayor de 18 años padece de hipertensión y de cada 100 pacientes sólo un 75 % se encuentra en tratamiento, mientras que tan solo el 10 % presenta cifras de presión arterial controlada (SUA & SUC, 2004). La dieta y el cambio del estilo de vida siguen siendo clave para la prevención de la hipertensión y se siguen recogiendo evidencias de que la adopción de medidas dietéticas de bajo riesgo junto con la reducción del peso reduce en gran medida la carga presentada por la hipertensión arterial (Fauci et al., 2008; Gaziano & Gaziano, 2013; Ridker & Libby, 2013).

Obesidad: evolutivamente el ser humano cuenta con un mecanismo biológico que le permite conservar y acumular la grasa como defensa frente a la escasez de alimentos, lo que le ha permitido sobrevivir como especie a momentos de gran adversidad. Desafortunadamente este mecanismo, que evidentemente tuvo históricamente un rol adaptativo, hoy se torna claramente desfavorable, debido a las grandes porciones, los alimentos procesados y las bebidas azucaradas que mucha gente consume de manera regular, así como también a una disminución en el consumo de vegetales (Fauci et al., 2008; Gaziano & Gaziano, 2013).

La obesidad está aumentando en todo el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo, y está fuertemente relacionada con otros factores de riesgo como la

hipertensión, la diabetes tipo 2 y la dislipemia, por tanto el control del peso debe tener un papel fundamental en todas las prácticas preventivas en cardiología (Gaziano & Gaziano, 2013). El riesgo de enfermedad coronaria, isquemia y diabetes tipo 2 aumenta según vaya aumentando el Índice de Masa Corporal (WHO, 2011). El Índice de Masa Corporal (IMC = peso/talla^2) es un método práctico y aceptable para estimar el contenido total de grasa corporal en la mayoría de los individuos, según lo evidencian estudios epidemiológicos y observacionales (SUA & SUC, 2004).

Tabla 2

Clasificación del Indice de Masa Corporal sugerida por la OMS

	IMC	Riesgo de comorbilidades
Bajo peso	< 18.5	Bajo (riesgo de otros problemas clínicos)
Normopeso	18.5 – 24.9	Promedio
Sobrepeso (Preobeso)	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad clase I	30 – 34.9	Moderado aumento
Obesidad clase II	35 – 39.9	Aumento severo
Obesidad clase III	> 40	Aumento muy severo

Dislipemia: el perfil lipídico incluye: colesterol LDL (*low density lipoprotein*), colesterol HDL (*high denstiy lipoprotein*), el colesterol total y los triglicéridos. En el plasma sanguíneo, los lípidos como el colesterol y los triglicéridos están unidos a varios tipos de proteínas para formar las lipoproteínas. Las HDL no causan aterosclerosis, sino al contrario, tienen propiedades antiaterogénicas. Sin embargo, las LDL, particularmente las LDL pequeñas y densas, son aterogénicas, por lo que las concentraciones elevadas de colesterol total y LDL están entre los más importantes factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. También la hipertrigliceridemia y

el HDL bajo son factores independientes de riesgo de enfermedad cardiovascular (Perk et al., 2012; WHO, 2011). El control de los lípidos puede lograrse mediante una combinación de dieta con poco contenido de ácidos grasos saturados, ejercicio y pérdida de peso, siendo a menudo necesario administrar fármacos (Fauci et al., 2008; Gaziano & Gaziano, 2013; Perk et al., 2012).

Es importante recordar que "junto con el tabaquismo y la actividad física, las costumbres dietéticas se encuentran en la base del origen, prevención y tratamiento de la mayor parte de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, incluidos la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular y la diabetes mellitus de tipo 2, además de la muerte súbita de origen cardíaco, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca y el deterioro cognitivo" (Mozaffarian, 2013, p. 1005).

Sedentarismo: el cambio desde un trabajo agrícola de gran demanda física a un trabajo muy sedentario en industrias u oficinas, se está produciendo en todo el mundo en desarrollo. Se acompaña, además, de un cambio desde el transporte con demanda física al transporte mecanizado. La mayor parte de los estudios epidemiológicos han demostrado una potente asociación gradual entre los niveles de actividad física y una reducción de la morbilidad cardiovascular y la mortalidad por todas las causas (Ridker & Libby, 2013).

El ejercicio regular influye sobre una serie de factores de riesgo de la ateroesclerosis. El ejercicio aeróbico se asocia a una reducción media de la presión arterial sistólica de 5mmHg en hipertensos, un nivel comparable al obtenido con muchas intervenciones farmacológicas. Aunque tradicionalmente se ha considerado que los efectos sobre las

concentraciones de colesterol total y colesterol LDL son modestos, el ejercicio mejora de forma constante las concentraciones de colesterol HDL y reduce las de triglicéridos. El ejercicio mejora la sensibilidad a la insulina y el control de la glucemia, con beneficios importantes para los diabéticos. Las directrices actuales aconsejan realizar ejercicio moderado durante al menos 30 min, 5 o más días por semana o ejercicio fuerte durante 20 min, 3 veces por semana. (Gaziano & Gaziano, 2013, Perk et al., 2012; SUA & SUC, 2004; WHO, 2011)

Diabetes: el término Diabetes Mellitus describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambos. La hiperglucemia crónica está asociada a lesiones tardías, disfunción y falla de diversos órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (SUA & SUC, 2004). La cardiopatía isquémica es una causa fundamental de muerte en los hombres y mujeres diabéticos, aumentando el riesgo de cardiopatía isquémica al hacerlo la obesidad (Perk et al., 2012). Existen indicios sólidos de que las personas con diabetes deben ser consideradas de alto riesgo de enfermedad cardiovascular, con independencia de la presencia o ausencia de otros factores de riesgo (Fauci et al., 2008; Gaziano & Gaziano, 2013).

Factores de Riesgo Psicosociales: como se mencionó anteriormente la Guía Europea sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica incluye los llamados “factores de riesgo psicosociales”, ya que “estos factores actúan como obstáculos a la adherencia al tratamiento y la mejora del estilo de vida, así como al fomento de la salud y el bienestar en pacientes y poblaciones” (Perk et al., 2012, p.e17).

Se mencionan como factores de riesgo psicosociales:

- Nivel Socioeconómico Bajo: estudios prospectivos han demostrado que varones y mujeres con un estatus socioeconómico bajo, definido como un nivel educativo bajo, ingresos bajos, un trabajo de poca categoría o vivir en una zona pobre, tienen mayor riesgo de mortalidad cardiovascular y por todas las causas (Woodward, Brindle & Tunstall-Pedoe, 2007; Stringhini et al., 2012; Tonne, Schwartz, Mittleman, Melly, Suh & Golberg, 2005; Rahimi et al., 2007 como se citó en Perk, 2012).

- Estrés Laboral y Familiar: la estimulación adrenérgica del estrés mental puede incrementar las necesidades de oxígeno en el miocardio y agravar la isquemia del mismo. El estrés mental puede provocar una vasoconstricción coronaria, sobre todo en las arterias con arterioesclerosis coronaria, lo que puede condicionar también el aporte de oxígeno al miocardio. Los estudios han vinculado también el estrés mental con la disfunción plaquetaria y endotelial, el síndrome metabólico y la inducción de arritmias ventriculares. En lo referente al estrés laboral se menciona la presencia de dos componentes: la tensión laboral (que combina una exigencia elevada en el trabajo y un escaso control del mismo) y el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, los que se asocian aproximadamente a un riesgo doble de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (Perk et al., 2012; Ridker & Libby, 2013)

- Aislamiento Social: en diversos estudios se ha confirmado que las personas aisladas o desconectadas de otras personas tienen un riesgo aumentado de muerte prematura por enfermedad cardiovascular. De la misma forma, la falta de apoyo social lleva a menor supervivencia y peor pronóstico en las personas con manifestaciones clínicas

de enfermedad cardiovascular (Mookadam & Arthur, 2004; Lett et al., 2005 como se citó en Perk, 2012).

- Depresión: la depresión clínica predice la cardiopatía isquémica y los enfermos con depresión muestran un riesgo significativamente aumentado de sufrir una cardiopatía isquémica durante el seguimiento. Aunque la depresión se asocia también a un aumento de la prevalencia de la hipertensión, tabaquismo y falta de actividad física, los efectos de la depresión sobre el riesgo global persisten aunque se ajusten en función de estos y otros factores de riesgo tradicionales. Uno cada cinco pacientes ambulatorios con una cardiopatía isquémica tienen depresión, igual que uno de cada tres con insuficiencia cardíaca, aunque es frecuente que este aspecto de la asistencia del paciente no sea tenido en consideración en la práctica cardiovascular (Perk et al., 2012; Ridker & Libby, 2013)

- Ansiedad: los distintos estudios indican efectos contradictorios de la ansiedad en diferentes subgrupos de pacientes cardíacos, no obstante dos metaanálisis han confirmado que la ansiedad es un factor independiente de riesgo de enfermedad cardiovascular incidente (Meyer, Buss &Herrmann-Lingen, 2010 como se citó en Perk et al., 2012) y de eventos adversos tras el infarto de miocardio (Roest, Martens, Denollet & De Jonge, 2010).

- Hostilidad: es un rasgo de la personalidad que se caracteriza por la sensación continua de desconfianza, enojo y rabia, además de una tendencia a mantener relaciones agresivas e inadaptadas. Se dispone de estudios que confirman que la rabia y la hostilidad se asocian a un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares tanto

en la población sana como en los pacientes cardíacos. Una importancia especial tienen la incapacidad para expresar la rabia, ya que los pacientes con enfermedad cardiovascular que reprimen su rabia tienen un riesgo aumentado de eventos cardíacos adversos (Perk et al., 2012).

- Personalidad Tipo D: las personas con personalidad tipo D tienen la tendencia permanente a experimentar un amplio espectro de emociones negativas (estado afectivo negativo) e inhibirse en la relación con los demás (inhibición social), lo que implica un mal pronóstico en pacientes con enfermedad cardiovascular, incluso tras el ajuste por síntomas depresivos, estrés y rabia (Denollet, Schiffer & Spek, 2010; Perk et al., 2012).

En los factores relacionados a los elementos psicopatológicos y de personalidad se profundizará en el capítulo 3, con el fin de presentar el rol de los mismos en la adherencia al tratamiento.

A la hora de pensar entonces en los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, no se debe olvidar que como se mencionó anteriormente “la enfermedad cardiovascular aterosclerótica es un trastorno crónico que se desarrolla de manera insidiosa a lo largo de la vida y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas” (Perk et al., 2012, p. e4).

La cardiopatía isquémica (una de las manifestaciones de la enfermedad aterosclerótica), se debe por lo general a la convergencia de varios factores, la mayoría de las personas con enfermedad cardiovascular tienen pequeños cambios concurrentes en múltiples

factores de riesgo en lugar de una desviación extrema en un único factor (Gaziano et al., 2013), siendo la prevención de la enfermedad cardiovascular un reto importante para la población general, los responsables políticos y los profesionales de la salud.

1.4 – Revascularización Coronaria

El mejor tratamiento de la enfermedad cardiovascular requiere generalmente un enfoque desde distintos ángulos: las intervenciones médicas y quirúrgicas (que pueden mejorar o incluso corregir muchos problemas), el tratamiento farmacológico (dirigido al mantenimiento de la función fisiológica normal o a la reducción de los síntomas) y conseguir la colaboración del paciente para que adopte conductas de salud específicas que ayuden a la terapia y disminuyan los riesgos de complicaciones (Canobbio, 1993).

La indicación de una intervención terapéutica, farmacológica o mecánica, en cualquier patología debe tener como objetivo mejorar el pronóstico, en términos de mortalidad, la sintomatología o la calidad de vida. La revascularización coronaria, bien con cirugía o intervencionismo percutáneo, se debe aplicar, por tanto sólo en los pacientes en los que, en función de la evidencia disponible, se espere conseguir alguno de los tres beneficios comentados (Alonso et al., 2005, p. 199).

El primer intento de mejorar mecánicamente la perfusión de un territorio miocárdico isquémico lo realizaron en 1951 Vineberg y Millar y consisitió en la implantación directa de la arteria mamaria interna en el miocardio. “La cirugía coronaria, tal y como hoy la concebimos (*bypass* a una arteria coronaria), la iniciaron Kolesov y Potashov, que realizaron el primer *bypass* mamario coronario en 1964, y Favaloro, que efectuó el

primer *bypass* aortocoronario con safena invertida en 1967” (Alonso et al., 2005, p. 199).

En la cirugía de revascularización coronaria (en inglés, *Coronary Artery Bypass Grafting, CABG*) se realiza la anastomosis (conexión quirúrgica entre dos estructuras) de una o ambas arterias mamarias internas o de la arteria radial con la arteria coronaria distal a la lesión obstructiva. En las obstrucciones adicionales en las que no se puede derivar una arteria, se utiliza un fragmento de vena (por lo general de la safena) para formar un puente entre la aorta y la coronaria distal a la lesión obstructiva como se observa en la Figura 4 (Antman et al., 2008).

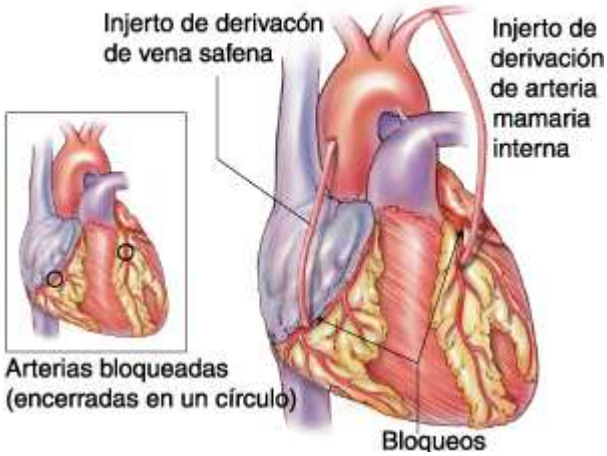

Figura. 4. By pass *Fuente:* A.D.A.M. (2014).

La Federación Española del Corazón (2012) en su sección de información para pacientes, refiere que la cirugía puede realizarse de dos formas:

- con bomba: si se utiliza una bomba de circulación extracorpórea, la bomba realiza el bombeo de sangre en lugar del corazón y esto se denomina cirugía convencional 'con bomba'.

- sin bomba: si no se utiliza una máquina de circulación extracorpórea, se denomina cirugía a corazón latiente o 'sin bomba'.

Se lleva a cabo bajo anestesia general y tiene una duración variable, habitualmente entre 3 y 6 horas. Después de la cirugía, los pacientes se recuperan en la unidad de cuidados intensivos donde permanecen hasta que su condición sea estable como para ser trasladados a sala convencional, permaneciendo internados entre 5 y 7 días si no se presentan complicaciones en su evolución. El paciente tardará de 4 a 6 semanas en sentirse más fuerte y reanudar sus actividades normales (Fondo Nacional de Recursos [FNR], 2013a).

En 1977, Andreas Grüntzig et al., realizaron la primer angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) y desde entonces esta forma de terapia con catéter se ha expandido enormemente, constituyéndose en una alternativa a la derivación quirúrgica para ofrecer la revascularización coronaria a los enfermos (Alonso et al., 2005; Bairn, 2008).

En 1990 las innovaciones en los equipos permitieron obtener mejores resultados y se ampliaron las indicaciones para su uso. Se introdujeron nuevos mecanismos, como la aterectomía (eliminación de la placa), las endoprótesis (desplazamiento de la placa) y las endoprótesis con liberación de fármacos, que mejorar los buenos resultados inmediatos, la inocuidad y la duración a largo plazo de los resultados de la intervención coronaria percutánea (*percutaneous coronary intervention, PCI)* (Bairn, 2008; Antman et al., 2008).

Lo primero que hay que recordar es que todas estas intervenciones con catéter, se derivan del cateterismo diagnóstico del corazón, en el cual se introducen catéteres en una arteria del brazo o en la zona inguinal mediante punción con agujas, se acercan al corazón bajo orientación fluoroscópica y se utilizan para hacer mediciones de presión e inyectar medios de contrate radiopacos, siendo la esencia del cateterismo moderno la coronariografía de gran calidad (Bairn, 2008; FNR, 2013b).

La coronariografía es una técnica que completa al cateterismo cardiaco y se realiza en el mismo procedimiento que este. Tras la inyección del contraste en el sistema circulatorio, se consiguen ver, mediante rayos X, las arterias coronarias. Igual que en el cateterismo, todas las imágenes se graban para su posterior estudio. Con esta técnica el especialista pone de manifiesto si existen obstrucciones o estrecheces en las arterias coronarias, su localización exacta, el número de arterias afectadas o la severidad de las lesiones (Fundación Española del Corazón, 2015).

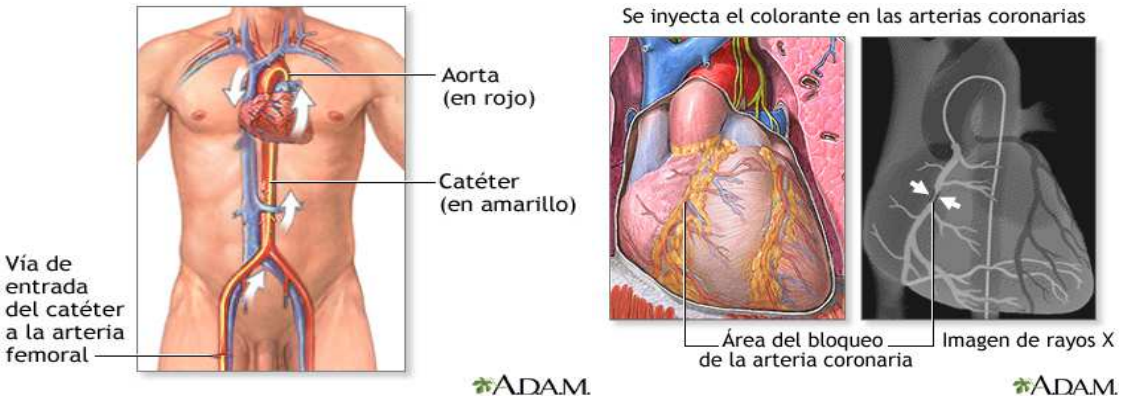

Figura. 5. Cateterismo Cardíaco. *Fuente:* A.D.A.M. (2014).

Los resultados que se obtienen durante este procedimiento de tipo diagnóstico, determinan la magnitud y la gravedad de las enfermedades cardíacas y de esta manera permiten establecer el plan más apropiado para el tratamiento médico, quirúrgico o por medio de catéteres (Bairn, 2008; FNR, 2013b).

Sin embargo se debe recordar que el cateterismo diagnóstico no sólo identifica las lesiones coronarias causales, sino que en casi 40 % de los procedimientos puede convertirse sin obstáculos en un procedimiento percutáneo que permite la corrección definitiva. Como alternativa, el cateterismo diagnóstico únicamente muestra lesiones menos críticas que pueden resolverse por medio de tratamiento médico o lesiones graves que no son aptas para una intervención coronaria percutánea y deben ser resueltas por cirugía (Bairn, 2008).

Dentro del intervencionismo coronario percutáneo se presentan distintas técnicas:

- Angioplastia coronaria transluminal percutánea: consiste en introducir a través de un catéter otro catéter que tiene un balón en su extremo el cual se insufla en la zona de la arteria que está obstruida hasta romper la placa de ateroma y permitir nuevamente el pasaje de la sangre, para luego desinflar el balón y retirarlo (Fig. 6). Aunque sus resultados inmediatos son excelentes, su efecto puede no mantenerse a largo plazo en todos los pacientes y, en algunos, vuelve a producirse una reestenosis superior al 50 % en el lugar de la angioplastia (Farreras & Rozman, 1995).

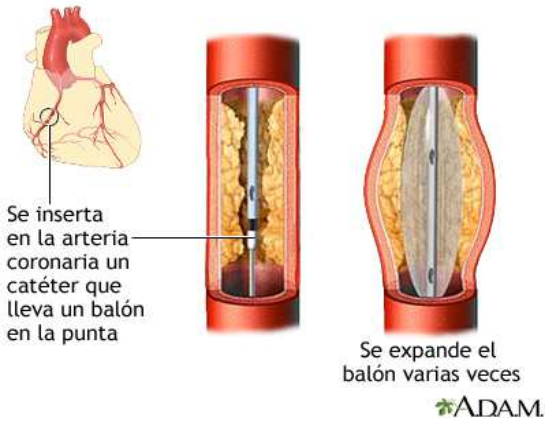

Figura. 6. Angioplastia. *Fuente:* A.D.A.M. (2014).

- Endoprótesis: con el objetivo de reducir o tratar las complicaciones de la angioplastia coronaria, disminuir la incidencia de reestenosis y ampliar el espectro de lesiones abordables por vía percutánea, en 1994 en Estados Unidos, la *Food and Drug Administration* aprobó los dos primeros diseños de endoprótesis con globo expansible (Farreras & Rozman, 1995; Bairn, 2008). Las endoprótesis son dispositivos metálicos que sirven de andamiaje y se insertan en el segmento enfermo de un vaso en su forma contraída para después recuperar su diámetro original al inflar un globo (Bairn, 2008). Generalmente se conoce a las endoprótesis con el nombre de *Stent*, existiendo dispositivos de varios calibres y dimensiones para permitir tratar diferentes situaciones clínicas (Fig. 7).

- Endoprótesis con fármacos: a partir del año 2004 surgen los primeros *Stents* liberadores de fármacos, los mismos al liberar en el lugar de aplicación cierto tipo de medicamentos, disminuyen la posibilidad de que surja una nueva estenosis a un cifra cercana al cero dentro de la endoprótesis y 3 a 7 % en sus bordes (Bairn, 2008).

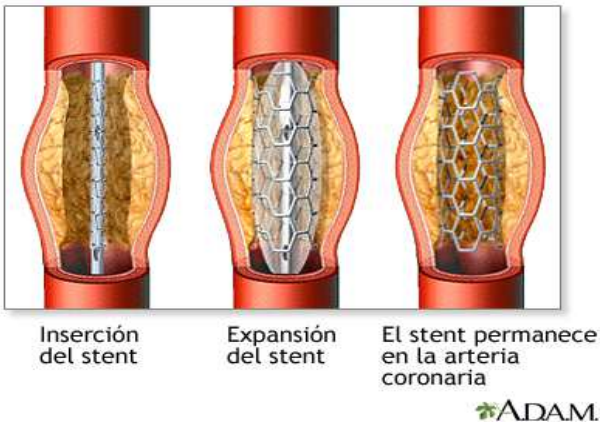

Figura 7. Colocación de Endoprótesis (Stent). *Fuente*: A.D.A.M. (2014).

Debido a que la intervención coronaria percutánea se realiza con anestesia local, su duración es entre 30 min y 2 horas, y a que su hospitalización es breve (un día), el empleo en los enfermos idóneos reduce en gran medida el tiempo de recuperación y los gastos en comparación con la derivación coronaria quirúrgica (Bairn, 2008).

Si bien la revascularización coronaria es una intervención terapéutica plenamente consolidada y su uso está extendido tanto en hombres como en mujeres, cabe destacar que en general, la revascularización coronaria (tanto quirúrgica como percutánea) se aplica menos a las mujeres y en fases más avanzadas y graves de la enfermedad (Antman et al., 2008).

No se debe olvidar que la revascularización coronaria es una intervención terapéutica plenamente consolidada desde hace décadas, pero en continuo desarrollo y expansión; y que estas maniobras se realizan además del tratamiento médico y la modificación de los factores de riesgo, mas nunca los sustituyen (Antman et al., 2008).

1.5 – Niveles de Prevención de la Enfermedad Cardiovascular

"La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998, p. 13), existiendo tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria (Redondo Escalante, 2004).

En Prevención Primaria, se trata de medidas orientadas a evitar la aparición de la enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo, su objetivo es disminuir la incidencia de las enfermedades (OMS, 1998; Redondo Escalante, 2004; Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

En Prevención Secundaria, se trata de medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición, su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998; Redondo Escalante, 2004; Vignolo et al., 2011).

En Prevención Terciaria, se trata de medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud (OMS, 1998; Redondo Escalante, 2004; Vignolo et al., 2011).

Específicamente en la enfermedad cardiovascular cuando se define a la prevención cardiovascular, se está mencionando una serie de acciones coordinadas, poblacionales e

individuales, dirigidas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de las enfermedades cardiovasculares y la discapacidad asociada a ellas (Pearson, 2007; Perk et al., 2012).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud plantea que “intervenciones oportunas y sostenidas, orientadas a modificar el estilo de vida, y cuando sea necesario el uso de un tratamiento farmacológico podría reducir el riesgo de padecer un evento cardiovascular y por lo tanto reducir las enfermedades, muertes e incapacidad prematura” (WHO, 2007, p. 6).

En prevención secundaria cardiovascular, las distintas guías clínicas de trabajo (Graham et al., 2007; Grupo de Trabajo de Revascularización Miocárdica de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Asociación Europea de Cirugía Cardiotorácica, 2011; Pyorala, De Backer, Graham, Poole-Wilson y Wood, 1994; Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis & Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2004; Sociedad Uruguaya de Cardiología, 2004; Sociedad Uruguaya de Cardiología y Departamento Clínico de Medicina Hospital de Clínicas, 2005) destacan, además de la necesidad de inclusión de tratamiento farmacológico, la necesidad de la adoptar un estilo de vida saludable que incluya la cesación del tabaquismo, una alimentación saludable y la realización de actividad física; lo que sin dudas implica un gran desafío no sólo para los pacientes sino también para el equipo de salud que acompaña a los pacientes en este proceso.

La evidencia disponible muestra que los programas de prevención secundaria cardiovascular disminuyen la mortalidad, la recurrencia de eventos coronario y mejoran la calidad de vida (American Heart Association & American College of Cardiology

Foundation, 2011; Campbell, Thain, Deans, Ritchie & Rawles, 1998; Clark, Hartling, Vandermeer & McAlister, 2005; Giannuzzi et al., 2008; Newby et al., 2006).

En nuestro país existe un sistema de financiamiento a través del Fondo Nacional de Recursos que permite el acceso de toda la población -3.3 millones de habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2013)- a los procedimientos de revascularización coronaria por angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía de revascularización miocárdica. A partir del año 2004, se pone en funcionamiento dentro del FNR el Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular (PPSC) con el objetivo de mejorar la asistencia a largo plazo de los pacientes coronarios y optimizar la inversión de recursos (Gambogi et al., 2010).

El PPSC está a cargo de un equipo multidisciplinario (médicos cardiólogos e internistas, licenciadas en nutrición y enfermería y especialista en tabaquismo). Dicho programa asiste a pacientes de hasta 70 años al momento de la realización del procedimiento médico, los que inicialmente provenían del subsector público de asistencia de la capital del país (Montevideo) y de los departamentos cercanos. A partir del año 2005 se crearon nuevos Programas de Prevención Secundaria Cardiovascular en convenio con el FNR, los que a setiembre de 2013 eran un total de 12 (4 en Montevideo y 8 el interior del país).

En los PPSC, mediante la realización de entrevistas y entrega de material impreso se realiza una intervención educativa, se les brinda gratuitamente la medicación cardioprotectora y se realizan seguimientos de los pacientes a través de controles presenciales con el equipo de salud cada tres meses, tanto grupales como individuales,

durante al menos dos años. Cabe destacar que el programa sigue las recomendaciones terapéuticas definidas por el 1° Consenso Nacional de Aterosclerosis de Uruguay publicado en el 2004 por la Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis & Sociedad Uruguaya de Cardiología (Gambogi et al., 2010).

Si bien la implementación de un programa de prevención secundaria cardiovascular centrado en el paciente a través de la intervención de un equipo multidisciplinario "permitió mejorar el control de los factores de riesgo vascular, optimizar el tratamiento farmacológico y se asoció a una disminución significativa de la mortalidad a 28 meses" (Gambogi et al., 2010, p. 67), no constituye condición suficiente para el logro del total éxito terapéutico, dado que cuando se trata de patologías crónicas (como es el caso de la enfermedad cardiovascular) la dificultad mayoritaria radica en que los individuos logren adherir a las indicaciones y modificar sus conductas de riesgo (Van der Wal et al., 2005). Obstáculo que, sin dudas, motivó inicialmente la presente investigación.

Como se mencionó anteriormente, a pesar de que la tasa de mortalidad coronaria ajustada para la edad está disminuyendo, la mortalidad cardiovascular sigue aumentando por el envejecimiento de la población general. La tendencia hacia una mayor presencia de aterosclerosis es muy pronunciada. Se debe aprender la manera de ayudar a los individuos a que adopten un estilo de vida saludable y aprendan a utilizar las herramientas farmacológicas efectivas de la forma más económica y eficaz (Libby, 2013).

Afortunadamente la evidencia indica claramente cuáles son las terapéuticas efectivas para el manejo del riesgo cardiovascular, lo que se recoge en diversos consensos nacionales e internacionales.

Debido a que profundizar en este tema excedería claramente los objetivos de la presente tesis doctoral, se considero inapropiado desarrollar todas las terapéuticas para los factores de riesgo cardiovascular, por lo que invitamos al lector interesado a profundizar en ellas en la "Guía Práctica de Prevención Cardiovascular" que en noviembre del 2007 publicó la Sociedad Uruguaya de Cardiología en la que "se propone un esquema de abordaje del riesgo y su control, poniendo especial énfasis en *cómo* llevar a cabo las recomendaciones formuladas" (SUC, 2008, p.5).

1.6 – Conclusiones

A lo largo del presente capítulo se buscó realizar una aproximación general a un tema tan vasto y complejo como son las enfermedades cardiovasculares y su tratamiento.

Es clara la evidencia científica que demuestra como en su etiología, más allá de los factores que no son modificables, existe un amplio número de factores de riesgo que dependen pura y exclusivamente del estilo de vida de los individuos. Sin dudas la medicina ha tenido enormes avances en los últimos 60 años. Procedimientos que antes eran impensables, están hoy en día al alcance de la mano de todos los pacientes, y en Uruguay específicamente financiados a través del FNR.

Sin embargo todavía queda mucho camino por andar, en un sistema de salud dominado por la atención de las patologías agudas, por el desarrollo de tecnologías y tratamientos farmacológicos, donde los asuntos referidos a los estilos de vida son considerados responsabilidad y competencia de la vida privada del paciente queda poco lugar para el abordaje integral de la problemática.

Desde 1995 se están llevando los estudios *Euroaspire* (*European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events*), patrocinados por la Sociedad Europea de Cardiología, en los que se busca conocer en qué medida se han integrado a la práctica clínica las estrategias de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en más de 20 países europeos. Su conclusión es clara: "…salvar miocardio isquémico sin tratar la enfermedad subyacente es inútil, necesitamos invertir en prevención" (Kotseva et al, 2009, p. 938)

En esta misma línea de razonamiento es importante al abordar este tema, recordar los mensajes de la Organización Mundial de la Salud (Mendis et al., 2011):

- Las enfermedades cardiovasculares son eminentemente prevenibles.
- Invertir en prevención es la solución más sustentable para la epidemia de las enfermedades cardiovasculares.
- En las últimas dos décadas, la mortalidad por enfermedad cardiovascular ha descendido en los países desarrollados debido a la combinación de medidas de prevención y control.

Todos mensajes que apuntan sin dudas a la prevención, tanto en su modalidad primaria y secundaria, la que se vincula directamente con el siguiente capítulo teórico que refiere

a la Adherencia Terapéutica, pilar fundamental en el abordaje de las enfermedades crónicas como lo es la enfermedad cardiovascular.

Capítulo 2

Adherencia Terapéutica

Capítulo 2

Adherencia Terapéutica

La adherencia deficiente constituye la principal razón del beneficio clínico subóptimo, generando complicaciones médicas, psicosociales, afectando la calidad de vida y la correcta utilización de los recursos sanitarios, lo que redunda en notorias dificultades en el logro de las metas de salud de la población (OMS, 2004).

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones médicas, económicas y psicosociales. El paciente puede presentar complicaciones que traigan consigo sufrimiento físico y psicológico, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afecten su calidad de vida (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001).

Debido a estas repercusiones es que en el presente capítulo se busca, en primer lugar definir qué se entiende por adherencia terapéutica en general para luego presentar las particularidades de su evaluación, así como los datos específicos de los que se dispone en la literatura científica sobre la adherencia terapéutica en la enfermedad cardiovascular concretamente.

Para alcanzar los objetivos propuestos se utilizó la combinación de la metodología de revisión bibliográfica narrativa, para obtener un primer acercamiento a la definición de adherencia terapéutica y las particularidades de su evaluación, y la de revisión bibliográfica sistemática para profundizar en la adherencia terapéutica en la enfermedad

cardiovascular, ya que se buscó agotar la información disponible al respecto debido a que la misma constituye el núcleo del estudio empírico realizado.

2.1 – Delimitación conceptual del término "Adherencia Terapéutica"

Sin lugar a dudas la primera dificultad que aparece cuando se aborda el tema de la adhesión a los tratamientos es la de su definición. Históricamente se han empleado diversos términos para referirse a la conducta de seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes, y aún no existe acuerdo sobre una definición unívoca del concepto (Ortíz & Ortíz, 2007).

Martín Alfonso, Grau Ábalo & Espinosa Brito (2014) refieren que los términos más utilizados han sido "cumplimiento del tratamiento" y "adherencia al tratamiento" o "adherencia terapéutica", aunque se han propuesto muchos otros como: adhesión, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, concordancia y conformidad. Si bien hay autores que diferencian entre la adhesión y la adherencia al tratamiento, en el presente trabajo se ha optado por utilizar los términos como sinónimos.

Vermeire et al. plantean que "el término cumplimiento (*compliance*) es una palabra con connotaciones negativas" (2001, p. 332), ya que se considera que se refiere a un comportamiento obediente del paciente dirigido a seguir las instrucciones del profesional de la salud, sumiso, que lo presupone incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones propuestas. Por tanto, y debido a las implicancias de pasividad a las que refiere el término *cumplimiento*, es que se ha

adoptado la utilización del término *adherencia* en la bibliografía especializada, ya que la misma refiere a la activa colaboración voluntaria del sujeto (D'Annello, 2006).

En la práctica médica este concepto suele limitarse casi exclusivamente al uso de los medicamentos de una forma determinada por parte del paciente, sin incluir aspectos higiénicos-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios regulares, llevar a cabo visitas médicas periódicas o cumplir con las visitas programadas para el seguimiento (Martín Alfonso & Grau Abalo, 2004).

En la actualidad el término utilizado por la Organización Mundial de la Salud en sus documentos y directrices de trabajo es adherencia terapéutica o adherencia al tratamiento (con un uso equivalente), el que también es el más abordado en las publicaciones científicas (Martín Alfonso et al., 2014; Vermeire et al., 2001).

La Organización Mundial de la Salud entiende por adherencia terapéutica a largo plazo "el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria" (2004, p. 3).

Como se puede apreciar esta definición trasciende la mera utilización de medicamentos y se extiende a distintas conductas que pueden estar dirigidas al cuidado de la salud del individuo; así como una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que ambos son significativos, y que refiere a una involucración activa del paciente.

La adherencia se mueve en el transcurso del tiempo, en función de factores que la influyen, por lo que se pueden diferenciar tres niveles: total, parcial o no adherencia. El nivel expresa el estado en que se encuentra el proceso de la adherencia, en cuanto al alcance logrado por sus componentes en un momento y contexto determinado (Martín Alfonso et al., 2014).

A su vez, la no adherencia puede ser intencional (por ejemplo cuando un paciente con diagnóstico de diabetes decide no dejar de comer panqueques con dulce de leche) o no intencional (por ejemplo cuando olvida alguna toma de la medicación) (Mathes, Jaschinski & Pieper, 2014).

Otro elemento a destacar de la adherencia es su carácter multidimensional, en el que interactúan recíprocamente cinco conjuntos de factores: factores socio-económicos, factores relacionados con el equipo o con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente (Beswick et al., 2005; Kotseva et al., 2009; OMS, 2004; Vermeire et al., 2001). En la Tabla 3 se presentan algunos de los elementos que componen dichos factores.

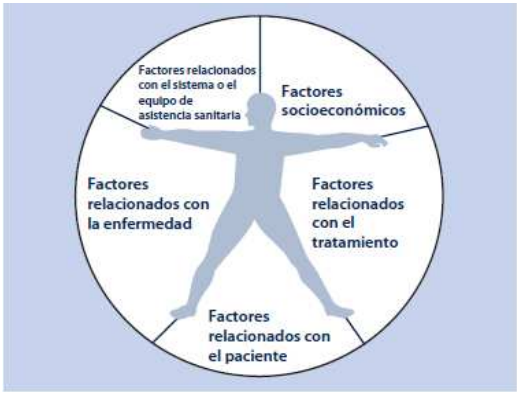

Figura 8. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica. Fuente: Adaptado de OMS, 2004.

Tabla 3

Factores que interactúan en la Adherencia Terapéutica

Factores socio-económicos	Generalmente son considerados: pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, la falta de redes de apoyo social, costo elevado del transporte, alto costo de la medicación, nivel económico descendido, entre otros. Si bien no se ha detectado evidencia sistemática, se ha observado que en los países en desarrollo, el nivel socio-económico bajo de los pacientes puede llevarlos a optar entre otras prioridades no necesariamente alineadas con las indicaciones de su tratamiento.
Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria	Lo constituyen sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de capacitación del personal sanitario, tiempo de consulta breve, falta de información y psicoeducación sobre la enfermedad, etc.
Factores vinculados con la enfermedad	Los más investigados son la gravedad de los síntomas, grado de discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.
Factores relacionados con el tratamiento	Incluyen la complejidad del régimen médico, duración y cambios frecuentes en el tratamiento, fracasos anteriores, percepción de cercanía de la mejoría, así como los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.
Factores relacionados con el paciente	Incluyen sus recursos personales, el conocimiento y las creencias acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla y las expectativas del tratamiento, entre otros.

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud, 2004.

Como se puede apreciar, adherir o no adherir a un tratamiento resulta una tarea compleja. El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica involucra realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de

complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a largo plazo un hábito de adhesión estricto a todas las indicaciones (Martín Alfonso, 2004).

Es importante destacar que si bien existen estudios que tienen por objetivo comprender las variables que intervienen en los comportamientos de adherencia o no adherencia, todavía no hay evidencia clara de la influencia o prevalencia de algún factor en particular.

Iakovleva (2016) plantea que no existen tantas investigaciones de los factores psicológicos de la adhesión y que los datos disponibles son contradictorios, por lo que no hay una respuesta clara a la pregunta acerca de la influencia de las características psicológicas de los pacientes en su adherencia al tratamiento.

2.2 – Evaluación de la Adherencia Terapéutica

Los problemas de orden teórico conducen casi inevitablemente a generar dificultades en el terreno metodológico puesto que la complejidad del concepto ha impedido el desarrollo de un método que pueda ser considerado “estándar oro” para su evaluación, siendo la falta de un método valido para medir la adherencia un obstáculo en sí mismo para investigar sobre el tema (Conthe & Márquez Contrera, 2012; Conthe & Tejerina, 2007; Martín Alfonso & Grau Abalo, 2004; Ortíz & Ortíz, 2007; Vermeire et al., 2001).

Vermeire et al. (2001) mencionan que los diferentes estudios reportan distintos tipos de medidas de la adherencia terapéutica, tanto directas como indirectas. Las medidas directas usualmente refieren a una detección química (un metabolito o un marcador) en algún fluido corporal (sangre, orina), o la administración supervisada del fármaco. Sin embargo, esto no sólo es únicamente aplicable para lo que refiere a los tratamientos farmacológicos, sino que además no puede ser utilizado para todos los medicamentos. Por tanto, puede ser considerado el método más seguro pero también es el más invasivo, costoso e inaceptable en el trabajo con seres humanos.

Las medidas indirectas incluyen por ejemplo, entrevistas, recuento de comprimidos, monitoreo de la concurrencia a las consultas pautadas, valoración del profesional, resultados en determinados parámetros biológicos, métodos que también tienen sus inconvenientes. Los pacientes pueden mejorar por razones distintas a seguir el régimen indicado y la condición de una persona pueden deteriorarse o permanecer estable incluso cuando no se siguen las indicaciones, por lo que el alcance del objetivo terapéutico no necesariamente nos está diciendo algo de su adherencia (Conthe & Tejerina, 2007; Vermeire et al., 2001).

La simple estimación subjetiva por parte del profesional de la salud ha sido, junto con la entrevista, el procedimiento más empleado para comprobar si el paciente cumple o no con las prescripciones. Por supuesto, las medidas de autorregistro o autorreporte también corren el riesgo de estar sesgadas por las particularidades intrínsecas de esas técnicas. Se sabe que puede haber errores que obran contra la validez de las autoobservaciones, como los errores en el cálculo del tiempo y de interpretación, reactividad, descenso en la precisión por fatiga, sesgos individuales por expectativas,

demandas, así como una gran influencia de la relación médico-paciente a la hora de realizar la valoración (Conthe & Márquez Contrera, 2012; Barra, 2003; Basterra, 1999 como se citó en Martín Alfonso & Grau Abalo, 2004). Por tanto el plantear el interrogatorio a un paciente sobre si cumple su tratamiento puede llevar en la mayoría de las ocasiones a una valoración incorrecta, ya que la deseabilidad puede estar presente en muchos de los pacientes y pueden contestar lo que consideran que su médico espera escuchar (Conthe & Tejerina, 2007).

Debido a lo anteriormente mencionado es que autores como Conthe & Márquez Contrera (2012) recomiendan que a la hora de evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico a través del método de cumplimiento autocomunicado, se le pregunte al paciente si ha presentado o no efectos secundarios al tratamiento o si conoce las razones por las que toma la medicación y los beneficios que puede obtener con ella, ya que a través de este tipo de interrogatorio se puede obtener una información indirecta que puede darnos una idea bastante aproximada del grado de adhesión al paciente a un determinado tratamiento, para lo que se han desarrollado algunas escalas breves como el Test de Haynes – Sackett y el Test de Morisky-Green-Levine (Tabla 4) (Ingaramo et al., 2005; Rodríguez Chamorro, García-Jimenez, Amariles, Rodríguez Chamorro & Faus, 2008).

Tabla 4

Valoración de la adherencia farmacológica a través del método de cumplimiento autocomunicado

Test de Haynes – Sackett (2002)
Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, ya que posiblemente contestaría que sí se la toma. Por tanto, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, donde al paciente se le comenta la dificultad que tienen los enfermos de tomar la medicación mediante la siguiente frase: "la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos", posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos? Si responde que no, es posible que no diga la verdad por diversas causas. Entonces se insistirá preguntando "¿cómo los toma?".
Test de Morisky - Green- Levine (1986)
Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor • "¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?" • "¿Toma 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?"

Fuente: Conthe & Márquez Contrera (2012)

De setiembre del 2000 a diciembre del 2002, la Universidad de California San Francisco en Estados Unidos, recogió una muestra de 1024 pacientes con enfermedad coronaria del corazón, los que fueron seguidos durante 10 años en el marco del estudio *The Heart and Soul Study* (2014). El mismo constituye un estudio de cohorte prospectivo de los factores psicosociales y los resultados cardiovasculares llevado a cabo por su centro médico.

De las diversas publicaciones realizadas a partir de este estudio, Gehi, Ali, Na y Whooley en el 2007 publican sobre el rol del autoreporte como una método de evaluación precisa de la adherencia a la medicación en pacientes ambulatorios con

enfermedad coronaria estable, del que concluyen que “nuestros resultados sugieren que el autoreporte de la adherencia puede ser un método simple y directo para identificar pacientes con riesgo de resultados adversos en pacientes con cardiopatía coronaria” (p. 1802).

A nivel nacional se dispone de tres publicaciones que estudiaron la concordancia entre la verbalización de abstinencia nicotínica y su corroboración con métodos biológicos como son la determinación de monóxido de carbono en el aire expirado o los niveles de cotinina en saliva: Parodi, Llambí, Barros y Esteves (2013), Pippo et al., (2016) y Tong et al. (2014).

Si bien ninguno de los tres estudios trabajó específicamente con población con patología cardiovascular, sí trabajaron con pacientes hospitalizados en una Unidad de Medicina Interna y con mujeres embarazadas, ambas condiciones en las que existe una presión médica y social por las consecuencias del consumo de tabaco (al igual que en los pacientes con patología cardiovascular), y pacientes de una Unidad de Cesación de Tabaquismo, por lo que se podría esperar en cualquiera de las tres situaciones, un reporte mayor de falsos positivos en lo que refiere a la cesación tabáquica.

Sin embargo, los resultados de los tres estudios van en la misma línea, Parodi et al. (2013), reporta un 89 % de concordancia entre el autoreporte y corroboración biológica; Pippo et al. (2016) un 87 % y Tong et al. (2014) un 90 %.

Por todo lo anteriormente referido se puede afirmar entonces, que la literatura plantea que la información brindada por el paciente parece estar bastante ajustada a la realidad

y, en consecuencia, puede considerarse a la evaluación de la adherencia a través del método de cumplimiento autocomunicado (autoreporte) como confiable a los fines de la investigación (Conthe & Márquez, 2012; Barra, 2003 y Basterra, 1999 como se citó en Martín Alfonso & Grau Abalo, 2004; Rodríguez Chamorro et al., 2008). Método que se empleó en el presente estudio empírico.

2.3 – Adherencia Terapéutica en la Enfermedad Cardiovascular: una revisión sistemática

Como se ha mencionado anteriormente, el tratamiento de la patología cardiovascular se asienta generalmente en cuatro indicaciones médicas nucleares: tratamiento farmacológico, alimentación saludable, ejercicio físico y cesación de tabaquismo, por lo que hablar de adherencia terapéutica en la enfermedad cardiovascular implica indagar cada una de estas áreas.

Con ese objetivo, en 1997 Burke, Dunbar-Jacob y Hill publicaron una revisión sistemática de las investigaciones presentes en la base de datos MEDLINE, a partir de lo cual refieren que el porcentaje de cumplimiento a la indicación farmacológica varía de un 20% a un 80% dependiendo de la investigación reportada. Específicamente en cuanto a los antihipertensivos, la adherencia es del 64% y en cuanto a la medicación hipolipemiante un 82%. Con respecto a las indicaciones de actividad física, existiría un 50% de adhesión, sin embargo las tasas de deserción durante los primeros 6 a 12 meses también llegan a un 50%. La adherencia al ejercicio es menor que a las indicaciones farmacológicas, ya que implica un mayor cambio conductual.

Con respecto a los planes de nutrición, los mismos autores mencionan que los distintos estudios presentan de un 13% a un 76% adherencia a la indicación alimentaria. Asimismo, se estima que la participación en programas nutricionales de pérdida de peso a largo plazo es menor al 50% siendo aún menor el mantenimiento del descenso de peso (Burke et al., 1997).

Según la literatura revisada, parecería que al igual que en la adherencia a la indicación de tratamiento farmacológico, la indicación de cesación de tabaquismo es una de las indicaciones que mejor adherencia presenta. En seguimiento a un año los porcentajes van desde un 50 % a un 69 %, según se involucre en la intervención a equipo especializado y/o se utilice remplazo nicotínico (Burke et al., 1997). Sobre la adherencia a esta indicación es de la única de la que se dispone de estudios nacionales: "la prevalencia de tabaquismo al ingreso del Programa fue del 40,7%. Logró abstinencia mantenida mayor de seis meses el 60,8% de los fumadores y el 99% de ellos no tuvo recaída al año de seguimiento" (Gambogi et al., 2010, p. 63).

Como se mencionó anteriormente, la adherencia terapéutica está influenciada por una amplia serie de factores, entre ellos las características de la enfermedad, que dificultan la transferencia de hallazgos encontrados para otras patologías.

Por este motivo se decidió realizar una búsqueda específica de la evidencia disponible sobre adherencia terapéutica en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, ya que en el estudio empírico se trabajó con pacientes que formaban parte de programas de prevención secundaria cardiovascular.

Concretamente lo que se buscó conocer es si la literatura científica, a través de la realización de estudios empíricos, reporta ciertas variables o características que podrían estar interviniendo en el proceso de adherir terapéuticamente (entendiendo la adherencia terapéutica en su concepción más amplia que abarca los comportamientos del individuo dirigidos a ejecutar las recomendaciones acordadas con su prestador de salud, tanto a nivel farmacológico como en las conductas relacionadas a su estilo de vida) en los pacientes que forman parte de un programa de prevención secundaria. Así como también conocer las distintas metodologías empleadas en los estudios para la evaluación de la adherencia.

2.3.1 - Método

Se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica, la que Perestelo-Pérez define como "la síntesis de la mejor evidencia existente dirigida a responder cuestiones específicas mediante la utilización, explícita y rigurosa, de los métodos utilizados para identificar, valorar críticamente y sintetizar los estudios más relevantes" (2013, p.51).

Se utilizaron las bases de datos:

MEDLINE: base de datos de la National Library of Medicine de los EE.UU.

PsycARTICLES: base de la American Psychological Association.

PSYCINFO: base que contiene referencias y resúmenes de artículos de revistas, capítulos de libros e informes técnicos, además de referencias de tesis, en el campo de la sicología y aspectos psicológicos de disciplinas relacionadas, como por ejemplo medicina, psiquiatría, enfermería, sociología, educación, farmacología, fisiología, lingüística, antropología, negocios y derecho.

Se utilizaron una serie de palabras claves tanto en inglés como en español (*adherence, compliance, nonadherence, noncompliance, secondary prevention of coronary artery disease, secondary prevention of coronary heart disease, secondary prevention of cardiovascular disease,* adherencia al tratamiento, adherencia terapéutica, enfermedad cardiovascular).

Formaron parte de los criterios de inclusión:

- Estudios empíricos (tanto cuantitativos como cualitativos) realizados con población adulta portadora de patología cardiovascular
- Publicados en revistas arbitradas e indexadas
- Que estuvieran disponibles a texto completo
- En español, portugués o inglés
- Con la limitación temporal del 2000 al 2017

2.3.2 - Resultados

La estrategia de búsqueda resultó en la identificación de un total de 131 estudios susceptibles de ser incluidos en el presente trabajo. La selección inicial de estudios identificados a través de la revisión de sus *abstracts*, arrojó un total de 35 considerados para su posible inclusión. Se revisó la versión completa de cada publicación, siendo finalmente incluidos en la revisión 15 artículos.

Toda información presentada en cada artículo relevante para el objetivo de esta búsqueda, y acorde a los criterios de inclusión fue extraída y tabulada. Los datos extraídos comprenden: autores, año de publicación, país de procedencia del estudio,

objetivos, muestra (número de participantes, media de edad), diseño, metodología, forma de evaluación de la adherencia (en los estudios cuantitativos) y principales resultados (Tablas 5 y 6).

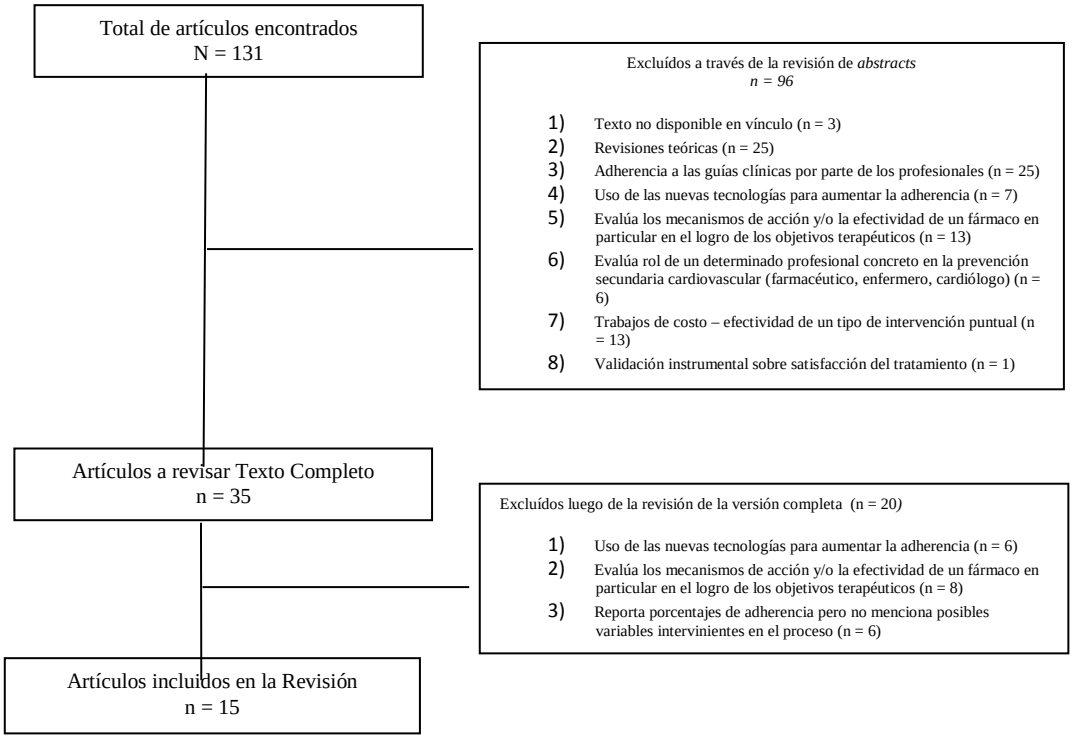

Figura 9. Resumen de la estrategia de búsqueda

Antes de sintetizar la información finalmente seleccionada, se consideró importante reparar en algunas particularidades de toda la literatura científica encontrada (n = 131).

Lo primero a destacar es el gran predominio de estudios que refieren a la adherencia al tratamiento farmacológico, dejando prácticamente de lado aspectos más relacionados al estilo de vida o conductas saludables, lo que se constituyó en la primera dificultad de esta revisión, ya que muchas veces el título decía simplemente “Adherencia

Terapéutica” y cuando se realizaba la lectura del artículo se constataba su vinculación con la adhesión farmacológica.

Otro tema importante a destacar es que casi un 25 % de los títulos encontrados (33/131) refieren a la adherencia de los distintos profesionales a las guías clínicas, es decir, reportan qué tanto cumplen los profesionales (particularmente los médicos) las recomendaciones de los distintos consensos. Esta presencia notable podría estar indicando el interés de la comunidad científica en conocer qué tanto se acatan las diferentes guías clínicas, ya que ellas reúnen las indicaciones más actuales, basadas en la mejor evidencia disponible para el tratamiento de los pacientes pero resultan obsoletas si no llegan a los distintos profesionales y estos las ponen en práctica.

También otras dos temáticas que aparecen reiteradamente, son la evaluación de la efectividad de algún fármaco específicamente (10 % del total de los artículos encontrados) y la evaluación del costo-efectividad de los programas de prevención (también en un 10 %).

Ambas temáticas refieren a una veta económica de la problemática de la adherencia desde la perspectiva de distintos actores. Por un lado, la presencia de estudios referidos a la efectividad de algún fármaco en particular, que se podría atribuir a la gran disponibilidad de recursos que maneja la industria farmacéutica y la necesidad de la misma de desarrollar y dar a conocer nuevos y efectivos productos; y por otro lado los estudios referidos a los aspectos relacionados con la costo-efectividad de los distintos programas de prevención secundaria, interés fundamental de los administradores de los distintos servicios de salud.

Finalmente, de los 131 artículos encontrados con las distintas combinaciones de palabras, 15 fueron seleccionados para la inclusión en esta revisión, 12 estudios cuantitativos (Tabla 5) y 3 estudios cualitativos (Tabla 6). La presentación de los artículos sigue un orden cronológico.

De los 15 artículos, 11 refieren a la adhesión farmacológica, mientras que únicamente 4 evalúan también elementos de la dieta, el tabaquismo, la realización de actividad física y el manejo del estrés.

Otro dato a destacar es el país en los que fueron realizados los estudios, lo que deja en evidencia la poca información que se dispone de este tema en la región, ya que únicamente uno de los estudios es latinoamericano, concretamente de Brasil.

Evaluando y sintetizando la información contenida en ellos, se podría afirmar la existencia de seis grandes núcleos en los artículos revisados:

1 – Repercusión en la adherencia terapéutica del costo económico del tratamiento.

2 – Rol de las creencias de la enfermedad del paciente

3 – Cambio de conductas relacionadas al estilo de vida

4 – Implementación y mantenimiento del tratamiento

5 – La edad como variable interviniente en la adherencia

6 – Distintas formas de evaluación de la adherencia

Repercusión en la adherencia terapéutica del costo económico del tratamiento

En dos de los estudios revisados, Mansur, Mattar, Tsubo, Simão, Yoshi y Daci (2001), y Ye, Gross, Schommer, Cline y Peter (2007), aparece el alto costo de la medicación como una de las barreras asociadas a la insatisfactoria adhesión terapéutica, incluso después de ajustar el análisis estadístico por variables demográficas y clínicas.

En esa misma línea de evidencia se encuentran los resultados presentados por Kopjar, Sales, Piñeros, Sun, Li y Hedeen (2003). En su estudio, el uso de los fármacos fue mayor a lo que se reporta en otros estudios, lo que atribuyen a las características del sistema asistencial en sí mismo, ya que el mismo facilita la obtención de la medicación mediante procedimientos administrativos sencillos, recordatorios informáticos de la consulta a los pacientes, controles pre establecidos y copagos mínimos. Por lo que se vuelve a presentar la importancia del costo de la medicación en la adhesión.

Rol de las creencias del paciente

Los estudios que logran adentrarse en el tema de la adherencia terapéutica desde el punto de vista del paciente, destacan el rol protagónico de las creencias sobre la medicación y sobre el tratamiento en sí mismo como un predictor razonable de la adherencia (Byrne, Walsh y Murphy, 2005; Murray, Murphy, Clements, Brown y Connolly, 2014; Rajpura y Nayak, 2014).

Cuanto más confianza tiene el paciente en que la medicación y/o el tratamiento realmente lo va a ayudar a estar mejor, más probable es que cumpla con el mismo. Por

supuesto que la presencia de estas creencias (tanto positivas como negativas), no sólo tiene que ver con el sistema de creencias y las experiencias previas del paciente, sino que también tiene un rol importante el equipo de salud, la relación que se estable ente el paciente y el equipo, y la forma en la que los profesionales realizan en las distintas indicaciones realizadas (Tolmie, Lindsay, Kerr, Brown, Ford & Gaw, 2003).

Otro aspecto que se relaciona con las creencias del paciente es la información que recibe sobre su enfermedad y sobre el tratamiento en sí mismo, pero no sólo la información sino el apoyo que percibe que le otorga el equipo de salud (Clark, Whelan, Barbour & MacIntyre, 2005; Rashid, Edwards, Walter & Mant, 2014).

Cambio de conductas relacionadas al estilo de vida

Únicamente los estudios de Choi et al. (2013), Muñiz et al. (2010) y Park, Tahk, Bae y Son (2013) y Ali et al. (2017) evalúan aspectos del tratamiento que van más allá de lo farmacológico.

Choi et al. (2013) incluyen la evaluación del tabaquismo y el índice de masa corporal, además de algunos objetivos paraclínicos; Muñiz et al. (2010) la adherencia a la medicación, el estado de fumador, el índice de masa corporal y el ejercicio; Park et al. (2013) refieren a la adherencia farmacológica, el régimen alimentario y el control de peso, tabaquismo, consumo de alcohol, ejercicio, descanso y manejo del estrés; mientras que Ali et al. (2017) evalúan el uso de tabaco, la adherencia a las modificaciones en la alimentación, al ejercicio y la medicación.

Los cuatro estudios reportan mayores tasas de adherencia en los aspectos farmacológicos que en los referidos al estilo de vida (alimentación, ejercicio y tabaquismo). Particularmente para la cesación del tabaquismo Choi et al. (2013), plantean la necesidad de implementar programas de cesación de tabaquismo que realicen una gestión más activa y agresiva en la captación e intervención, ya que al año del infarto, únicamente un 52 % de los pacientes lograron cesar en su consumo e identificaron a la severidad de la enfermedad coronaria como el único predictor independiente de la cesación de tabaquismo.

Muñiz et al. (2010) en un estudio clínico controlado de diseño longitudinal en el que se implementaba una intervención educacional en pacientes con síndrome coronario agudo concluyen que "tomar la medicación es más fácil para los pacientes que cambiar su estilo de vida" (p. 9), si bien también afirman que, al menos a corto plazo, el cambio en el estilo de vida es posible, sobre todo si se logra responsabilizar al paciente en el cambio de sus conductas.

Tanto el estudio de Muñiz et al. (2010) como el de Park et al. (2013) en el que se evalúan intervenciones psicoeducativas en programas de prevención secundaria, se reporta un aumento en la adherencia en los grupos que participaron de la intervención, por lo que concluyen que este tipo de intervención juega un rol importante en la mejora de los resultados en los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Ali et al. (2017) la mayoría de los pacientes que no adhieren tiene dificultades para aceptar su nueva vida, estos cambios son vistos como muy drásticos comparados con su vida anterior en la que no tenían impedimentos. Plantean que muchas veces esta

“sensación de negatividad con respecto a los cambios en el estilo de vida van acompañadas de la creencia de que las restricciones que les son impuestas "no tienen sentido"” (p. 471).

Implementación y mantenimiento del tratamiento farmacológico

El estudio de Newby et al. (2006) en el que se analizó la situación de 8914 pacientes con enfermedad cardiovascular, evidencia un notable incremento de la prescripción de los medicamentos de prevención secundaria por parte de los médicos, sin embargo su uso no se mantuvo de la misma forma. De los pacientes a los que se indicó medicación y retiraron por primera vez la misma, sólo un 70 % logró mantener su utilización. Estos datos confirman lo que se mencionó anteriormente: la prescripción del fármaco es una condición necesaria pero no suficiente para que el paciente realice el tratamiento.

En el estudio de Gehi et al. (2007) sólo un 8,2% de los pacientes reportaron no adherencia a la medicación (toman la medicación que le indicó su médico el 75% o menos de las veces), lo que comparado con otros estudios constituye una prevalencia de no adherencia extremadamente baja. Los autores mencionan que probablemente haya una subestimación de la no adherencia por parte de los pacientes y destacan que los pacientes que se ofrecen como voluntarios para los estudios de investigación tienden a ser más conscientes de la salud que la población en general. Los participantes formaban parte de un estudio clínico que tenía un contacto frecuente con el sistema médico y ya se ha demostrado que los pacientes tienden a adherirse más estrechamente a las recomendaciones de tratamiento en los días previos y posteriores a la cita en la clínica,

un fenómeno conocido como adherencia a la "bata blanca". Además la adherencia puede sobreestimarse en una esfuerzo para "complacer al médico" (p.1802).

La edad como variable interviniente en la adherencia

Tres estudios explicitan el rol de la edad en el proceso de adherencia de los pacientes. Murray et al. (2013) y Ye et al. (2007) reportan que los pacientes mayores adhieren más al tratamiento, si bien no plantean una edad que oficie de punto de corte; lo que sí aparece en el estudio de Kopjar et al. (2003) quienes indican que los mayores de 65 adhieren mejor al tratamiento.

Distintos formas de evaluación de la adherencia

En los estudios relevados tiene un claro predominio la evaluación de la adherencia al tratamiento a través del autoreporte del paciente (10 de 12 de los estudios cuantitativos), siendo únicamente los estudios de Kopjar et al. (2003) y Ye et al. (2007) los que utilizan también el registro del suministro de medicación aportado por farmacia como una medida indirecta de la misma.

Sólo los estudios de Rajpura y Nayak (2014) y de Ali et al. (2017) utilizan un cuestionario estandarizado, Escala de Adhesión a la Medicación de Morisky, para la evaluación de la adherencia a la medicación, lo que implica la recogida de la información de autoreporte más protocolarizada.

Varios de los estudios incluyen también datos paraclínicos (presión arterial, colesterol, glicemia, etc.) como indicadores también de la adherencia.

Tabla 5. *Estudios cuantitativos sobre Adherencia Terapéutica en Pacientes con Patología Cardiovascular*

Autores (año). País del Estudio	**Revista**	**Objetivo del Estudio**	**Muestra**		**Diseño y Metodología**	**Forma de Evaluación de la Adherencia**	**Principales Resultados**
			N	Edad M			
Mansur, Mattar, Tsubo, Simão, Yoshi & Daci. (2001). Brasil	Arquivos Brasileiros De Cardiologia	Identificar las razones para la no adherencia al tratamiento farmacológico con estatinas.	207	61.7	Se realizó un análisis prospectivo del nivel de la prescripción y la adherencia al tratamiento con estatinas de 207 pacientes consecutivos con enfermedad arterial coronaria e hipercolesterolemia que ingresaron a la Unidad de Coronopatía del Instituto del Corazón de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo.	Estudio de historias clínicas, registro realizado por el equipo de salud de la adherencia obtenido por Autoreporte.	La prescripción de estatinas en pacientes con enfermedad arterial coronaria y dislipemia es alta; sin embargo su adherencia está lejos de ser satisfactoria, debido al alto costo de la medicación. La reducción de los niveles de colesterol total y de colesterol LDL no alcanzó las metas recomendadas por el Consenso Brasileño de Dislipemia
Kopjar, Sales, Piñeros, Sun, Li & Hedeen. (2003). Estados Unidos.	The American Journal Of Cardiology	Examinar 1) mantenimiento del uso de las estatinas en pacientes con enfermedad coronaria, 2) la diferencia en el mantenimiento entre los nuevos usuarios y los usuarios ya establecidos, y 3) las caracteristicas asociadas con una pobre adherencia al uso de la droga.	8768	68	Estudio de cohorte retrospectivo en población masculina que utiliza los Servicios de Salud para Veteranos de Guerra de los Estados Unidos. Los datos demográficos, de diagnóstico, laboratorio y registros de farmacia fueron extraídos de la base de datos "Veterans Integrated Service Network".	Registro de los suministros de farmacia.	Después de 18 meses de seguimiento, 71,2 % de los pacientes retiraron medicación suficiente para cubrir >80 % de los días entre control y control. Los nuevos usuarios eran más propensos a tener un mal cumplimiento que los usuarios anteriores. El mantenimiento de la medicación a los 18 meses fue de un 66 % en los nuevos usuarios y de un 72,4 % en los usuarios ya establecidos. Características que estuvieron asociadas a una pobre adherencia (los medicamentos retirados cubren <80 % de los días estipulados entre control y control) incluyen: fumador actual o estado actual de fumador desconocido; presión arterial diastolica > 90 mm Hg; abuso de sustancias, visita reciente al cardiologo, visita reciente a un profesional de la salud mental; aspirina prescripta en los últimos 15 meses y usuario nuevo de estatinas. Características asociadas con un buen cumplimiento (los medicamentos retirados cubren > 80 % de los días estipulados entre control y control) incluyeron la edad de > 65 años; ser blanco; estar casado, ser obeso y tener recientemente recetado un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

Byrne, Walsh & Murphy. (2005). Irlanda	Journal Of Psychosoma-tic Research	Evaluar la utilidad de la percepción de enfermedad y creencias sobre la medicación para predecir conductas de prevención secundaria en una muestra de pacientes con enfermedad coronaria establecida.	1084	66	Datos clínicos y demográficos fueron obtenidos de las historias clínicas de 1.611 pacientes con enfermedad coronaria establecida a partir de 35 policlínicas de medicina general seleccionados al azar. Datos de autoreporte de los pacientes sobre el estilo de vida (dieta, ejercicio, tabaquismo, consume de alcohol y adherencia a la medicación) e información sobre creencias sobre la enfermedad y la medicación fueron proporcionadas por cuestionrarios que fueron enviados de forma postal (1084 pacientes respondieron: 69 % de tasa de respuesta). La relación entre las creencias de los pacientes y sus conductas de prevención secundaria fueron examinadas usando análisis de regresión.	Autoreporte	Los resultados del presente estudio no ofrecen evidencia sobre la utilidad de la percepción de enfermedad para explicar y predecir la conducta relacionada con la salud en esta muestra de pacientes. Sin embargo, las creencias sobre la medicación aparentan ser un predictor razonable de la adherencia al a medicación. La adherencia a la medicación en esta población es realmente alta, tal vez por el énfasis que los médicos realizan en que la medicación es solo un componente de un régimen multifacético de prevención secundaria que involucra conductas relacionadas con el estilo de vida como la cesación de tabaquismo, aumento de la actividad física y modificación de la dieta.
Newby, LaPointe, Chen, Kramer, Hammill, DeLong & ... Califf. (2006). Estados Unidos.	Circulation	Examinar los cambios en la prevalencia en el tiempo, del uso de medicamentos de prevención secundaria basados en la evidencia (aspirina, beta bloqueantes, hipolipemiante e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina) entre los pacientes con enfermedad coronaria documentada. - Identificar los factores relacionados con el paciente que están	8914	63	A través del Banco de Datos del Centro para la Enfermedad Cardiovascular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke se determinó la prevalencia anual y la constancia del uso entre los años 1995 y 2002, de aspirina, beta bloqueantes, hipolipemiante e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina en pacientes con y sin insuficiencia cardíaca.	Estudio de historias clínicas, registro realizado por el equipo de salud de la adherencia obtenido por Autoreporte.	Se evidenció un notable incremento del uso de medicamentos basados en la evidencia en la prevalencia anual de la población de estudio desde 1995 a 2002; sin embargo, la constancia en su uso no se mantuvo de la misma forma, lo que sugiere que, además de la importancia de la prescripción, otros factores son determinantes de la adherencia a largo plazo. Cuando se seleccionaron sólo aquellos pacientes con al menos 1 informe de uso de medicamentos en el seguimiento, sólo el 70% de los pacientes reportaron mantener su uso. Es preocupante el mantenimiento de la constancia en el uso de los medicamentos, ya que paradójicamente fue menor entre los grupos con mayor riesgo de malos resultados y por lo tanto que potencialmente podrían beneficiarse más de la terapia sostenida. Conclusión: el uso de medicamentos basados en la evidencia para la enfermedad coronaria ha mejorado, pero sigue siendo subóptima. A pesar de la mejora continua en el uso a corto plazo y cumplir la

		asociados con el uso de estos medicamentos a largo plazo y evaluar la asociación de su uso consistente con la mortalidad.					prescripción, se necesita una considerable atención centrada en la comprensión y la mejora de la adherencia a largo plazo para alcanzar el pleno potencial de estos tratamientos que permitan mejorar los resultados clínicos.
Gehi, Ali, Na & Whooley (2007) Estados Unidos	Archives of Internal Medicine	Evaluar la validez predictiva del autoreporte de no adherencia y la magnitud del riesgo asociado del reporte de no adherencia comparado con la asociación de hipertensión, tabaquismo y diabetes.	1015	65	Estudio de cohorte prospectivo de los factores psicosociales y resultados cardiovasculares en pacientes con enfermedad coronaria cardiovascular durante 3,9 años de seguimiento. Se reclutaron pacientes ambulatorios con enfermedad cornoaria cardiovascular documentada de 2 Centros Médicos de Asuntos de Veteranos (San Francisco y Palo Alto, California), 1 centro médico universitario (Universidad de California, San Francisco) y 9 clínicas comunitarias de salud en el norte de California.	Autoreporte. Medida de una solo ítem de reporte de la adherencia a la medicación.	En pacientes ambulatorios con cardiopatía coronaria estable, la falta de adherencia a la medicación autoinformada se asocia con una tasa 2 veces mayor de eventos cardiovasculares posteriores. La mayor tasa de eventos cardiovasculares asociados con la falta de adherencia fue similar en magnitud a la tasa asociada con la diabetes o el tabaquismo. Los hallazgos sugieren que la adherencia autoinformada puede ser un método sencillo y directo para identificar pacientes con riesgo de resultados cardiovasculares adversos en pacientes con enfermedad coronaria cardiovascular. Una sola pregunta sobre la adherencia a medicamentos puede ser un método simple y efectivo para identificar a pacientes con mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos.
Ye, Gross, Schommer, Cline & Peter. (2007). Estados Unidos	Clinical Therapeutics	Examinar la relacion entre el copago y la adherencia al tratamiento con estatinas en pacientes que fueron hospitalizados por enfermedad cardiovascular y que iniciaron el tratamiento después del alta.	5548	63	Estudio de cohorte, longitudinal y retrospectivo. Las bases de datos de un seguro de salud privado de la ciudad de Michigan fueron utilizadas para analizar la información de adultos que iniciaron el tratamiento con estatinas después de una hospitalización relacionada con enfermedad cardiovascular. La relación entre el copago y la adh al tratamiento con estatinas se examinó utilizando modelos de regresión logística multivariante.	La adh a las estatinas se midió por la relación de la posesión de medicación, el que constituye un marcador sustituto de la adh calculado como el porcentaje de días con estatinas, según lo que el paciente retiró en farmacia, durante un año.	La adherencia durante el período de un año después del inicio de estatinas en los pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular fue subóptima, con más de un tercio de los pacientes no adherentes al tratamiento. El alto copago parecía ser una barrera significativa para la adhesión con estatinas, incluso después de ajustar por variables demográficas y clínicas. La relación inversa entre el copago y la adherencia a las estatinas que se encuentran en este estudio sugiere que las estrategias de participación en los gastos correspondientes podrían dar lugar a una mayor adhesión al tratamiento con estatinas.

Muñiz, Gómez-Doblas, Santiago-Pérez, Lekuona-Goya, Murga-Eizagaetxebarría, de Teresa-Galván, & ... Castro-Beiras. (2010). España.	Health And Quality Of Life Outcomes	Evaluación después de seis meses de seguimiento de un programa de intervención al alta hospitalaria, destinado a aumentar la proporción de pacientes que cumplen con los objetivos terapéuticos de los factores de riesgo cardiovascular modificables entre los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo.	1757	63	Estudio abierto aleatorizado realizado con 64 hospitales españoles participantes, en los que un máximo de 30 pacientes fueron reclutados en cada uno, todos los cuales fueron dados de alta de forma consecutiva después de sufrir un síndrome coronario agudo. Fueron asignados al grupo de intervención 867 pacientes y al grupo control 890 por medio de una aleatorización estratificada por centro y con el ocultamiento de la secuencia de asignación.	Autoreporte	Dos conclusiones principales: 1) tomar la medicación es más fácil para un paciente que cambiar su estilo de vida y 2) al menos en el corto plazo, los cambios de estilo de vida son alcanzables mediante la intensificación de la responsabilidad del propio paciente.
Choi, Park, Kim, Lee, Son, Shin & ... Lee. (2013). Corea del Sur.	Journal Of Geriatric Cardiology	Investigar la disparidad entre las pautas preventivas y la práctica clínica en los comportamientos de los pacientes fumadores.	275	57	Estudio llevado a cabo con fumadores ingresados con infarto de miocardio, seleccionados al azar, y que fueron seguidos regularmente por más de un año. Se investigaron sus cambios en el comportamiento de fumar y la tasa de adherencia a las guías de la Asociación Americana del Corazón para la prevención secundaria.	Autoreporte del paciente o reporte del acompañante al momento de la admisión hospitalaria.	Dejar de fumar después de un infarto de miocardio redujo la incidencia de eventos coronarios recurrentes como el principal determinante de la mortalidad. Sin embargo, una proporción considerable de los pacientes no dejan de fumar, al año el 80% de los pacientes trató de dejar de fumar, 27% de ellos comenzó a fumar nuevamente dentro del mes posterior al alta, mientras que el 65% tuvo éxito en dejar de fumar, lo que pone de relieve la necesidad de una gestión activa y agresiva de promoción y educación eficaz para mejorar la tasa de éxito de dejar de fumar entre los pacientes.
Park, Tahk, Bae & Son. (2013). Corea.	International Journal Of Nursing Practice	Examinar el efecto de una intervención psicoeducativa de 12 semanas en pacientes con eventos cardíacos recurrentes, la experiencia de los síntomas físicos y la adherencia al tratamiento en pacientes con	63	58	Estudio de diseño experimental y longitudinal. Los participantes fueron reclutados entre los pacientes a lo que se realizó una angioplastia coronaria transluminal percutánea en un centro de atención terciaria cardiaca en Corea del Sur desde marzo 2010 a noviembre 2010. De los 347 que cumplían los criterios de inclusión, sólo 63 dieron su consentimiento para	Cuestionarios de Autoreporte diseñados especialmente para la intervención.	A los 6 meses de seguimiento, el grupo de intervención tenía significativamente mejor las funciones físicas y reducidos los síntomas de ansiedad y depresión. La adherencia al tratamiento también fue significativamente mayor en el grupo de intervención que en el grupo control. Se necesita un estudio de seguimiento más largo para determinar los efectos a largo plazo sobre la prevención de eventos cardíacos recurrentes.

		enfermedad coronaria tras una intervención coronaria percutánea en Corea.			participar en el estudio. Después de estos 63 pacientes completaron las medidas de referencia, que fueron asignados al grupo de control (n = 32) o el grupo de intervención (n = 31).		
Murray, Murphy, Clements, Brown & Connolly. (2014). Inglaterra	Journal Of Public Health	- Examinar las tasas de captación y adherencia tanto en pacientes de prevención primaria y secundaria que asisten al programa MyAction ; - explorar los predictores de la adherencia (variables demográficas , clínicas y psicosociales) para el programa , tanto en pacientes de prevención primaria como en secundaria ; - comparar las tasas de captación, adhesión y también predictores de adherencia entre los dos grupos de diagnóstico	884	64	Estudio de tipo retrospectivo que compara la captación, adherencia y variables predictoras entre un grupo de pacientes con alto riesgo cardivoscular y otro de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida que fueron atendidos en el programa MyAction.	Autoreporte	Este estudio demostró tasas relativamente altas de captación y adherencia tanto para los pacientes con alto riesgo cardiovascular como para los pacientes con enfermedad cardiovascular. Las altas tasas de captación de pacientes con alto riesgo cardiovascular en particular son prometedoras ya que estos individuos son asintomáticos. Los hallazgos sugieren que las creencias sobre el tratamiento son predictores de la adherencia para ambas poblaciones. La edad avanzada también predijo la adherencia de los pacientes y la creencia de que la enfermedad fue causada por el alcohol también predijo la adherencia de los pacientes con enfermedad cardiovascular, pero no para los pacientes con alto riesgo cardiovascular.
Rajpura & Nayak. (2014). Estados Unidos	Journal Of Managed Care Pharmacy	Evaluar el rol de la percepción enfermedad, las creencias sobre la medicación, y la carga de enfermedad en la adherencia a la medicación en una muestra de personas de edad avanzada que sufren de hipertensión.	117	65	Diseño transversal, que utiliza una muestra por conveniencia y una batería de cuestionarios autoadministrados. Los participantes fueron reclutados de un centro de atención de día para adultos en Nueva York.	Escala de Adhesión a la Medicación de Morisky	Percepciones más benignas de la enfermedad y una mayor carga de enfermedad percibida se traduce en un menor cumplimiento de la medicación. Creencias positivas acerca de los medicamentos también son cruciales para dar forma a los comportamientos de adhesión de los individuos hipertensos de edad avanzada. Por tanto, las intervenciones y programas destinados a la construcción de la adherencia en los pacientes hipertensos de edad avanzada necesitan reconocer el valor y la importancia de las percepciones de los pacientes de la enfermedad y los medicamentos en la conformación de la conducta de adhesión.

Ali et al. (2017) Pakistan	Indian Heart Journal	Investigar la frecuencia y los predictores de no adherencia a los cambios en el estilo de vida y medicación de pacientes con enfermedad coronaria luego de ser sometidos a cirugía de revascularización.	265	67	Diseño transversal, que utiliza una muestra por conveniencia y una batería de cuestionarios autoadministrados. Los participantes que cumplieron con los criterios de elegibilidad recibieron un cuestionario precodificado 4 semanas o más después de la cirugía.	Para la evaluación de la adherencia a las modificaciones alimentarias y el ejercicio físico se elaboró un cuestionario de autoinforme del paciente especialmente diseñado para el estudio. Escala de Adhesión a la Medicación de Morisky	Se encontraron altas prevalencias de no cumplimiento en los cambios en el estilo de vida y utilización de medicación luego de la cirugía cardíaca. Los hallazgos resaltan la necesidad de una relación saludable entre el médico y el paciente a fin de proporcionar una mejor comprensión a los pacientes con respecto a su enfermedad y sus implicaciones a largo plazo. Plantean que se debe construir un modelo integral de cuidado de transición para guiar el desarrollo de intervenciones efectivas.

* *Los artículos son presentados según su año de publicación.*

Tabla 6. *Estudios cualitativos sobre Adherencia Terapéutica en Pacientes con Patología Cardiovascular*

Autores (año). País del Estudio	**Revista**	**Objetivo del Estudio**	Muestra		**Diseño y Metodología**	**Principales Resultados**
			N	Edad M		
Tolmie, Lindsay, Kerr, Brown, Ford & Gaw. (2003). Escosia.	European Journal Of Cardiovascular Nursing	Explorar la perspectiva de los pacientes sobre el tratamiento con estatinas y el cumplimiento con el regimen prescipto.	33	65	Estudio cualitativo exploratorio donde se realizaron entrevistas en profundidad con pacientes que habían sido diagnosticados de enfermedades cardiovasculares o que estaban en riesgo de cardiopatía coronaria. El tiempo mínimo que había sido prescrito el tratamiento con estatinas en el momento de la entrevista fue de 8 meses. La longitud máxima de tiempo fue de 7 años y 9 meses.	Las creencias de los pacientes, la comprensión sobre el colesterol y el papel de las estrategias para su modificación deben ser determinados antes de la iniciación de la terapia farmacológica y deben ser evaluadas periódicamente. Los profesionales que tienen una mejor comprensión de la perspectiva de los pacientes estarán mejor equipados para asegurarse que la información que le proporcionan a los pacientes es comunicada y entendida de manera adecuada y podrán utilizar mejores estrategias para que el cumplimiento sea adecuado, pertinente y aceptable.
Clark, Whelan, Barbour & MacIntyre. (2005). Escocia.	Journal Of Advanced Nursing	Explorar las experiencias de rehabilitación cardiaca y la percepción de los mecanismos y contextos que influyen en su eficacia a largo plazo.	47	68.1	Estudio cualitativo con realización de grupos focales.	Se requiere más apoyo para promover el cambio de comportamiento de la salud después de la finalización de la rehabilitación cardiaca. Al finalizar, los pacientes deben ser referidos a los servicios de ejercicios que se ofrezcan en la comunidad que sean seguros y apropiados, ya que la realización de ejercicio parece extender los efectos positivos para la salud de los mecanismos que promueven el cambio de comportamiento.
Rashid, Edwards, Walter & Mant. (2014). Reino Unido.	Annals Of Family Medicine	Entender desde la perspectiva del paciente los factores que promueven el mateniminto del uso de los medicamentos indicados.	391	No se reporta.	Revisión Sistemática en 7 bases de datos (MEDLINE, Embase, PsyINFO, SCOPUS, CINAHL, ASSIA and SSCI) en búsqueda de artículos cualitativos sobre las experiencias en el uso de medicación de pacientes con enfermedad coronaria	Los pacientes con enfermedad coronaria reconocen el papel fundamental del médico que prescribe la medicación. Proporcionar información específica del medicamento en el momento de iniciar el tratamiento, la mejora de la transición entre la atención primaria y secundaria, y explicar el riesgo de recurrencia de la enfermedad, pueden ayudar a modificar las actitudes del paciente hacia las drogas para prevenir la enfermedad.

2.3.3 – Discusión

Lo primero que surge al evaluar los estudios relevados es justamente la dificultad en definir de forma unánime a la adherencia terapéutica, dificultad que ya se había detectado al revisar teóricamente el constructo, y por tanto, las diferentes formas de definirla generan diferentes formas de evaluarla.

De las diferentes formas de evaluarla, la que predomina claramente es el autoreporte, lo que parecería tener sentido al tratarse de una conducta subjetiva y privada del individuo, pero también refleja el poco desarrollo que ha tenido en la psicología de la salud la temática de la adherencia, ya que justamente desde la psicología se trabaja con conductas subjetivas y privadas, a pesar de lo cual se han desarrollado innumerables instrumentos estandarizados como son las escalas, cuestionarios e inventarios para distintos constructos subjetivos.

En ocasiones, los estudios reportan datos de la paraclínica (presión arterial, colesterol, glicemia, etc.) como una forma de "objetivar" la conducta de adherencia. Este planteo tiene sus dificultades, ya que a través de la paraclínica se está relevando el cumplimiento de un objetivo terapéutico que no es lo mismo que la adherencia terapéutica.

Como se mencionó, la adherencia terapéutica está influenciada por diversos factores que no necesariamente se ven reflejados en el logro terapéutico, por ejemplo, un paciente que logra descender los niveles de colesterol a los parámetros esperados, sin dudas está logrando un objetivo terapéutico, sin embargo no se puede responder a qué se debió a

no ser que se apele al autoreporte. ¿Su descenso del colesterol se debió a que comenzó a realizar ejercicio? ¿Realizó cambios en su plan de alimentación? ¿Comenzó a tomar estatinas?.

Además de las dificultades en su definición, se encontraron una clara mayoría de estudios que apuntan a la adherencia al tratamiento farmacológico, lo que puede tener que ver con la poca financiación que existe para estudios que trabajen en la modificación de las conductas, frente al gran potencial económico que maneja la industria farmacéutica. Dificultad que ya había sido detectada por Martín Alfonso y Grau Abalo en su artículo del 2004, en el que establecían que la adherencia "es un tema [que en la literatura científica] se limita casi exclusivamente a los medicamentos" (p.90).

En lo que refiere a la adherencia farmacológica, Mansur et al. (2013), Ye et al. (2003) y Kopjar (2003) señalan que el costo de la medicación tiene un rol importante en el mantenimiento del tratamiento por parte de los pacientes, siendo una de las barreras más asociadas a la falta de adherencia. En la revisión sistemática de revisiones sistematicas ("*overview*") de Mathes et al. (2014) se establece que los co-pagos y los costos de la medicación muestran en todas las revisiones estudiadas, un efecto negativo en la adherencia.

El obstáculo referido al costo de la medicación también es mencionado por Maddox y Ho (2009) en la revisión de la literatura que realizaron, y si bien no se encontraron estudios que hagan referencia a los obstáculos económicos para la adherencia a otras indicaciones como pueden ser la actividad física y la alimentación saludable, a partir de

la experiencia del trabajo con los pacientes se observa que es una de las dificultades que muchas veces reportan, sobre todo en lo vinculado a la alimentación.

Con la actividad física, la situación es distinta, ya que la indicación por excelencia son las caminatas, las que no tienen un costo económico y además en los últimos años ha variado su realidad, al menos en Montevideo, con la proliferación de los gimnasios al aire libre que se han colocado en todos los barrios de la ciudad. Sin dudas un tema relevante a seguir investigando.

Como se mencionó anteriormente, un 25 % de los estudios encontrados refieren al cumplimiento de las pautas de tratamiento establecidos por las distintas guías clínicas, lo que podría estar indicando la gran preocupación de la comunidad científica en que las mismas sean cumplidas por los médicos tratantes. Sin embargo, el que la indicación sea realizada no alcanza para que el tratamiento efectivamente sea llevado a cabo por el paciente. Newby et al. (2006) encuentran que sólo un 70 % de los pacientes que retiraron por primera vez medicación logran mantener su utilización, por lo que adentrarse en los otros factores que intervienen en la adherencia resulta prioritario.

Cuando se evalúa la adherencia a distintas indicaciones, no sólo a la medicación, se observa una mejor adherencia a la medicación que a los estilos de vida saludable, al menos así lo indican los estudios de Ali et al. (2017), Choi et al. (2013), Muñiz et al. (2010) y Park (2013). En este sentido, como ya se mencionó, la conclusión de Muñiz et al. (2010) es contundente: “tomar la medicación es más fácil para los pacientes que cambiar su estilo de vida” (p.9).

Se encontraron pocos estudios que se introducen en los factores relacionados con el paciente, cuatro con metodología cuantitativa y tres con cualitativa, que si bien representan casi un 50 % de los artículos finalmente incluidos en la revisión, son sólo un 4,5 % del total de artículos arrojados en la búsqueda. En ellos se destaca el rol protagónico de las creencias sobre la medicación y sobre el tratamiento, cuanto más confianza tiene el paciente en que el tratamiento realmente lo va a ayudar a estar mejor más comportamientos relacionados con la adherencia tiene. Estas creencias, no sólo tienen que ver con las experiencias previas del paciente, sino que también se van edificando en la relación que establece con el equipo de salud tratante y con el apoyo que percibe el paciente que le otorga el equipo (Ali et al., 2017; Clark, et al., 2005; Rashid et al., 2014).

Tolmie et al. (2003) concluyen que aquellos profesionales que tengan un mejor entendimiento de la perspectiva del paciente podrán evaluar mejor qué información proporcionarle, de qué manera comunicarla e implementar las estrategias apropiadas para la mejora de la adherencia. Lo que sin duda remite a la necesidad de la personalización en el tratamiento de los pacientes, lo que trasciende ampliamente las recomendaciones realizadas por las guías clínicas.

De las variables sociodemográficas, la única que ha demostrado ser significativa a la hora de evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes es la edad (Murray et al., 2013; Ye et al., 2007; Kopjar, 2003). A mayor edad mayor adherencia, si bien no se tienen respuestas aún de por qué esto sería así. ¿A lo que son mayores tendrán más tiempo libre como para estructurar su tratamiento y por eso adhieren mejor? ¿Será que al tener más edad la sensación de vulnerabilidad y de finitud es mayor que en los

pacientes más jóvenes y por eso se busca realizar comportamientos que los ayuden a mantener la vida y su calidad de vida? Preguntas que no tienen respuesta aún.

En lo que respecta a las limitaciones de la presente revisión, es posible que haya existido un sesgo de publicación, ya que la búsqueda se realizó en inglés, español y portugués, considerando únicamente artículos incluidos en revistas arbitradas, dejando de lado los estudios no publicados y la búsqueda en la llamada “literatura gris”.

Asimismo, los resultados posiblemente no se puedan transferir a otras enfermedades crónicas, ya que para la presente revisión se consideró sólo la enfermedad cardiovascular, si bien hay algunos hallazgos que podemos pensar puedan ser generalizables como ser el costo del tratamiento, lo referido a las conductas relacionadas con el estilo de vida y el rol de las creencias del paciente.

2.4 – Conclusiones

La definición de adherencia terapéutica ha variado con los años, centrándose inicialmente en el acatamiento del paciente a las indicaciones de su médico tratante (fundamentalmente en lo referido al consumo de la medicación recetada), hasta la concepción que se maneja en nuestros días que apunta más a un acuerdo, basado en una relación de colaboración entre el paciente y el equipo de salud (no sólo el médico), centrándose no sólo en el aspecto farmacológico del tratamiento sino a lo referido a la adquisición de un estilo de vida saludable.

Justamente en la adhesión al tratamiento farmacológico y al estilo de vida saludable es donde se encuentran diferencias significativas a la hora de su implementación por parte de los pacientes, ya que si bien la adhesión al tratamiento farmacológico presenta sus propios obstáculos parecería ser más accesible para los pacientes que la adopción de pautas saludables que implican cambios de conductas que se encuentran muy arraigadas en el individuo y que le implican mayor compromiso conductual.

Como se pudo apreciar, el fenómeno de la adherencia terapéutica resulta complejo y se encuentra influenciada por muchos factores, tanto del paciente como de los proveedores, por lo que las soluciones tendrán que buscar superar varios obstáculos al mismo tiempo para que la atención sea pertinente y eficaz.

Tener esta primera aproximación al constructo de adherencia terapéutica y a los datos disponibles concretamente en la patología cardiovascular, habilitan a realizar la afirmación de que son pocos los estudios que involucran variables psicológicas en el fenómeno de la adherencia. Por lo que en el siguiente capítulo se buscará profundizar en algunas de estas variables.

Capítulo 3

Factores de Riesgo Psicosociales y Adherencia al tratamiento en Prevención Secundaria Cardiovascular

Capítulo 3

Factores de Riesgo Psicosociales y Adherencia al tratamiento en Prevención Secundaria Cardiovascular

En el presente capítulo se presenta la evidencia disponible en la literatura científica sobre la relación entre los factores de riesgo psicosociales y la adherencia terapéutica, profundizando más específicamente entre la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad, ya que es a partir de estas variables que se busca explorar las características de una muestra de pacientes uruguayos sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica que forman parte de un programa de prevención secundaria.

3.1 – Factores de riesgo psicosociales

Como plantean Strike y Steptoe ya en el año 2004, "el hecho de que los factores de riesgo tradicionales solo representen aproximadamente dos tercios de los casos de enfermedad coronaria ha estimulado el interés de los investigadores en la relación entre la enfermedad coronaria y los factores psicosociales" (2004, p. 337).

En el estudio internacional *Interheart* llevado a cabo entre 1999 y 2003 con el objetivo de evaluar la importancia de los factores de riesgo para la enfermedad coronaria en todo el mundo, se observó que los factores de riesgo potencialmente modificables suponían más de un 90 % del riesgo de una enfermedad coronaria inicial. En el mencionado estudio, se incluyeron 15152 casos y 14820 controles de 52 países en Asia, Europa, Medio Oriente, África, Australia, América del Norte y América del Sur, lo que

evidencia la relevancia de los datos reportados. Entre los factores potencialmente modificables se encontraron el tabaquismo, las concentraciones de lípidos en sangre anormales, la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad abdominal, la inactividad física, bajo consumo diario de frutas y hortalizas, el consumo excesivo de alcohol y los factores psicológicos (fueron indagados depresión, locus de control y estrés percibido) (Yusuf et al., 2004).

Es conocido que estos factores tienen un efecto directo sobre el sistema cardiovascular tanto por vía inmunológica como neuroendocrina, o también indirecto, como por ejemplo, dificultando la obtención de una buena adherencia terapéutica o la rehabilitación cardíaca (Gallagher, Prenti & Doyle, 2015).

La presencia de factores de riesgo psicosociales se ha relacionado con hábitos no saludables y con factores de riesgo del estilo de vida, como son la falta de cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, la escasa actividad física, la dieta poco saludable y el tabaquismo, todos factores que tienen gran relevancia en el pronóstico de la enfermedad (Vaccarino & Bremner, 2013).

No obstante, como se mencionó en el capítulo anterior, la pregunta sobre cuáles son los factores que influyen en la adherencia terapéutica continúa sin respuesta, ya que si bien hay diversos estudios que intentan responder, la evidencia disponible hasta el momento no resulta concluyente (Iakovleva, 2016).

Como se señaló en el capítulo 1 cuando se mencionaban los factores de riesgo cardiovascular, la Guía Europea sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en

la Práctica Clínica incluye los llamados “factores de riesgo psicosociales”, ya que “estos factores actúan como obstáculos a la adherencia al tratamiento y la mejora del estilo de vida, así como al fomento de la salud y el bienestar en pacientes y poblaciones” (Perk et al., 2012, p.e17), lo que demuestra claramente la relevancia de su estudio para optimizar su manejo clínico en busca de obtener un mejor cuidado y calidad de vida para los pacientes.

Bajo el nombre de factores psicosociales se incluyen diversos aspectos como ser el nivel socioeconómico bajo, el apoyo familiar, estrés laboral y familiar, la presencia de sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad, los que ya fueron mencionados brevemente en el capítulo 1 (Pogosova et al., 2015; Smith & Blumental, 2011).

En el año 2015 la Sociedad Europea de Cardiología publica un artículo en su Revista Europea de Cardiología Preventiva en la que se presenta la posición de la Sección de Rehabilitación Cardíaca de la Asociación Europea de Prevención Cardiovascular y Rehabilitación de la Sociedad Europea de Cardiología sobre los aspectos psicosociales en la rehabilitación cardíaca, en el que se concluye que “ el éxito de la rehabilitación cardíaca puede depender críticamente de la interdependencia del cuerpo y la mente y esta interacción debe reflejarse a través de la evaluación y gestión de los factores de riesgo psicosociales en línea con la evidencia científica sólida, por personal capacitado, integrado en el equipo asistencial” (Pogosova et al., 2015, p. 1299).

Afortunadamente, más allá de la sabiduría popular que vincula el estrés y las emociones negativas a la enfermedad cardiovascular, se dispone hoy de la evidencia necesaria

como para afirmar que tanto mecanismos fisiopatológicos como conductuales interactúan y contribuyen en el inicio, progreso y manifestación clínica de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (Tabla 7), por lo que su adecuado abordaje implicará ambos mecanismos también.

Tabla 7

Mecanismos que vinculan los factores de riesgo psicosociales con la enfermedad coronaria

Mecanismo Fisiopatológicos	- Eje hipotalámico-pitutario-adrenal y disfunción del sistema nervioso autónomo: incremento actividad simpática y/o reducción de la actividad vagal, hipercortisolemia con aumento - Factor liberador de corticotropina (aumento de los ácidos grasos libres); variabilidad reducida de la frecuencia cardíaca. - Reducción de la serotonina, que conduce a la disfunción plaquetaria, hiperactividad e hipercoagulabilidad. - Deficiencia de ácidos grasos Ω-3. - Niveles elevados de homocisteína. - Disfunción Endotelial. - Isquemia miocárdica inducida por estrés. - Biomarcadores inflamatorios elevados (proteína C-reactiva, interleucina-6, molécula de adhesión intercelular-1).
Mecanismos Conductuales	- Estilo de vida no saludable (dieta no saludable, tabaquismo, beber alcohol en exceso, sedentarismo). - Reducción de las oportunidades de éxito de la modificación de los factores de riesgo (como dejar de fumar). - Disminución de la adherencia a los regímenes de tratamiento médico. - Bajos niveles de participación en programas de rehabilitación cardíaca y reducción de la calidad de vida.

Fuente: Adaptado de Pogosova et al. (2015) y Penninx (2017).

Es de tal envergadura la relación entre los mecanismos fisiopatológicos y conductuales que ya se dispone de evidencia concluyente que afirma que emociones intensas y estresores agudos de la vida (que se acompañan comúnmente de emociones intensas)

pueden desencadenar eventos cardiovasculares y aumentar su mortalidad dentro de unas pocas horas a varios meses, por ejemplo después de la muerte de un ser querido, desastres naturales, ataques terroristas o incluso grandes torneos deportivos (Vaccarino & Bremmer, 2013).

Para entender mejor el papel que desempeñan todos los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, es importante recordar que los factores de riesgo psicosociales suelen presentarse relacionados y coexisten con los factores de riesgo tradicionales de la enfermedad cardiovascular (Rozanski, Blumental & Kaplan, 1999). Por ejemplo, el bajo nivel socioeconómico a menudo se asocia con aislamiento social, depresión y comportamientos de estilo de vida poco saludables. El estrés puede estar relacionado con el tabaquismo, el aumento del consumo de alcohol y la obesidad. Aquellas personas con escaso apoyo social es menos probable que dejen de fumar o cumplan regímenes médicos (Wulsin & Barsky, 2008).

De los mencionados factores de riesgo psicosociales, la Sección de Rehabilitación Cardíaca de la Asociación Europea de Prevención Cardiovascular y Rehabilitación de la Sociedad Europea de Cardiología (Pogosova et al., 2015), mencionan como de mayor relevancia para el mal pronóstico en los pacientes con enfermedad coronaria el bajo apoyo social, los rasgos de personalidad y el afecto negativo (en particular depresión y ansiedad). Siendo en estos dos últimos los que se decidió profundizar en el presente trabajo de investigación.

3.2 – Sintomatología Psicopatológica y Adherencia Terapéutica

Antes de realizar un acercamiento a los elementos psicopatológicos, se consideró importante definir lo que se entiende por salud mental. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946, entrando en vigor el 7 de abril de 1948, establece que: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud en general, y dentro de ella la salud mental, como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

Por tanto, "la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad" (OMS, 2013, p.42).

Se debe tener presente que la salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social, por lo que el concepto de salud mental trasciende el ausencia de trastorno mental y sus elementos psicopatológicos, pero se considero necesario ahondar en la definición de los mismos para lograr una mayor comprensión.

Para la American Psychiatric Association (Asociación de Psiquiatría Americana [APA]) "un trastorno mental es un síndrome (conjunto de signos y síntomas) caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos

psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental" (APA, 2014b, p.5). Siendo en la exploración psicopatológica donde se trata de evaluar el estado de diversas funciones psíquicas, detectar y describir sus anomalías (Vallejo Ruiloba, 2006).

En el "Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020" de la OMS (2013) se afirma que los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por VIH/Sida, y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes. Siendo en este sentido que se consideró relevante indagar esta temática en el presente trabajo de investigación.

Sin embargo, es menos probable que en la práctica cardiológica habitual se reconozcan y traten los trastornos psicológicos y psiquiátricos que los factores de riesgo tradicionales de la enfermedad cardiovascular, lo que se debe no sólo a la complejidad de definirlos y evaluarlos, sino a que muchos síntomas psicológicos o psiquiátricos se confunden fácilmente con elementos de una enfermedad física, por ejemplo, fatiga, pérdida de peso, falta de apetito o problemas para dormir (Vaccarino & Bremmer, 2013).

Los estados psicológicos negativos son experiencias comunes en los pacientes con enfermedad cardiovascular, siendo hasta la última década la depresión la que ha recibido mayor atención en esta población, sobre todo por su alta prevalencia en los pacientes que han pasado por un evento cardiovascular mayor. Sin embargo, la ansiedad ha emergido como otro constructo importante, tanto por su alta prevalencia

como por su frecuente comorbilidad con la depresión, y que puede influir en el curso de la enfermedad independientemente de la depresión (Celano, Daunis, Lokko, Campbell & Huffman, 2016).

Murray, Craigs, Hill, Honey y House (2012) en su revisión sobre los factores que reportaban los pacientes asociados a las dificultades para la concurrencia y finalización a los programas de cambio de estilo de vida para la salud cardiovascular, informan que ansiedad y depresión son los factores emocionales más frecuentemente mencionados.

Chauvet-Gelinier y Bonin (2017) plantean que una de las primeras tareas del equipo asistencial es detectar problemas emocionales como ansiedad y depresión. Por lo que consideran una buena opción la medida adoptada por algunas unidades cardiológicas que para optimizar la evaluación de los trastornos afectivos utilizan rutinariamente cuestionarios autoaplicados, como el Inventario de Depresión de Beck o la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, que dan idea general de la gravedad del episodio ansioso/depresivo en el que en ocasiones se encuentran los pacientes.

Cabe destacar que, estos mismos autores afirman que estas herramientas psicométricas no reemplazan la entrevista clínica y no proporcionan un diagnóstico psiquiátrico, pero revelan ciertos trastornos emocionales, y pueden confirmar una impresión clínica, o simplemente facilitar el intercambio entre el equipo tratante y el paciente (Chauvet-Gelinier & Bonin, 2017).

Realizadas entonces estas puntualizaciones en lo que refiere a psicopatología, se ahondará específicamente en la relación entre Depresión y Ansiedad con Enfermedad Cardiovascular.

3.2.1 – Depresión

La OMS (2018) define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (Temas de salud: Depresión, párr..1).

Si bien existen diversas definiciones y criterios para el diagnóstico de depresión, la más aceptada a nivel internacional es la que establece la APA en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que actualmente se encuentra en su quinta revisión (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-5]). En el cual en su capítulo Trastornos Depresivos se encuentran los criterios diagnósticos para las diversas presentaciones del mismo (Tabla 8).

Tabla 8

Trastornos incluidos dentro del Capítulo de Trastornos Depresivos del DSM-5

1)	Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
2)	Trastorno de Depresión Mayor (incluye el episodio depresivo mayor)
3)	Trastorno Depresivo Persistente (distimia)
4)	Trastorno disfórico premenstrual
5)	Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
6)	Trastorno depresivo debido a otra afección médica
7)	Otro trastorno depresivo especificado
8)	Otro Trastorno depresivo no especificado

Fuente: American Psychiatric Association (2014a)

Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de "trastornos del estado de ánimo" en "trastornos depresivos" y "trastorno bipolar y trastornos relacionados". El rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo, siendo lo que los diferencia la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología (APA, 2014b).

El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos de su versión anterior (DSM-IV-TR), para el episodio de depresión mayor, el que representa el trastorno clásico de este grupo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014). La característica esencial del episodio de depresión mayor continúa siendo un período de al menos dos semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de cinco síntomas de los cuales al menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o

placer por todas o casi todas las actividades (Tabla 9). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada (APA, 2014b).

Tabla 9

Criterios Diagnósticos para Trastorno de Depresión Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme,trastorno delirante, u otro trastorno especificado o noespecificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Fuente: American Psychiatric Association (2014b)

El Trastorno Depresivo es considerado por la OMS como un trastorno mental común por ser altamente prevalente en la población, al igual que el Trastorno de Ansiedad, y se estima a escala mundial que afecta a casi 300 millones de personas, lo que equivale a un 4,4 % de la población Mundial (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Para la APA la prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es de aproximadamente un 7 % con diferencias importantes según el grupo de edad, al punto que los sujetos entre 18 y 29 años tienen una prevalencia tres veces mayor que los de 60 años o más, siendo las mujeres las que presentan las mayores tasas, llegando a ser 1,5 a 3 veces mayores que las de los hombres (APA, 2014b).

Como mencionan tanto Romero (2007) como Muñiz, Alvarez, Silveira, Ormaechea y Silveira (2013) en Uruguay no existen datos oficiales publicados sobre la prevalencia de la depresión tanto en la población general como en los pacientes con enfermedad cardiovascular, por lo que hay que recurrir a otras fuentes de información para intentar realizar una aproximación a la situación nacional.

Romero (2007) presenta los datos publicados en un periódico local que surgen de una encuesta realizada por una consultora privada de Uruguay en setiembre de 1998 donde se establece que un 29 % de los uruguayos urbanos tuvieron al menos síntomas depresivos durante el primer semestre de ese año. Ese 29% queda compuesto por un 11% que sufrió depresión mayor, un 5% depresión menor, y un 13% que tuvo síntomas depresivos que, según su propio criterio no afectaban sustancialmente su vida cotidiana. Muñiz et al. (2013) se refieren a una Conferencia no publicada de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay brindada en mayo de 2008 por Lista y González, en la que se

establece la prevalencia de depresión mayor en un 15%, la depresión menor 7% y solo síntomas depresivos 26%.

La OPS (2017) en su publicación “Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales”, presenta en Anexos la prevalencia a partir de estimaciones específicas a nivel de país correspondientes al año 2015. En él, a nivel de Región de las Américas se presenta a Uruguay con el 5%.

Como se puede apreciar, la ausencia de datos oficiales nos lleva a hacer estimaciones que pueden ser muy disimiles, ya que se mencionan en las diferentes fuentes prevalencias de entre 5 y 15% de depresión mayor en población general.

Cuando se piensa en la prevalencia de la depresión en trastornos con patología cardiovascular, se dispone en Uruguay de una única publicación perteneciente a la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas de Muñiz et al., del año 2013. En el mencionado estudio la prevalencia de depresión en la cohorte llega al 29,8%, si bien por tratarse de un estudio basado en una muestra elegida por conveniencia (más allá de provenir de un hospital de referencia) los resultados obtenidos no son generalizables a la población de pacientes con Insuficiencia Cardíaca y mucho menos a los pacientes con otras patologías cardiovasculares. A pesar de esto, la prevalencia reportada resulta un dato relevante a tener en cuenta ya que la presencia de depresión implica mayor riesgo para estos pacientes (Muñiz et al., 2013).

Debido a la mencionada dificultad de contar con datos nacionales, se decidió indagar en los datos internacionales como alternativa para realizar una aproximación a la realidad de los pacientes con patología cardiovascular y depresión.

Antes de presentar los datos encontrados, vale recordar la observación realizada por Thombs et al., (2006) en su revisión de las investigaciones, en la que refieren que la prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular depende de la población estudiada, la escala utilizada y del punto de corte seleccionado. En las distintas investigaciones la depresión como factor de riesgo varía desde síntomas depresivos leves (subclínicos), a un diagnóstico clínico de trastorno depresivo mayor según la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA (Thombs et al., 2006), lo que quiere decir que se pueden encontrar diversas concepciones de lo que es depresión y por tanto diferentes prevalencias.

Gallagher et al. (2015) refieren que las distintas revisiones establecen que aproximadamente un 20 % de los pacientes con enfermedad coronaria cumplen los criterios para el diagnóstico de depresión mayor según la APA, y que la cifra asciende a un 31 % si se toman en cuenta los niveles subclínicos de síntomas depresivos.

En lo que refiere a diferencias según género, la prevalencia de depresión después de un infarto fue más alta en mujeres que en hombres, pero la asociación entre depresión y el pronóstico cardíaco fue peor para los hombres (Doyle et al.,2015).

Se debe tener presente que frecuentemente la evaluación de la depresión en pacientes con enfermedad coronaria es un desafío clínico porque los síntomas depresivos a

menudo se confunden debido al deterioro de la salud física. En la investigación realizada por McGuire, Eastwood, Macabasco-O´Connell y Doering (2014) los síntomas de fatiga y problemas del sueño fueron los más prevalentes y los de culpa e ideación suicida los menos. En este mismo sentido, Pragle y Salahshor (2018) plantean que fatiga e insomnio son síntomas que se ven frecuentemente en los pacientes que han tenido una internación por una condición cardíaca y ellos no siempre indican la presencia de depresión.

Otro dato relevante es que, si bien hace falta mayor investigación porque los estudios de los que se disponen son escasos, aparentemente la depresión se presentaría habitualmente en la hospitalización (es decir en el momento de la presentación aguda de la enfermedad cardiovascular) o en los períodos más cercanos a ella, disminuyendo a medida que transcurren las semanas y meses, a pesar de lo cual su prevalencia continua siendo mayor que en población general o pacientes de medicina general (Lett, Ali & Whooley, 2008; Bradley & Rumsfeld, 2015; Nicholson, Kuper & Hemingway, 2006).

En este sentido, Palacios, Khondoker, Mann, Tylee y Hotopf (2018) realizan un estudio de seguimiento durante 3 años a 803 pacientes con enfermedad coronaria cardiovascular en el que evalúan en 7 oportunidades la sintomatología ansiosa y depresiva a través del "Hospital Anxiety and Depression Quiestionnarie" (HADS) y describen cinco distintas trayectorias de la sintomalogía: los establemente bajos, los crónicamente altos, los que mejoran, los que empeoran y los que fluctúan. Arribando a la conclusión de que los síntomas de ansiedad y depresión son altamente prevalentes en los pacientes con enfermedad cardiovascular estable y que presentan una condición crónica y fluctuante.

La proximidad de la aparición de los síntomas depresivos al evento cardiovascular puede estar relacionado como plantean Carney y Freedland (2008) con el estrés psicológico que se asocia a la presencia de una enfermedad cardiovascular. Durante semanas y meses, los sobrevivientes a un evento cardiovascular se ven enfrentados a la naturaleza mortal de su propia existencia, a la incertidumbre que implica la recuperación de la enfermedad, con la posibilidad de estar incapacitados para el retorno a su vida habitual. Las actividades usuales a menudo son restringidas y en algunos casos, roles familiares y laborales pueden verse gravemente comprometidos. Muchas veces, individuos que hasta el momento se autopercibían como "sanos" tienen que aprender a lidiar con la fatiga y las limitaciones que implica la enfermedad.

En lo que refiere al rol que puede cumplir la depresión en la adherencia al tratamiento, los estudios indican que los pacientes con enfermedad cardiovascular y depresión tienen síntomas cardiovasculares más severos, adhieren menos a las recomendaciones conductuales y de cambio en el estilo de vida que apuntan a reducir los riesgos que eventos cardiovasculares posteriores (Ziegelstein et al., 2000).

Bladley y Rumsfeld (2015) plantean que los pacientes deprimidos tienen de 2 a 4 menos probabilidades de adherir a su régimen de medicación, seguir las recomendaciones sobre estilo de vida saludable y llevar a cabo el autocuidado.

Por ejemplo, en el estudio "*Heart and Soul Study*" en el que se siguieron 940 pacientes con enfermedad coronaria estable, se evalúo la adherencia a la medicación a través del autoreporte. La no adherencia con el régimen de tratamiento fue reportada por el 5 %

de los pacientes no deprimidos, 7 % de los pacientes con depresión leve y 14 % de los pacientes con depresión severa (Gehi, Hass, Pipkin & Whooley, 2005).

En esta misma línea en el estudio de Rieckmann et al. (2006) se concluye que el diagnóstico y el tratamiento de los síntomas depresivos mejora la adherencia a la medicación en pacientes que sufrieron un síndrome coronario agudo.

También en una revisión sistemática realizada por Doyle et al. (2014) sobre el impacto de la depresión en la cesación de tabaquismo de pacientes con enfermedad coronaria cardiovascular, los autores concluyen que los pacientes con síntomas depresivos tienen menos tasas de cesación de tabaquismo que los no depresivos por lo que afirman que los síntomas depresivos contribuyen al aumento del riesgo cardiovascular en los fumadores al reducir sus probabilidades de cesación.

Feng et al. (2017) en una muestra de 1934 pacientes que fueron sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea encontraron que los pacientes con depresión reportaron una adherencia más baja a la medicación para medicamentos hipolipemiantes, menores porcentajes de cesación de tabaquismo, un pobre control del IMC y bajos niveles de actividad física.

Para Chauvet-Gelinier y Bonin (2017), la depresión mayor es a veces la causa de trastornos psico-comportamentales como la pérdida de interés en llevar a cabo tareas simples (como preparar comidas y/o realizar actividad física), lo que explica muchas veces los malos hábitos del estilo de vida de los pacientes deprimidos que no pueden

reunir suficiente energía o motivación para considerar dejar de fumar o cambiar a una dieta balanceada o mantener actividad física regular.

En este sentido, Penninx (2017) plantea que la asociación entre depresión y enfermedad cardiovascular puede ser considerada un “espiral descendente en el que la depresión y la enfermedad cardiovascular mutuamente se refuerzan una a la otra” (p.278).

De todos los factores psicológicos que se vinculan con la enfermedad cardiovascular, ha sido la depresión la que ha tenido la mayor atención para la investigación en los últimos 30 años, estando hoy claramente establecido que la depresión es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de una enfermedad cardiovascular para población general y un factor de riesgo para el pronóstico en pacientes con enfermedad cardiovascular (Martens et al., 2010).

De hecho, dado el abrumador número de estudios que relacionan la depresión con la enfermedad cardiovascular, en el año 2008 la Asociación Americana del Corazón incluyó en sus recomendaciones clínicas un examen de detección sistemática de la depresión en todos los pacientes cardiovasculares, y en el 2014 declaró a la depresión como un factor de riesgo para un mal pronóstico en los pacientes con infarto agudo de miocardio (Huffman & Celano, 2015), lo que pone en evidencia la necesidad inminente del abordaje de esta problemática.

3.2.2 – Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Se la considera una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

La ansiedad constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, siendo cierto grado de ansiedad, incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. No obstante, en ocasiones sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, convirtiéndose en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual, los que se presentan en la Tabla 10 (Vallejo, 2006).

Tabla 10

Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuentes, problemas de la esfera sexual.	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor
	Obsesiones y/o compulsiones

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008).

Para la APA los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas, definiendo “el miedo como una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, y a la ansiedad como una respuesta anticipada a una amenaza futura” (APA, 2014b, p. 189).

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de períodos de desarrollo apropiados. Muchos de ellos se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La

mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1) (APA, 2014b).

En el capítulo de Trastornos de Ansiedad del DSM-5 los diferentes cuadros se encuentran ordenados según la edad típica de inicio de los síntomas, en la Tabla 11 se encuentran los trastornos incluidos en ese capítulo.

Tabla 11

Trastornos incluidos dentro del Capítulo de Trastornos de Ansiedad del DSM-5

1) Trastorno de ansiedad por separación
2) Mutismo selectivo
3) Fobia Específica
4) Trastorno de ansiedad social (fobia social)
5) Trastorno de pánico
6) Agorafobia
7) Trastorno de Ansiedad Generalizada
8) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
9) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
10) Otro trastorno de ansiedad especificado
11) Otro trastorno de ansiedad no especificado

Fuente: American Psychiatric Association (2014a)

Como ya fue mencionado, el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad son considerados por la OMS como trastornos mentales comunes por ser altamente prevalentes en la población y se estima que el trastorno de ansiedad afecta a nivel mundial a un 3,6%. Según los datos publicados por la OPS, a nivel de Región de las

Américas Uruguay tiene una prevalencia del 6,4% (OPS, 2017), siendo este el único dato a nivel nacional del que se dispone.

Al igual que los síntomas depresivos, los síntomas ansiosos, se presentan frecuentemente en lo pacientes con enfermedad coronaria cardiovascular, con rangos de prevalencia que van del 20% al 30% (Celano et al., 2016; Martens et al., 2010).

Celano et al. (2016) establecen que la relación entre la ansiedad y la salud cardiovascular es compleja. La ansiedad como respuesta normal frente a situaciones estresantes, como puede ser un evento cardiovascular, puede llegar a ser beneficiosa e impulsar al individuo a comprometerse con su tratamiento; sin embargo cuando se presenta en exceso o por períodos muy prolongados, la ansiedad es considerada perjudicial tanto para la salud mental como para la salud en general.

Muchas veces la reacción inicial frente a la enfermedad cardiovascular es la respuesta de ansiedad, la que constituye una reacción humana esperable, sin embargo los niveles muy altos de distress vinculados al miedo a morir, la incapacidad o el dolor pueden afectar el pronóstico de la enfermedad (von Känel, Hari, Schmid, Saner & Begré, 2011).

Algunos pacientes se ponen ansiosos sobre su pronóstico y sobre la recuperación de su capacidad física, sexual, social y ocupacional, llegando a evitar cualquier actividad física, esfuerzo emocional, sexo y otras actividades, por temor a que estos sean perjudiciales para su salud (Pogosova et al., 2015).

Si bien existen estudios que consideran a la ansiedad como un elemento motivante que empuja al paciente a estar ansioso por cumplir su dieta, realizar ejercicio, evitar comportamientos perjudiciales como el fumar o tomar alcohol excesivamente, ayudando a la implementación de un estilo de vida más saludable (Benyamini, Roziner, Goldbourt, Drory & Gerber, 2013), generalmente, la literatura cataloga su presencia en los pacientes con enfermedad cardiovascular como negativa y destructora de su calidad de vida y la percepción de la misma (Koivula, Hautamaki-Lamminen & Astedt-Kurki, 2010; Tully, Backer, Turnbull, Winefield & Knigth, 2009; Tully, Cosh & Baune, 2013).

Un meta-analisis realizado en el 2010 por Roest, Martens, Denollet y De Jonge, concluye que los síntomas de ansiedad son predictivos para todas las causas de mortalidad, mortalidad cardíaca y nuevos eventos cardíacos durante un seguimiento promedio de tres años.

Si bien la mayor parte de la literatura se enfoca en la ansiedad como síntoma, también se encuentran trabajos que vinculan los trastornos de ansiedad, como el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Estrés Post-traumático, con la salud cardiovascular.

Tully y Cosh (2013) realizan un metaanálisis sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada en el que reportan una alta prevalencia en los pacientes con enfermedad cardiovascular, siendo la prevalencia puntual del 11% y de un 26 % a lo largo de la vida, datos que son significativamente altos si se comparan con el 3-7 % en población general que se reporta en la población norteamericana. Los estudios sugieren que el Trastorno de Ansiedad Generalizada se encuentra asociado con una pobre salud

cardiovascular en todos los estados de la enfermedad cardiovascular (Frasure-Smith & Lesperance, 2008; Roest, Zuidersma & de Jonge, 2012; Tully, Winefield, Baker, Denollet, Pedersen & Wittert, 2015).

Edmondson et al. (2012) también en un metaanálisis, reportan una prevalencia de síntomas clínicamente significativos del Trastorno por Estrés Post Traumático, atribuible a la experiencia traumática de pasar por un evento coronario agudo, de un 16%, empeorando el pronóstico en los pacientes con patología cardiovascular. Con respecto a este trastorno en particular la evidencia de la asociación con la patología cardiovascular no es concluyente, sobre todo porque varios estudios se realizan con veteranos de guerra por lo que queda por determinar si estos resultados pueden ser generalizables a otro tipo de población (Celano et al., 2016).

La ausencia de un modelo definitivo que explique la relación entre los trastornos de ansiedad y la enfermedad cardiovascular, habilita a que se pueda hipotetizar (como se mencionó anteriormente al hacer referencia de los factores de riesgo psicosociales) sobre un modelo que integre mecanismos comportamentales y fisiológicos (Celano et al., 2016).

A nivel comportamental parecería que las personas que experimentan ansiedad son menos propensas a participar en conductas saludables. Tienden a tener mayor colesterol en la dieta, un consumo de energía total elevado, un estilo de vida sedentario y disminución de la actividad física (Bonnet et al., 2005). Datos que son consistentes con los hallazgos que refieren a que los pacientes con Trastorno de Pánico y Trastorno por

Ansiedad Generalizada tienen mayores probabilidades de tener dislipemia, obesidad, diabetes y consumo de sustancias (Celano, 2016).

Kuhl, Fauerbach, Bush y Ziegelstein (2009) concluyen que en los pacientes con patología cardiovascular, la ansiedad se asocia con una menor probabilidad de adherirse a una serie de recomendaciones para reducir el riesgo después del Infarto de Miocardio, incluida la cesación de tabaquismo, la búsqueda de apoyo social y reducción del estrés.

En la misma línea se encuentran los hallazgos de Benninghoven et al (2006), los que reportan que los pacientes con niveles de ansiedad más altos tenían peor cumplimiento de la toma de la medicación y menos contacto con sus cardiólogos.

No obstante, Batelaan, Seldenrijk, Bot, van Balkom y Penninx (2016) en un artículo publicado en la Revista Británica de Psiquiatría, concluyen que a la luz de todos los estudios publicados que examinan los factores psicosociales, “más que ansiedad o depresión, un factor “paraguas” no específico como distress general, neuroticismo o afecto negativo parecería estar afectando para que se produzca un incremento del riesgo cardiovascular” (p.228).

3.3 – Personalidad y Salud

Como ya se mencionó en el capítulo 1 al hablar de factores de riesgo psicosociales, numerosos estudios vinculan la forma de pensar, sentir y actuar de los individuos (es decir la personalidad), con la aparición y/o la evolución de determinadas enfermedades físicas.

Si bien todavía no está del todo claro la vía por la que la personalidad puede estar afectando el proceso de enfermar, son dos los mecanismos que habitualmente se manejan como hipótesis, un mecanismo directo que está vinculado a la excesiva reactividad fisiológica al estrés y un mecanismo indirecto que está vinculado a las conductas de salud, es decir aquellas acciones (o su ausencia) que afectan a la probabilidad de enfermar, incluyendo factores como la dieta, el ejercicio físico, los riesgos físicos que se asumen, el consumo de sustancias nocivas, o la práctica de relaciones sexuales sin protección (Bermúdez, Pérez-García, Ruiz, Sanjuán & Rueda, 2011).

Existen diversas teorías que buscan explicar tanto las estructuras como los procesos que componen la personalidad, entre las que se encuentran las llamadas Teorías de los Rasgos, cuya tesis principal afirma que la conducta del individuo depende de una serie de disposiciones estables de respuesta (Carver y Scheier, 1997).

Los rasgos son descriptores que se utilizan para caracterizar la personalidad de alguien, hacen referencia a continuidades o consistencias generales de comportamiento en la

conducta de la gente, representan categorías básicas de diferencias individuales en funcionamiento (Cervone & Pervin, 2009).

Históricamente, la utilización de los rasgos para describir diferencias individuales empezó con los primeros intentos por clasificar a la gente en categorías, así en 1937 Allport sugirió que los rasgos eran los elementos fundamentales de la personalidad. Desde entonces el concepto de rasgo ha pasado por períodos de popularidad y desaprobación entre los psicólogos de la personalidad (Pervin, 1998).

La teoría de rasgos ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y hay varios autores que son representativos de esta teoría, entre ellos se encuentran Cattell, Eysenck, y, más recientemente, la Teoría de los Cinco Grandes.

De acuerdo con Bermúdez et al. (2011) la mayor parte de los estudios sobre la estructura de la personalidad de las últimas décadas utilizan el modelo de los Cinco Grandes. Este modelo propone la existencia de cinco factores o dimensiones básicas de personalidad con las que se podría describir cómo es una persona, dimensiones que tendrían validez universal ya que se encuentran en culturas diferentes y son aplicables desde la juventud hasta la vejez. Estas dimensiones básicas son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad, en la Tabla 12 se encuentran las características de cada una de ellas.

Tabla 12

Los Cinco Grandes factores de rasgos y sus escalas ilustrativas

Características de quien obtiene marcadores altos	**Escala de rasgos**	**Características de quien obtiene marcadores bajos**
NEUROTICISMO Preocupado, nervioso, sensible, inseguro, ineficaz, hipocondríaco	Evalúa la adaptación vs inestabilidad emocional Identifica individuos proclives a la tensión psicológica, las ideas fantasiosas, las ansias o urgencias excesivas y las respuestas de tolerancia inadaptadas	Calmado, relajado, indiferente, duro, seguro, satisfecho consigo mismo
EXTROVERSIÓN Sociable, activo, conversador, sensible a los demás, optimista, divertido, afectuoso	Evalúa la cantidad e intensidad de la interacción interpersonal; el nivel de actividad; la necesidad de estimulación; y la capacidad de ser feliz	Reservado, serio, modesto, esquivo, concentrado, retraído, callado
APERTURA Curioso, amplios intereses, creativo, original, imaginativo, poco tradicional	Evalúa la búsqueda proactiva y la apreciación por la experiencia en si: la tolerancia y la exploración de lo nuevo	Convencional, centrado, pocos intereses, poco artístico, poco analítico
AMABILIDAD Bondadoso, bienintencionado, confiado, útil, comprensivo, inocente, franco	Evalúa la cualidad de la orientación interpersonal de una persona a lo largo de un continuum de compasión y antagonismo en pensamiento, sentimiento y acción	Cínico, grosero, sospechoso, vengativo, cruel, irascible, manipulador
RESPONSABILIDAD Organizado, confiable, trabajador, autodisciplinado, puntual, escrupuloso, limpio, ambicioso, perseverante	Evalúa el grado individual de organización, persistencia y motivación en conductas orientadas a una meta. Compara a la gente confiable, meticulosa, con aquella que es apática y descuidada	Sin propósitos, poco confiable, flojo, descuidado, laxo, negligente, sin fuerza de voluntad, hedonista

Fuente: Adaptado de Cervone & Pervin (2009)

En relación a los rasgos de personalidad y su vínculo con las enfermedades, no se debe olvidar que los mismos no solo subyacen en los patrones de comportamiento que aumentan el riesgo de adquirir una enfermedad crónica, sino que también pueden afectar el autocontrol y el curso de la enfermedad (Erlen et al., 2011).

Desde este modelo se plantea que extraversión, apertura y principalmente responsabilidad son rasgos protectores en términos de salud. Varios estudios han demostrado que la personalidad puede estar asociada con los comportamientos saludables, por ejemplo, Responsabilidad se asoció con menos comportamientos perjudiciales como ser fumar o mantener una dieta poco saludable, además de afectar positivamente las relaciones sociales, las que son una importante influencia en la salud (Cotter & Kerschner, 2018; Chauvet-Gelinier & Bonin, 2017; Goodwin & Friedman, 2006).

Contrariamente, Neuroticismo se ha asociado a la presencia de trastornos mentales y problemas de salud física. Elevada presencia del rasgo Neuroticismo predice mayor riesgo de mortalidad a lo largo de la vida, riesgo que está mediado por variables sociodemográficas y del estilo de vida, ya que las personas que presentan el rasgo de forma marcada son propensos a experimentar emociones negativas las que muchas veces buscan manejar con comportamientos perjudiciales para la salud como puede ser por ejemplo el abuso de sustancias (Cotter & Kerschner, 2018; Goodwin & Friedman, 2006; Hampson, 2012).

3.3.1 - Personalidad y Enfermedad Cardiovascular

Hay varios factores de la personalidad que se han relacionado con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, al punto que se han caracterizado como conjuntos de patrones particulares a los que se ha denominado *tipos de personalidad A y D* (Gallagher et al., 2015).

Desafortunadamente estos tipos de personalidad no han logrado responder todas las preguntas con respecto a la relación de la personalidad con la enfermedad cardiovascular, por lo que en los últimos años se ha buscado una aproximación desde una mirada más dimensional como lo es el Modelo de los Cinco Grandes.

3.3.1.1 - Patrón de conducta tipo A

El *patrón de conducta tipo A* (PCTA) fue definido por los cardiólogos Friedman y Rosenman en los años 50 como un complejo particular de acción-emoción que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha crónica para lograr un número de metas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible y si es necesario contra los esfuerzos de otras personas o cosas (Oblitas, 2007).

El comportamiento del PCTA está compuesto por hostilidad, impaciencia, competitividad y dominancia (Steptoe & Molloy, 2007), lo que trae consecuencias negativas en la vida de los individuos. Con el pasar de los años el nivel de estrés extra que la mayoría de las personas “tipo A” experimentan influye en su salud y estilo de vida. Algunos de los efectos negativos experimentados por dichos sujetos son:

hipertensión, enfermedad cardiaca, estrés laboral y aislamiento social, todos los cuales tienen efectos nocivos para la salud (Agbu, 2010).

Sin embargo, a partir de los años 90 se han encontrado fallas e inconsistencias en esta supuesta relación entre el PCTA y las enfermedades cardiovasculares. Según Petticrew, Lee y McKee (2012) esta relación sería la excepción y no la regla y mencionan una revisión sistemática llevada a cabo en 2002 que resumía los hallazgos de dieciocho estudios etiológicos y quince estudios pronósticos. La mayor parte de estos estudios no hallaron una relación significativa entre PCTA y enfermedad cardiovascular.

Si bien hay estudios prospectivos de grandes poblaciones, como el *Western Collaborative Group Study y el Franingham Heart Study*, que establecieron la contribución de este tipo de personalidad en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en hombres saludables de mediana edad (Lachar, 1993; Petticrew et al, 2012) también hay hallazgos negativos de otros grandes estudios, tales como el *Aspirin Myocardial Infarction Study* y de estudios de pacientes que fueron sometidos a procedimientos angiográficos coronarios (Lachar, 1993). Además, se hizo un seguimiento de 22 años de los resultados del *Western Collaborative Group Study* en el cual se halló que el PCTA no era predictivo de la progresión de la enfermedad o mortalidad, y que incluso podría tener un efecto protector en hombres mayores (Lachar, 1993).

Petticrew et al. (2012) plantean además que los resultados positivos hallados en los dos primeros estudios pueden deberse a que los mismos estaban en parte financiados por las tabacaleras, a las cuales les interesaba particularmente que se encontrara una relación

entre las enfermedades cardiovasculares y un factor de riesgo que no fuera el tabaquismo.

Debido a la aparición de estos resultados insatisfactorios en relación al PCTA es que se empezaron a dejar de lado las características de personalidad en la investigación cardiovascular y se empezó a hacer énfasis en la depresión y en la ansiedad como predictores en la investigación cardiovascular. Sin embargo, aunque la depresión y los síntomas depresivos son fuertes predictores de la aparición y el progreso de la enfermedad cardiaca, el tratamiento de la depresión para disminuir exitosamente los factores de riesgo biomédicos arrojó resultados inconcluyentes (Kupper & Denollet, 2007).

Esto llevó a un renovado interés en el estudio de la personalidad como factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y fue a partir de nuevas investigaciones que surgió el concepto de personalidad tipo D, la cual se describirá a continuación.

3.3.1.2 - Personalidad tipo D

En 1995 se introdujo por primera vez el concepto de personalidad tipo D o *distressed personality* (personalidad afligida/preocupada/consternada). El término *distressed* se refiere a una configuración de personalidad que designa a individuos que tienden a experimentar dificultades emocionales e interpersonales, lo cual puede afectar la salud física (Denollet, Sys & Brutsaert, 1995).

La personalidad tipo D es una sinergia entre la *afectividad negativa* y la *inhibición social* (Kupper & Denollet, 2007). Los individuos con personalidad tipo D se caracterizan por tener una tendencia a experimentar emociones negativas y por inhibir su auto-expresión en contextos sociales (Denollet et al., 1995), lo que ha demostrado en diversos estudios ser predictor de resultados adversos en pacientes con síndrome coronario agudo y revascularización y en pacientes con insuficiencia cardíaca (Steptoe & Molloy, 2013).

El tipo D se basa en la noción de que el estrés emocional es un factor de riesgo que refleja una característica psicológica relativamente estable y que supone la presencia de una gran variedad de emociones negativas así como la no-expresión de emociones (De Fruyt & Denollet, 2002).

Pero el estrés es un hecho ineludible de la vida y diversos estudios han demostrado que no todas las personas tienden a sufrir estrés de la misma manera. Diferentes individuos manejan el estrés de diferente manera. Esta diferencia en el manejo del estrés se basa en determinadas características de personalidad. Son los rasgos de personalidad de una persona los que la llevan a adoptar hábitos saludables o no saludables tales como hostilidad, ira, sentimientos negativos, tabaquismo, alcoholismo, comer de forma inapropiada e inactividad física (Yazdani & Siddiqi, 2013). Siendo por esto justamente que el modelo propuesto por la personalidad tipo D termina siendo limitado ya que solo observa dos características de personalidad, dejando de lado otros rasgos que pueden explicar la mayor o menor incidencia de las enfermedades cardiovasculares.

Algunos autores, tales como Kupper, Denollet y De Fruyt, que realizaron estudios a partir del modelo de personalidad Tipo D se dieron cuenta de estas limitaciones y buscando ampliar los rasgos relevados comenzaron a estudiar la relación entre la afectividad negativa y la inhibición social con el modelo de los Cinco Grandes de personalidad, lo que permitió una mirada más dimensional a la problemática.

3.3.1.3 – Modelo de los Cinco Grandes y Enfermedad Cardiovascular

El Modelo de los Cinco Grandes constituye un modelo dimensional para la comprensión de la personalidad que es cada vez más aceptado por su confirmación en diferentes poblaciones, lugares y momentos de la vida de los individuos (Lee et al., 2014). Es un modelo especialmente útil para clarificar qué aspectos de personalidad confieren riesgo o protección para la salud; aunque es menos útil para describir cómo la personalidad influye en la misma (Bermúdez et al., 2011).

De Fruyt y Denollet (2002) plantean que el modelo de los cinco grandes propone una representación dimensional de rasgos (distribución continua) mientras que el modelo Tipo D es de tipo discreto (distribución bimodal). Este último solamente proporciona datos sobre si un individuo tiene o no personalidad Tipo D, mientras que el modelo de los cinco grandes podría proporcionar una descripción del tipo de personalidad en función de qué tanto se presenta un rasgo a lo largo de un continuo.

A partir de estudios previos que reportaban la asociación entre la baja presencia del rasgo Responsabilidad y el peor pronóstico o resultados adversos para la salud observado en estudios clínicos con pacientes con insuficiencia renal crónica y

enfermedad coronaria, Hagger-Johnson et al. (2012) se propusieron evaluar la asociación entre Responsabilidad y todas las causas de mortalidad en un seguimiento de 17 años en una cohorte de población general británica. En este studio se concluye que la baja presencia del rasgo Responsabilidad en la mitad de la vida es un factor de riesgo para todas las causas de mortalidad. Las personas con resultados bajos en el rasgo Responsabilidad son desorganizados, relajados y prefieren no hacer planes a largo plazo, lo que hace que sea más difícil que sigan las recomendaciones del equipo de salud u organicen actividades de promoción de su salud.

Otro estudio publicado por Lee et al en el 2014 presenta el seguimiento durante 10 años de una cohorte de población general en una ciudad de Estados Unidos con el objetivo de examinar la asociación entre la enfermedad coronaria y los cinco factores de personalidad. En él se concluye que la presencia elevada del rasgo Apertura a la Experiencia constituye un factor de protección para la enfermedad coronaria. Las personas con el rasgo de Apertura elevado son más receptivas a nuevas ideas y experiencias y están más a gusto a la hora de tener que modificar su estilo de vida, lo que posiblemente ayude a prevenir la presencia de la enfermedad; no encontrando ninguno de los otros rasgos como estadísticamente significativos.

Como se mencionó en el capítulo anterior al hablar de Adherencia Terapéutica, se encuentran más trabajos que estudian la relación de los rasgos de personalidad con la adherencia a la medicación que con la adherencia a los estilos de vida.

Axelsson, Brink, Lundgren y Lötvall (2011) realizan un estudio epidemiológico con población sueca en el que buscan determinar la relación existente entre los Cinco

Factores de la Personalidad y el autoreporte de adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades crónicas. En dicho estudio concluyen que el Neuroticismo está negativamente relacionado con la adherencia a la medicación, mientras que Amabilidad y Responsabilidad están positivamente relacionados.

El rasgo de personalidad Responsabilidad está asociado indirectamente con mejores resultados somáticos por sus comportamientos protectores. Las personas con este rasgo generalmente escuchan los consejos de salud, mantienen una dieta balanceada y cumplen con los tratamientos médicos, lo que indirectamente podría estar asociado con sus mejores resultados (Chauvet-Gelinier & Bonin, 2017).

En el estudio de Molloy et al. (2012) se evidencia que el mejor predictor de la falta de adherencia a la medicación es el factor de Afectividad Negativa más que el constructo de personalidad Tipo D, lo que se corresponde con el rasgo de Neuroticismo según el modelo de los cinco factores (De Fruyt & Denollet, 2002).

Los investigadores rusos Iakovleva, Shchelkova, Lubinskaya y Nikolaeva (2018) reportan que los pacientes con una buena adherencia al tratamiento (que incluye tanto la farmacoterapia como el estilo de vida) tienen elevada la escala de Responsabilidad y puntajes bajos en Neuroticismo, lo que es congruente con los resultados hallados hasta el momento. En la muestra de pacientes con las que trabajaron, cuando se comparan los pacientes adherentes con los no adherentes, el único factor que resultó estadísticamente significativo fue Amabilidad, los pacientes adherentes fueron más sinceros y cooperativos.

A pesar de que algunos investigadores creen que la influencia es insignificante y no le dan importancia al conocimiento de la personalidad del paciente a la hora de determinar la adherencia al tratamiento, el incremento del interés en el tema, tanto por los médicos con experiencia clínica como de otros investigadores parecen indicar todo lo contrario.

3.4 – Conclusiones

Si bien la evidencia no es todavía concluyente, se encuentra cada vez mayor evidencia sobre los vínculos directos e indirectos entre los elementos fisiopatológicos y la personalidad, la respuesta al estrés, ansiedad/depresión y enfermedad cardiovascular. No se debe olvidar que con un diagnóstico cuidadoso y un tratamiento adecuado, los pacientes pueden mejorar su calidad de vida, funcionamiento y salud cardiovascular (Celano, 2016).

Un rol destacado cumplen los rasgos de personalidad, ya que se ha demostrado que los mismos influencian la adherencia terapéutica al punto que pueden condicionar la evolución de la enfermedad cardiovascular. Centrarse en los rasgos de personalidad puede ayudar a enfocar los esfuerzos para educar y sostener a los pacientes que tienen alto riesgo de baja adherencia terapéutica (Axelsson et al., 2011).

En este contexto, estar atentos a los aspectos psicológicos y psiquiátricos parece particularmente importante para mejorar la adherencia terapéutica y con ella los resultados cardiovasculares, siendo muy probablemente los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca los lugares indicados para detectar, y abordar en el

caso de ser posible, los problemas psicológicos de las personas con enfermedad cardiovascular (Pragle & Salahshor, 2018).

Es fundamental trasmitirle al equipo de salud la relevancia que tiene la prevalencia de la depresión y la ansiedad en los pacientes con enfermedad cardiovascular, ya que tienen en sus manos la posibilidad de crear un entorno apropiado para que los pacientes comuniquen sus síntomas y así abordarlos como corresponde ya que como plantean Chauvet-Gelinier y Bonin (2017) “para poder recuperase necesitan tener un buen estado psicológico” (p.11).

Segunda Parte: Estudio Empírico

Capítulo 4

Planteamiento de la Investigación

Capítulo 4

Planteamiento de la Investigación

A partir de mi experiencia como licenciada en psicología en un programa de prevención secundaria cardiovascular y la revisión bibliográfica presentada en la primera parte de la tesis surgen entonces los lineamientos para el estudio empírico realizado que se presentan a continuación.

4.1 – Justificación del Estudio

Debido a los avances de la ciencia biomédica en la mayoría de los países occidentales se han logrado controlar las enfermedades infecto-contagiosas y con ello se ha prolongado las expectativas de vida de la población, siendo hoy en día la mayor causa de mortalidad las enfermedades crónicas no trasmisibles (Antman et al., 2008; Mendis et al., 2011).

Uruguay no es la excepción a este hecho y dentro de las enfermedades crónicas la patología cardiovascular ocupa el primer lugar entre las causas de muerte con un 28,1 % de las muertes totales, presentando mayor mortalidad que el cáncer, las enfermedades respiratorias y los accidentes (CHSCV, 2017).

La patología cardiovascular no sólo constituye la mayor causa de mortalidad sino que implica una importante pérdida de calidad de vida por lo prolongado de su evolución, determinando además un elevado costo social y de salud (Libby, 2013).

Ya en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud establecía que los padecimientos crónicos requieren de tratamientos a largo plazo para su adecuada evolución y control, y que la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan a que las personas cumplan su tratamiento es de gran importancia.

La adherencia deficiente constituye la principal razón por la que no se logran los beneficios clínicos, generando complicaciones médicas y psicosociales que afectan la calidad de vida y la correcta utilización del sistema de salud (OMS, 2004; Vermeire et al., 2001).

En el caso de la patología cardiovascular, las distintas guías clínicas destacan, además de la necesidad de inclusión de tratamiento farmacológico, la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable que incluya la cesación del tabaquismo, una alimentación saludable y la realización de actividad física (American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation, 2004). Sin embargo, la cuestión clave para que estas recomendaciones resulten en beneficios para el paciente sigue siendo su adherencia al tratamiento.

En nuestro país existe un sistema de financiamiento a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR) que permite el acceso de toda la población a los procedimientos de revascularización coronaria por angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía de revascularización miocárdica. A partir del año 2004, se pone en funcionamiento a través del FNR el Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular (PPSC) con el objetivo de mejorar la asistencia a largo plazo de los pacientes coronarios y optimizar la

inversión de recursos, siendo varias las instituciones que cuentan con el mismo (Gambogi et al., 2010).

En los PPSC, mediante la realización de entrevistas y entrega de material impreso se realiza una intervención educativa, se les brinda gratuitamente la medicación cardioprotectora y se realizan seguimientos de los pacientes a través de controles presenciales con el equipo de salud cada tres meses, tanto grupales como individuales, durante al menos dos años (Gambogi et al., 2010).

Si bien la implementación de un programa de prevención secundaria cardiovascular centrado en el paciente a través de la intervención de un equipo multidisciplinario "permitió mejorar el control de los factores de riesgo vascular, optimizar el tratamiento farmacológico y se asoció a una disminución significativa de la mortalidad a 28 meses" (Gambogi et al., 2010, p. 67), por formar parte de uno de estos programas y por el intercambio realizado con otros equipos de salud, sé que todos estos beneficios no constituyen condición suficiente para el logro del total éxito terapéutico, dado que cuando se trata de patologías crónicas (como es el caso de la enfermedad cardiovascular) la dificultad mayoritaria radica en que los individuos logren adherir a las indicaciones y modificar sus conductas de riesgo (van der Wal et al., 2005).

Las investigaciones sobre adherencia terapéutica a largo plazo muestran que el mantenimiento en el cambio del estilo de vida es problemático ya que muchos pacientes vuelven a sus viejos hábitos (Janssen, De Gucht, Dusseldorp & Maes, 2012), observación que realizan los distintos profesionales que forman los equipos de prevención secundaria en convenio con el FNR también.

Adherir o no adherir a un tratamiento es una tarea compleja y se ve influenciada por múltiples factores, los que la OMS agrupa en cinco conjuntos de factores: factores socio-económicos, factores relacionados con el equipo o con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente (OMS, 2004).

Si bien existen estudios que tienen por objetivo comprender las variables que intervienen en los comportamientos de adherencia o no adherencia, todavía no hay evidencia concluyente de la influencia o prevalencia de algún factor en particular, siendo los factores que tienen que ver con las características del paciente una de las áreas en la que los datos disponibles son todavía escazos por lo que aún no hay una respuesta clara a la pregunta acerca de la influencia de las características psicológicas de los pacientes (Iakovleva, 2016).

Pensando en el rol de las características psicológicas de los pacientes es importante tener presente que en el año 2015 la Sociedad Europea de Cardiología concluye que “el éxito de la rehabilitación cardíaca puede depender críticamente de la interdependencia del cuerpo y la mente y esta interacción debe reflejarse a través de la evaluación y gestión de los factores de riesgo psicosociales en línea con la evidencia científica sólida, por personal capacitado, integrado en el equipo asistencial” (Pogosova et al., 2015, p. 1299).

Bajo el nombre de factores psicosociales se incluyen diversos aspectos como ser el nivel socioeconómico bajo, el apoyo familiar, el estrés laboral y familiar, la presencia de

sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad, los que actúan como obstáculos a la adherencia al tratamiento y la mejora del estilo de vida (Perk et al., 2012).

Por lo que se decidió explorar algunas de estás variables en una muestra de pacientes uruguayos con el fin de conocer las características específicas de nuestra población y de esta forma buscar optimizar la intervención con los pacientes.

4.2 – Objetivos del Estudio

La finalidad de la presente investigación es describir y analizar el vínculo entre la **sintomatología psicopatológica,** los **rasgos de personalidad y** la **adherencia terapéutica** a cuatro indicaciones médicas (**tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo**) en una **muestra de pacientes uruguayos** sometidos a **procedimientos de revascularización miocárdica** (tanto angioplastia coronaria transluminal percutánea como cirugía) que forman parte de un **programa de prevención secundaria**.

Para realizar el cumplimiento del objetivo general se definieron los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las propiedades psicométricas preliminares –análisis factorial y de fiabilidad– del Listado de Síntomas Breves (LSB – 50) para conocer su comportamiento a partir de la muestra obtenida.

2. Conocer las propiedades psicométricas preliminares –análisis factorial y de fiabilidad– del Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) para conocer su comportamiento a partir de la muestra obtenida.

3. Realizar una caracterización de la muestra.

4. Conocer los distintos niveles de Adherencia (Bueno, Regular y Malo) para las 4 indicaciones básicas en el tratamiento de pacientes que forman parte de un programa de prevención secundaria cardiovascular, es decir, tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo.

5. Explorar e identificar en la muestra total, en la división por género y por procedimiento de revascularización al que fueron sometidos los pacientes, la presencia de sintomatología psicopatológica.

6. Determinar si la sintomatología psicopatológica se relaciona con la presencia de diferencias significativas en cuanto al nivel de adherencia terapéutica (buena, regular o mala) para cada una de las indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo).

7. Estudiar los rasgos de personalidad predominantes en la muestra total, en la división por género y por procedimiento de revascularización al que fueron sometidos los pacientes, tomando como marco de referencia el Modelo de los Cinco Grandes de Costa y Mc Crae.

8. Determinar si ciertos rasgos de personalidad se relacionan con la presencia de diferencias significativas en cuanto al nivel de adherencia terapéutica (buena, regular o

mala) para cada una de las indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo).

9. Determinar si a partir de las variables sociodemográficas, la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad estudiados, se puede plantear una agrupación de variables que permita crear un modelo de relacionamiento con la adherencia terapéutica a cada una de las indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo).

4.3 – Preguntas de Investigación

A partir del contacto con profesionales de la salud que trabajan a diario con pacientes que fueron sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica y forman parte de un programa de prevención secundaria, y en una búsqueda de bibliografía especializada se encontró que la presencia de ciertos factores psicosociales aparecían asociados a la etiología y posterior evolución de la patología cardiovascular, no siendo tan evidente su asociación con el tipo de adhesión terapéutica que presentan los pacientes.

De los distintos factores psicosociales se decidió trabajar específicamente con la sintomatología psicopatológica (evaluada a través del LSB-50, De Rivera y Abuín, 2012) y los rasgos de personalidad (evaluada a través del NEO-FFI, Costa y Mc Crae, 1992).

Por lo tanto se establecen como preguntas que guiaron la presente investigación las que se mencionan a continuación:

- ¿Cómo es la Adherencia a las 4 pautas básicas de tratamiento (farmacológica, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo) en los pacientes que fueron sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica y forman parte de un programa de prevención secundaria cardiovascular?
- ¿La población con la que se trabajará presentará como clínicamente significativa alguna de las dimensiones psicopatológicas que evalúa el LSB – 50?
- ¿Se encontrarán diferencias significativas entre las dimensiones psicopatológicas evaluadas por el LSB-50 y el registro de tipo adherencia realizado por el equipo de salud para cada una de las indicaciones médicas realizadas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo)?.
- ¿Se identificarán ciertos rasgos de personalidad en particular en estos pacientes evaluado a partir del inventario NEO-FFI (Neuroticismo – Extraversión – Apertura – Amabilidad – Responsabilidad)?
- ¿Se encontrarán diferencias significativas entre los cinco factores de la personalidad evaluados a través del NEO – FFI y el registro de tipo adherencia realizado por el equipo de salud para cada una de las indicaciones médicas realizadas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo)?.
- ¿Existe algún tipo de asociación entre las dimensiones psicopatológicas y los rasgos de personalidad que se vinculen con el tipo de adherencia terapéutica a

cada una de las indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo)?.

4.4 – Hipótesis de trabajo

A efectos de lograr los objetivos propuestos se formularon las siguientes hipótesis exploratorias que son la guía de la presente tesis:

1° Al evaluar la Adhesión Terapéutica de la presente muestra se encontrará una **muy buena adherencia al tratamiento farmacológico**, ya que no sólo "tomar la medicación es más fácil para los pacientes que cambiar su estilo de vida" como afirman Muñiz et al. (2010) sino que también los pacientes en los Programas de Prevención Secundaria Cardiovascular en convenio con el FNR reciben la medicación de forma gratuita (Gambogi et al., 2010), lo que minimiza el obstáculo que refiere la bibliografía que es el costo de la medicación (Kopjar, 2003; Maddox y Ho, 2009; Mansur et al., 2013; Mathes et al., 2014, Ye et al., 2003).

2° En lo que refiere a la **adopción de un estilo de vida saludable** (cesación de tabaquismo, alimentación saludable y actividad física), **será la cesación de tabaquismo la que cuente con mejor adherencia** (Burke et al., 1997). Más allá de que se trate de una adicción (lo que nos podría hacer pensar que dificulta aún más su modificación) la situación en nuestro país ha cambiado significativamente ya que a partir de la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco en el 2004 se han implementado una serie de medidas que lograron el descenso de su consumo en la población general (Echarte & González, 2015; Ministerio de Salud, 2018; Proyecto ITC, 2014), siendo además la

única de las pautas de estilo de vida saludable de la que se dispone de datos publicados nacionales: “la prevalencia de tabaquismo al ingreso del Programa fue del 40,7%. Logró abstinencia mantenida mayor de seis meses el 60,8% de los fumadores y el 99% de ellos no tuvo recaída al año de seguimiento” (Gambogi et al., 2010, p. 63).

3° En la exploración de la sintomatología psicopatológica **depresión y ansiedad serán las escalas clínicas que mayor prevalencia posean** (Celano et al., 2016; Murray et al., 2012).

4° Al ser los **elementos depresivos y ansiosos** de mayor prevalencia en el género femenino, habrá **mayor prevalencia** de dicha sintomatología en las **mujeres de la muestra** (APA, 2014b).

5° Presentarán **mayor cantidad de síntomas psicopatológicos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca** que los que fueron sometidos a angioplastia por tratarse de un procedimiento mucho más invasivo y con mayor repercusión en la vida del paciente (Alonso et al., 2005; Antman et al., 2008; Bairn, 2008).

6° Los resultados en los distintos niveles de **Adherencia (buena, regular, mala) presentarán diferencias significativas en cuanto a la presencia de sintomatología psicopatológica** (Benningoven et al., 2006; Bladley & Rumsfeld, 2015; Chauvet-Geliner & Bonin, 2017; Doyle et al., 2014; Gehi et al., 2005; Kuhl et al., 2009; Ziegelstein et al., 2000).

7° En lo que refiere a los rasgos de personalidad, al tratarse de una muestra de personas que tienen enfermedad cardiovascular, el **rasgo de personalidad predominante será el de Neuroticismo** ya que el mismo se ha asociado a la presencia de trastornos mentales y problemas de salud física (Axelsson et al., 2011; Cotter & Kerschner, 2018; De Fruyt & Denollet, 2002; Goodwin & Friedman, 2006; Hampson, 2012). A su vez, por ser una muestra que **participó voluntariamente del estudio**, otro de los rasgos que se encontrará elevado será el de **Amabilidad** (Cervone & Pervin, 2009).

8° Los resultados en los distintos niveles de **Adherencia (buena, regular, mala) presentarán diferencias significativas relacionados a la presencia de los rasgos de personalidad** (Axelsson et al., 2011; Chauvet-Gelinier & Bonin, 2017; De Fruyt & Denollet, 2002; Hagger-Johnson et al., 2012; Iakovleva et al., 2018; Lee et al., 2014; Molloy et al., 2012).

4.5 – Metodología

4.5.1 – *Diseño metodológico*

Siguiendo los criterios expuestos por Hernández, Fernández y Baptista (2010) y León y Montero (2003, 2005), se puede afirmar que la presente investigación responde a un diseño no experimental, ex post facto retrospectivo, transversal, exploratorio, descriptivo y correlacional, elementos que se definen a continuación.

Diseño no experimental: “se realiza el estudio sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández et al., 2010, p. 149)

Ex post facto retrospectivo: “las limitaciones para el contraste de las relaciones causales vienen dadas por la imposibilidad de manipular la variable independiente” (León & Montero, 2005, p.121). Se comienza estudiando la variable dependiente para después probar posibles variables independientes, habiendo elegido a los participantes por poseer una característica cuyas posibles causas se quieren estudiar. En la presente investigación: Adherencia Terapéutica Buena, Regular o Mala a las indicaciones realizadas por el equipo de salud en pacientes sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica y su relación con la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad. Con este tipo de investigación se pretende comprender las relaciones entre los fenómenos tal como ocurren en la naturaleza, sin intervención del investigador (Polit & Hungler, 2000).

Transversal: se recolectaron los datos en un solo momento (Hernández et al., 2010).

Exploratorio: “se busca comenzar a conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento, una situación” (Hernández et al., 2010, p. 152). En este caso no disponemos de datos a nivel nacional de las variables que se incluyen en la presente investigación.

Descriptivo: su objetivo es observar, describir y documental aspectos de una situación que ocurre de manera natural, se busca describir relaciones entre variables, más que inferir relaciones de causa y efecto.

Correlacional: describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado.

El enfoque metodológico del estudio es cuantitativo, puesto que se utilizan las escalas presentes en los cuestionarios y las variables identificadas.

4.5.2 – *Marco Mue*stral

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia. Se convocó a participar en la investigación a los 12 programas de Prevención Secundaria Cardiovascular que tenían convenio con el Fondo Nacional de Recursos en el año 2013 en todo el país, de los cuales aceptaron participar 4 (los 3 que se desarrollan en Montevideo y 1 en el Interior del país), los que abarcan un 71 % (1676) de los pacientes que, según evaluación realizada por el FNR en el año 2013, son asistidos en estos programas (FNR, 2013).

Se le solicitó a cada institución un listado de los pacientes que habían tenido controles en los últimos 3 meses, para garantizar la disponibilidad de datos con no más de 3 meses en el sistema de gestión informatizado a la fecha de la convocatoria para participar en la investigación.

De los 420 pacientes contactados entre setiembre de 2013 y abril de 2014, aceptaron participar en la investigación 274, de los cuales efectivamente concurrieron a las reuniones grupales 203 (en la sección “Procedimiento” se detalla la forma en la que fueron contactados).

Para la selección de la muestra se consideraron criterios de inclusión:

(1) que sean pacientes que hayan sido sometidos a un procedimiento de revascularización miocárdica.

(2) la participación en un programa de prevención secundaria en convenio con el FNR

(3) que al momento del estudio esté asistiendo a la consulta ambulatoria en centros de salud de Uruguay.

(4) participación voluntaria y anónima.

Se consideraron criterios de exclusión:

(1) presentar a la hora del llenado de los cuestionarios cualquier desorden mental o cognitivo que pudiera impedir cumplimentar las tareas de autoinforme.

(2) presentar cualquier enfermedad grave o incapacitante, aparte de la patología cardiovascular, que comprometiera la supervivencia de manera inmediata.

(3) Falta de aceptación por parte del paciente.

La muestra se constituyó por un total de 203 pacientes, el procedimiento predominante fue la angioplastia siendo el 65% (132/203) y un 66,0% (134/203) de los pacientes

fueron del sexo masculino, en la sección Resultados se presentan las características de la muestra.

4.5.3 – *Variables e Instrumentos*

Se utilizaron los instrumentos que se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13

Variables e Instrumentos

Variables					**Instrumento**
Variable Dependiente	**Adherencia Terapéutica**				Registro de la Percepción del Equipo Técnico obtenido a través del Sistema de Gestión Informatizado del FNR Ficha Sociodemográfica
	Farmacológica	Ejercicio Físico	Alimentación Saludable	Cesación Tabaquismo	
Variables Independientes	**1 - Datos Sociodemográficos** 1.1. Sexo 1.2. Edad 1.3. Educación				Sistema de Gestión Informatizado del FNR Ficha Sociodemográfica específicamente diseñada.
	2 - Sintomatología Psicopatológica: 2.1. Psicoreactividad 2.2. Hipersensibilidad 2.3. Obsesión-compulsión 2.4. Ansiedad 2.5. Hostilidad 2.6. Somatización 2.7. Depresión 2.8. Alteraciones del sueño				Listado de Síntomas Breves – LSB – 50
	3 - Rasgos de Personalidad; 3.1. Neuroticismo 3.2. Extraversión 3.3. Apertura a la Experiencia 3.4. Amabilidad 3.5. Responsabilidad.				NEO – FFI

En el presente estudio se analizó la adherencia a los distintos tipos de aspectos del tratamiento (medicación, ejercicio, alimentación y cesación de tabaquismo) por separado, utilizando para cada caso el criterio de adhesión buena, regular o mala según queda establecido en el Sistema de Gestión Informatizado que utilizan los programas en convenio con el FNR.

A continuación se describen los instrumentos mencionados y las variables de estudio:

4.5.3.1 – Sistema de Gestión Informatizado

El Programa de Prevención Secundaria del Fondo de Recursos cuenta con una base de datos que se implementa a partir del Sistema Informático "María". A través de la misma fue posible acceder a los siguientes datos:

1. Procedimiento de Revascularización al que fue sometido el paciente (Angioplastia Trasluminal Percutánea o Cirugía Cardíaca).
2. Datos sociodemográficos del paciente (sexo, edad, ocupación, nivel de instrucción).
3. Evaluación de la Adherencia Terapéutica, realizada por los profesionales tratantes a partir del autoreporte del paciente, la que incluye (1) adhesión al tratamiento farmacológico, (2) adherencia al ejercicio físico, (3) adhesión a las indicaciones nutricionales y (4) adherencia a la indicación de cesación de tabaquismo.

La evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico, al ejercicio físico y a la cesación de tabaquismo puede ser realizada por licenciadas en enfermería o el médico a

partir de lo reportado por los pacientes y la adhesión a las indicaciones nutricionales por la licencia en nutrición.

Para el presente estudio se siguieron las definiciones presentadas en el documento de trabajo "Pautas para la Implementación de Programas de Prevención Secundaria Cardiovascular" (FNR, 2004) en las que se encuentra la definición operacional de cada una de las variables en lo que refiere a los diferentes tipos de adherencia terapéutica (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, cesación de tabaquismo y alimentación saludable) y que se presentan a continuación.

- **Adhesión a la medicación**: la adherencia al tratamiento farmacológico se evalúa utilizando los tests de cumplimiento autocomunicado, considerándose:

  - Adhesión Buena cuando el paciente manifiesta tomar entre el 80 y el 100 % de la medicación indicada
  - Adhesión Regular cuando el paciente manifiesta tener olvidos semanales de uno o más de los medicamentos prescriptos tomando entre el 50 y 80% de la medicación indicada.
  - Adhesión Mala cuando el paciente abandona uno o más de los medicamentos prescriptos sin motivo aparente tomando menos del 50% de lo indicado.

- **Adhesión al Ejercicio**: se evalúa a partir del cumplimiento autocomunicado, considerándose:

  - Adhesión Buena cuando el paciente realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio aeróbico como caminata a paso enérgico por lo menos 4 días a la semana.

- Adhesión Regular cuando no se alcanza la frecuencia y/o el tiempo requerido pero sí se mantiene una actividad física frecuente mínima de 2 veces semanales o realiza actividad física con la frecuencia requerida pero no alcanza el mínimo tiempo requerido para catalogarla como adhesión buena.
- Adhesión Mala cuando la actividad realizada es infrecuente (menos de 2 veces a la semana), los tiempos son cortos (menos de 15 min por día) y/o el paciente no realiza ninguna actividad.

- **Adhesión al plan de alimentación**: es evaluado por la licenciada en nutrición siguiendo las tres categorías anteriormente mencionadas (bueno, regular y malo) para cuatro grupo de alimentos: fibras, azúcares, carnes y grasas por separado. En la Tabla 14 se presenta la definición operacional para esta variable.

En el caso de la Adhesión al Plan Alimentario Saludable la misma se recodificó buscando integrar los distintos grupos de alimentos para lograr una única variable "Adhesión al Plan Alimentario" con tres categorías Buena, Regular y Mala siguiendo el criterio que se presenta en la Tabla 15.

Tabla 14

Definición Operacional de la variable Adhesión al Plan de Alimentario Saludable

	Bueno	**Regular**	**Malo**
Fibra	= o > a 400 g/día de verduras o frutas(5 porciones)	Menos de diarios de verduras o frutas o cantidad adecuada pero utilizada menos días en la semana	Consumo de verduras o frutas menos de 3 veces en la semana
Frecuencia de Carnes	Pescado 2 veces/semana Días restantes no más de 1 porción de carnes magras o pechuga	Pescado 1 vez/sem Uso de muslo Carnes magras más de 6 veces/semana	No pescados o uso habitual de Carnes no magras
Uso de Azúcares	Uso mínimo de azúcar (2 ctas/taza) o de preparaciones que la contienen, en sujetos que lo tienen permitido	Uso aumentado de azúcar o de preparaciones que la contienen o uso diario de refrescos comunes, en pacientes que lo tienen permitido	Uso de azúcar o preparaciones que la contienen, cuando el paciente lo tiene contraindicado
Manejo de Grasas	Agregado de aceite crudo	Escaso o nulo uso de aceites o manejo inapropiado en la preparación	Uso de frituras o de grasas o margarinas

Fuente: Fondo Nacional de Recursos (2004)

Tabla 15

Recodificación de la Variable Adhesión al Plan Alimentario

4/4 - 3/4 Buenos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena
		Buena	Buena	Buena	Regular
		Buena	Buena	Buena	Mala
- 2/4 Buenos - Predomino de Regular - Todo Regular	Regular	Buena	Buena	Regular	Regular
		Buena	Buena	Regular	Mala
		Buena	Buena	Mala	Mala
		Buena	Regular	Regular	Regular
		Buena	Regular	Regular	Mala
		Regular	Regular	Regular	Regular
- 1/4 - 0/4 Bueno - Predomino de Mala - Todo Mala	Mala	Buena	Regular	Mala	Mala
		Buena	Mala	Mala	Mala
		Mala	Mala	Mala	Mala
		Regular	Regular	Mala	Mala
		Mala	Mala	Mala	Regular

- Para la valoración de la **Cesación de Tabaquismo** no se consideró el dato establecido en el Sistema de Gestión Informatizado debido a que este dato no puede ser modificado luego de ser ingresado en el Sistema informático, por lo que se pierden los cambios que realizan los pacientes a este respecto (dificultad que no aparece para el resto de las variables recogidas). Se optó por tomar el autoreporte del paciente que presenta en la Ficha Sociodemográfica diseñada para la presente investigación, considerándose:

- Adherencia Mala, cuando el paciente marca que Sí a la pregunta "¿Fuma actualmente?" ó en caso de haber fumado alguna vez hace menos de 5 meses que no fuma.

- Adherencia Buena, cuando el paciente marca que No a la pregunta "¿Fuma Actualmente?, y en caso de haber fumado alguna vez, hace más de 6 meses que no lo hace.

4.5.3.2 – Cuestionarios Autoaplicados LSB – 50 y NEO - FFI

Más allá de las características de las técnicas específicas, las que se presentarán más adelante, es importante tener presente que toda técnica autoaplicada presenta sus ventajas y desventajas, algunas de las que se mencionan a continuación.

A nivel de sus ventajas, Abuín y De Rivera (2014), González De Rivera, De Las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido (2002), De Rivera y Abuín (2012) y McGrath, Mitchell, Kim y Hough (2010) plantean que este tipo de técnicas permiten:

- el acceso rápido a información difícil de obtener por otros medios
- la información procede directamente del sujeto que experimenta el malestar, y al incluirse una escala Likert a los ítems se busca medir la experiencia interna, en busca de la "objetivación delo subjetivo"
- permite clasificar los diferentes individuos como "caso" o "no caso" (es decir definir de manera operativa la "normalidad" con la "patología", correlacionando las mayores puntuaciones con estados psicopatológicos más graves).

Por otro lado a nivel de sus desventajas, los autores planteados anteriormente, destacan que:

- se deben tener en cuenta los posibles sesgos de respuesta, en particular el sesgo de minimización de respuesta, ya que en las medidas de tipo cuestionario en psicopatología, el componente psicológico de control es fundamental para entender las discrepancias o incongruencias entre las puntuaciones subjetivas y la pertenencia de un sujeto a un grupo diagnóstico. En muchas oportunidades la información reportada sobre los síntomas de forma explícita por el sujeto no es la misma que la obtenida por el clínico en la exploración clínica psicopatológica.
- la mayoría de los ítems de los cuestionarios autoaplicados tienen una respuesta reconocible como socialmente más aceptable o deseable que las demás, por lo que pueden ser objeto de simulación o falsificación por parte de quien los completa.
- a la hora de contestar cuestionarios de despistaje de síntomas psicopatológicos, el individuo puede estar teniendo en cuenta otros criterios o variables aparte de la sintomatología que no son recogidos por el cuestionario. Uno de estos criterios por ejemplo, refiere al ajuste psicosocial y personal. Un sujeto puede tener síntomas y tener recursos personales y psicosociales que le hacen no desajustarse y por ende responder negativamente frente a la indagación de ese síntoma.
- la organización de los síntomas psicopatológicos es altamente dependiente de la muestra estudiada, por lo tanto, la estructura factorial de los instrumentos de medida de síntomas puede ser no consistente en muestras con distintas características psicopatológicas, impresionando como una aparente “inconsistencia factorial” lo que en realidad es la expresión de la alta comorbilidad entre los distintos trastornos que se observa en la práctica clínica.

- en particular el LSB – 50 es un listado de sólo 50 ítems, por lo que no se pretende abordar la evaluación de todos los síntomas psicológicos y psicosomáticos posibles en todos los cuadros, sino sólo los más representativos de patología psicológica.

Por lo que los resultados obtenidos deben ser interpretados con la cautela que es necesaria al trabajar con este tipo de instrumento.

Debido a que ni el LSB – 50 ni el NEO – FFI se encuentran adaptados a nuestro país, y que su adaptación no forma parte de los objetivos de la presente investigación, se siguieron algunas de las recomendaciones de Muñiz, Elousa y Hamilton (2013) y Carretero Dios y Pérez (2005) para garantizar la pertinencia de su utilización, lo que se presenta en la sección Resultados y Discusión del presente trabajo.

4.5.3.2.1 - Listado de Síntomas Breves (LSB – 50)

Características

Es un cuestionario autoaplicado desarrollado en España por de Rivera y Abuín en el 2012 y publicado por TEA Ediciones. Tiene la finalidad de identificar y valorar los síntomas psicológicos y psicosomáticos en las últimas semanas, incluido el día de la realización de la técnica (de Rivera & Abuín, 2012).

Es una técnica que surge a partir de la experiencia de los autores con la adaptación de cuestionarios autoaplicados para la detección de síntomas psicopatológicos para población española, los que consideran que “tienen muchas ventajas para la evaluación

psicopatológica pero presentan defectos sustanciales en su construcción" (Abuín & de Rivera, 2014, 132), por lo que se propusieron el desarrollo de este nuevo instrumento buscando introducir modificaciones importantes en relación a sus antecesores con el propósito de corregir sus defectos y superar sus limitaciones (de Rivera & Abuín, 2012).

Consta de 50 ítems con 5 opciones puntuadas de 0 (No ha tenido esta molestia en absoluto) a 4 (Ha tenido esta molestia mucho o extremadamente), que en general se contestan en 5 o 10 minutos.

Permite obtener puntuaciones en dos escalas de validez (minimización – maximización), tres índices generales (índice global de severidad, número de síntomas presentes e índice de intensidad de síntomas presentes), nueve escalas clínicas (psicorreactividad, hipersensibilidad, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, alteraciones del sueño, alteraciones del sueño – ampliada) y un índice de riesgo psicopatológico (de Rivera & Abuín, 2012).

Descripción de las escalas

A continuación se desarrolla la descripción de las escalas, subescalas e índices con sus principales características tal como se presentan en el manual del cuestionario (de Rivera & Abuín, 2012, 22).

1. **Escalas de validez:** permiten detectar posibles sesgos de respuestas que pueden estar afectando a los resultados en la prueba.

- **Minimización:** indica si el evaluado puede estar minimizando la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece. Puede reflejar un intento consciente o inconsciente de dar una imagen falsamente favorable de sí mismo.

- **Magnificación:** indica si el evaluado puede estar magnificando su sintomatología, puntuando con alta intensidad síntomas relativamente poco frecuentes.

2. **Índices generales:** permiten tener una visión global del nivel de sufrimiento psicopatológico del evaluado. Cada uno de ellos informa sobre diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general:

- **Índice global de severidad**: indica el grado de afectación global psicopatológica del evaluado. Es una medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático. Es el marcador numérico más sensible del sufrimiento psicológico global del paciente, ya que combina el número de síntomas con su intensidad. Pretende responder a la pregunta sobre cuál es el nivel global de malestar del evaluado.

- **Número de síntomas presentes:** indica el número de síntomas que presenta el evaluado (independientemente de su intensidad), siendo una medida de la extensión de las manifestaciones psicopatológicas. Pretende responder a la pregunta sobre cuál es la amplitud de la sintomatología del evaluado.

- **Índice de intensidad de síntomas presentes:** es un índice de la intensidad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Es una medida más “pura” de la

intensidad del sufrimiento ya que nos indica específicamente la intensidad de los síntomas que afirma tener el evaluado, no del conjunto de síntomas evaluados. Pretende responder a la pregunta de con qué intensidad sufre la persona los síntomas que afirma tener.

3. **Índice de riesgo psicopatológico:** evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica formando un conglomerado de desvalorización, incomprensión, miedo, somatización y hostilidad junto con ideas de suicidio. Es su conjunto resulta predictivo para la inclusión del evaluado en una población afectada de psicopatología.

4. **Escalas clínicas**

1. **Psicoreactividad:** evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación a la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.
2. **Hipersensibilidad:** explora la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, la excesiva focalización, bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo.
3. **Obsesión-Compulsión:** evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente así como la existencia de rituales o compulsiones.
4. **Ansiedad:** explora las manifestaciones tanto del trastorno por ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye además síntomas referidos a un temor o miedo irracional.
5. **Hostilidad:** evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional como manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento.

6. **Somatización:** explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Es útil para el screening de los trastornos somatomorfos y de la ansiedad somática.
7. **Depresión:** evalúa la presencia de síntomas característicos de la depresión como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, incluida la culpa.
8. **Alteraciones del sueño:** explora la presencia específica de alteraciones del sueño que son relevantes desde el punto de vista de la salud y del bienestar.
9. **Alteraciones del sueño –ampliada:** evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas de Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas del sueño. El contraste de las puntuaciones de Alteraciones del sueño y Alteraciones del sueño-ampliada permite una aproximación a la distinción entre alteraciones del sueño primarias o médicas y las secundarias o inherentes a estados ansiosos-depresivos.

La corrección del instrumento puede hacerse manualmente, utilizando el ejemplar autocorregible, o automáticamente mediante la plataforma de corrección por Internet de la editorial utilizando el PIN que se entrega al adquirir los protocolos. Una vez calculada la puntuación directa se consultan los baremos correspondientes para obtener las puntuaciones percentiles. En la tipificación del LSB-50 se contó con tres tipos de muestras distintas: población general, población odontológica y población clínica, conformando un total de 1124 casos (de Rivera & Abuín, 2012).

En la Tabla 16 se presentan los ítems que componen cada una de las escalas clínicas, en las que es interesante observar como algunos ítems pertenecen a más de una escala clínica, lo que es coherente con la evidencia de comorbilidad psicopatológica que se presenta en la práctica clínica, dependiendo muchas de sus correlaciones con las características de las muestras estudiadas (de Rivera & Abuín, 2012).

Tabla 16

Ítems que componen cada una de las Escalas Clínicas del LSB-50

Escalas LSB-50	Cantidad de Ítems	N° Ítem del Cuestionario													
Minimización	8	2	4	9	11	12	13	30	49						
Magnificación	8	5	10	17	22	26	29	42	46						
Psicorreactividad	14	6	7	8	15	16	24	26	29	30	31	33	36	38	40
Hipersensibilidad	7	16	24	26	29	30	16	24	26	38	40				
Obsesión – compulsión	7	6	7	8	15	31	33	36							
Ansiedad	9	4	10	18	22	25	34	35	47	50					
Hostilidad	6	3	9	23	41	44	48								
Somatización	8	1	5	11	19	20	43	45	46						
Depresión	10	2	12	17	21	28	32	37	39	42	49				
Alteraciones del Sueño	3	13	14	27											
Alteraciones del Sueño – ampliada	7	2	13	14	27	34	37	50							
Índice de Riesgo Psicopatológico	12	5	17	18	22	25	29	31	32	34	42	47	50		

Para la presente investigación se utilizaron las escalas clínicas de psicorreactividad, hipersensibilidad, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, alteraciones del sueño y alteraciones del sueño – ampliada, que son las que brindan la información necesaria para cumplir con parte de los objetivos.

Características psicométricas del instrumento original

En la publicación original del cuestionario, los coeficientes de fiabilidad en las escalas estuvieron "comprendidos entre 0,79 y 0,90, valores que resultan satisfactorios" (de Rivera & Abuín, 2012, 49), y se realizaron estudios de validez de criterio considerando la validez concurrente de las escalas e indicadores generales del LSB-50 con respecto a variables de dependencia y estilos de relación y apego interpersonal con las que, debido a que la sintomatología psicopatológica tiene repercusiones en la vida académica y laboral y en el bienestar personal y social, se esperaba que estuvieran correlacionadas, lo que efectivamente ocurrió.

Los estudios de correlación y de contingencia mostraron resultados congruentes con lo esperado: la sintomatología psicopatológica correlaciona negativamente con los estilos interdependientes de relación interpersonal, mientras que muestra una correlación positiva con formas más destructivas o rígidamente independientes. Más específicamente, el desapego emocional interpersonal excesivo está asociado a síntomas obsesivos y de hipersensibilidad, hostilidad y de disfunción del sueño (de Rivera & Abuín, 2012).

Los autores de la prueba realizaron también un estudio factorial a través de la técnica de análisis factorial exploratorio, empleando la muestra clínica psicopatológica. Extrajeron 6 factores, de los cuales el primero explicaba más varianza que todo el resto de los factores (34,6%) y que se corresponde con el factor de psicorreactividad. Los cinco factores restantes explicaron el 20,7% de la varianza, por lo que el conjunto de los 6 factores alcanza un total del 55,3% de la varianza. De acuerdo con los autores, estos

resultados indican dos aspectos: 1) que hay una gran dimensión que es fundamental en el entendimiento de la psicopatología y que tiene sus raíces en un factor de psicoreactividad; y 2) que hay una serie de factores psicopatológicos más específicos y que complementan al anterior (factores de depresión, ansiedad, somatización, hostilidad y alteraciones del sueño). Es decir, "la psicopatología tiene un componente general que se comparte con otras dimensiones y un componente específico, dependiente del cuadro" (de Rivera & Abuín, 2012, 56).

Si bien, como se mencionó anteriormente, el instrumento no se encuentra adaptado para Uruguay, sí se ha utilizado en la región reportando propiedades psicométricas adecuadas para población argentina (De la Iglesia, Fernández & Castro, 2015; De la Iglesia, Castro & Fernández, 2016; De la Iglesia, Stover, Fernández & Castro, 2016) y recientemente ha sido utilizada para una tesis doctoral que trabajó con población uruguaya (Tiscornia, 2017).

En el Capítulo Resultados se presenta el comportamiento del instrumento con la muestra utilizada en la presente investigación.

4.5.3.2.2 - Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)

Es un inventario desarrollado por Costa y McCrae en 1992 y publicado en español por TEA Ediciones (3º edición revisada y ampliada, 2008). Su marco teórico es el Modelo de los Cinco Grandes, el que parte de la premisa que la mayor parte de los rasgos de personalidad pueden ser abarcados por cinco grandes dimensiones, independientemente

del lenguaje o la cultura: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

La técnica original, el NEO PI - R (NEO Personality Inventory) consta de 240 ítems, a partir de los cuales los autores realizaron una versión abreviada de sólo 60 ítems con opciones de respuestas de A (En total desacuerdo), B (En desacuerdo), C (Neutral), D (De acuerdo) y E (Totalmente de acuerdo). No hay tiempo límite para contestar el inventario, tardando la mayoría de los sujetos de 10 a 15 minutos en completarlo.

Como mencionan Costa y Mc Crae (2008) el NEO-FFI "resulta útil cuando se dispone de poco tiempo para la aplicación y puede considerarse suficiente una información general sobre la personalidad" (p. 10); por lo que en la presente investigación se decidió trabajar con la versión abreviada debido a que se aplicaron otros cuestionarios a los pacientes.

Actualmente el modelo de los cinco factores se ha convertido en un objetivo relevante en la investigación sobre la personalidad, contando con versiones del NEO-FFI con fines de investigación en griego, árabe, chino, checoslovaco, holandés, alemán, francés, hebreo, japonés, noruego, polaco, portugués y sueco (Panayiotou, Kokkinos & Spanoudis, 2004), llegando a ser una de las medidas más ampliamente utilizadas a nivel mundial (Pytlik Zillig, Hemenover & Dienstbier, 2002), lo permite apreciar la relevancia de este instrumento para la evaluación de la personalidad.

En la revisión de la literatura publicada sobre las distintas adaptaciones del NEO – FFI realizada para la presente tesis doctoral, se pudo acceder a las adaptaciones realizadas

por Rolland, Parker y Stumpf en 1998 en Francia, la de Panayiotou et al., del 2004 en Grecia, la de Murray, Rawlings, Allen y Trinder del 2003 en Australia, la de Aluja, García, Dossier y García del 2005 con muestra suiza y española, la de Dolcet del 2006 también con muestra española, la Magalhães, Salgueira, Gonzalez, Costa, Costa, Costa y Lima del 2014 en Portugal y la de Bjornsdottir, Jonsson, Hansdottir, Almarsdottir, Heimisdottir, Tyrfingsson y Thorgeirsson del 2014 en Finlandia. En todas ellas, si bien como era de esperar, se presentan algunas diferencias en cuanto al número de factores o la carga factorial de algunos reactivos, se concluye a nivel general que el NEO – FFI constituye un instrumento válido para medir las cinco dimensiones de la personalidad propuestas por el Modelo de los Cinco Grandes.

Las cinco escalas de personalidad evaluadas por el NEO-FFI son Openness (Apertura); Conscientiousness (Responsabilidad); Extraversión (Extraversión); Agreeableness (Amabilidad); y Neuroticism (Neuroticismo), las que en inglés conforman el acrónimo OCEAN, por el que habitualmente se las conoce.

Descripción de las escalas

A continuación se desarrolla la descripción de las escalas tal como se presentan en el manual del inventario (Costa & McCrae, 2008):

1. Apertura (O): Mide la amplitud y variedad de los intereses, así como la intensidad de la vida emotiva. Las personas abiertas tienden a estar interesadas tanto por su experiencia interior como por el mundo exterior. Tienden a exponerse a experiencias personales y culturales nuevas, a vivir intensamente emociones, experiencias estéticas y

a innovar. Experimentan todas sus emociones de forma intensa y están abiertos a ideas nuevas y no convencionales. *En el extremo alto:* a) integración activa de información; b) sensibilidad estética; c) atención a la vida interior; d) preferencia por la variedad; e) curiosidad intelectual; f) independencia de juicio. No es un componente de la inteligencia, aunque se asocia con la creatividad. En el *extremo bajo* tienden a ser conservadores y convencionales y su respuesta emocional es apagada y poco intensa. La gama de intereses es más reducida. La dimensión no predice la utilidad social del sujeto (sirve o no para integrarse en la sociedad o en un papel social determinado).

2. Responsabilidad (C): Asociado con la autoorganización, planificación y ejecución de las tareas. En el *extremo alto* los sujetos son: a) voluntariosos y trabajadores; b) fiables y puntuales; c) decididos; d) se asocian a un alto rendimiento, aunque e) pueden ser excesivamente pulcros y críticos. En el *extremo bajo* son menos rigurosos, aunque no necesariamente indolentes. Eso sí, luchan menos por alcanzar sus metas y son más hedonistas.

3. Extraversión (E): Mide la cantidad e intensidad de las relaciones interpersonales. Tendencia a la sociabilidad, la actividad y el gregarismo. *En el extremo alto*: a) sociabilidad; b) gregarismo; c) tendencia a ser asertivo, activo y hablador; d) gusto por la excitación y la estimulación; e) tendencia a experimentar emociones positivas (alegría, optimismo); f) animados, enérgicos y emprendedores. El *extremo bajo* es la carencia de extraversión (por ejemplo, el introvertido es más reservado que hosco; no optimista, más que pesimista).

4. Amabilidad (A): Mide la calidad de las relaciones interpersonales, altruismo. *En el extremo alto:* a) amables y altruistas; b) dispuestas a ayudar; c) cree que los demás son igual que ellos (no son suspicaces). *En el extremo bajo:* a) egocentrismo; b) suspicacia; c) oposicionismo (personas no cooperadoras). Un extremo no es más deseable que el otro, el polo bajo fomenta una actitud crítica y escéptica, mientras que el alto fomenta la cooperación. Ningún polo predice ventajas en salud mental.

5. Neuroticismo (N): evalúa la tendencia a experimentar emociones negativas y la vulnerabilidad al estrés. Ajuste vs. Desajuste emocional. En el *extremo alto*: a) tendencia a experimentar sentimientos negativos; b) susceptibilidad a la perturbación (aunque no la perturbación en sí misma); c) peor afrontamiento del estrés; d) menor capacidad de control de los impulsos. *En el extremo bajo* las descripciones serían al contrario: estabilidad emocional, mayor capacidad para soportar estrés y mejor autocontrol.

El inventario se presenta en la modalidad de ejemplar autocorregible que integra las preguntas, las hojas de respuestas, la plantilla de corrección manual, los baremos y el perfil gráfico. El perfil se ha elaborado con los datos de la muestra de la población general de adultos.

Características psicométricas del instrumento original

Existen diferentes versiones del NEO – FFI, para la presente investigación se utilizó la adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos, comercializada por TEA Ediciones (Costa & McCrae, 2008) por ser considerada una versión con la que se

contaba con estudios científicos que avalaban su utilización (Aluja, García, Rossier & García, 2005; Dolcet, 2006).

La adaptación española realizada por Cordero, Pamos y Seisdedos fue llevada a cabo con una muestra de 4000 sujetos pertenecientes a población general. En la misma se reportan coeficientes de fiabilidad de las escalas estuvieron "comprendidos entre 0,73 y 0,83, valores que resultan satisfactorios" (Costa & McCrae, 2008, 90), con una estructura factorial compuesta por 5 factores que comprende un 30 % de la Varianza Total Explicada y con intercorrelaciones de los factores del NEO PI – R (el inventario compuesto por 240 reactivos) y los del NEO – FFI (compuesto por los 60 reactivos considerados como variables que tienen puntuación independiente) que van de 0,81 a 0,89 (Costa & McCrae, 2008, 92).

En el capítulo Resultados se presenta el comportamiento del instrumento con la muestra utilizada en la presente investigación.

4.6 – Aspectos Éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay (se adjunta en Anexo 1 su Resolución Definitiva).

La participación en la investigación fue voluntaria, previa autorización mediante consentimiento informado (se adjunta en Anexo 2), garantizándose la confidencialidad de los participantes y de los resultados individuales.

Debido a que parte de los datos serían extraídos del sistema de gestión informatizado, se pidió autorización en consentimiento separado para la protección de los datos personales (se adjunta en Anexo 3).

Como agradecimiento por la participación en la investigación, los pacientes fueron invitados a participar de un Taller de Relajación (que comenzaba inmediatamente de terminada la instancia de recogida de los datos para la investigación), en el cual al finalizar se les entregará un Cd con dos ejercicios de relajación. Asimismo, recibieron alimentos necesarios para la realización de una colación saludable (agua y barras de cereales o yogur bebible y barras de cereales, según disponibilidad de insumos por parte del equipo de investigación en ese momento).

4.7 – Procedimiento

Los pacientes fueron contactados telefónicamente por el equipo de investigación (conformado por 5 estudiantes de psicología avanzados y la investigadora principal) e invitados a participar en el estudio, destacando que la participación era voluntaria y que la misma no se encontraba condicionada a su permanencia en el programa de prevención secundaria.

Entre setiembre del año 2013 y abril del 2014, se contactaron 420 pacientes, de los cuales efectivamente concurrieron 203.

La recogida de datos se realizó de forma colectiva y con el objetivo de controlar las dificultades generadas por los diversos niveles culturales y/o las dificultades propias de

las edades de los pacientes (ya que disponíamos del dato de que se trataba de una población añosa), la administración de los mismos se llevó a cabo con la participación de estudiantes de psicología avanzados previamente entrenados en las técnicas utilizadas (durante el mes de agosto se realizaron 4 reuniones semanales de hora y media de duración para la presentación del estudio, las características más sobresalientes de la población y el conocimiento de los cuestionarios utilizados).

Para la obtención de los datos paraclínicos y la evaluación de enfermería sobre la adherencia terapéutica de los pacientes, se revisó la información incluida en el Sistema de Gestión Informatizado del FNR, y siguiendo el criterio empleado en la última evaluación de resultados realizada por el FNR, se registraron los datos del último control ingresado.

4.8 – Análisis Estadísticos

En primer lugar se procedió a realizar la descripción de las variables estudiadas mediante frecuencias absolutas y porcentajes en el caso de variables cualitativas, y medidas de resumen (media, percentiles, desvío estándar, mínimo y máximo) para variables cuantitativas.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables objetivo del estudio para representarlas y evaluar los supuestos estadísticos de los análisis inferenciales. Debido a la naturaleza ordinal de las variables adherencia, y el estudio a través de la prueba de Kolmorogov – Smirnov de las otras variables, se comprobó que los datos no cumplían con la condición de normalidad.

A los instrumentos utilizados (LSB-50 y NEO-FFI) se les realizó un análisis preliminar de los aspectos psicométricos a través del estudio de sus dimensiones y la fiabilidad de los mismos, con el fin de conocer su comportamiento en la muestra concreta que se utilizó en la presente investigación. Cabe destacar que no se pretendió validar o construir nuevos instrumentos.

Si bien es una de las primeras veces que se utiliza el LSB -50 en población uruguaya (ya que contamos únicamente con el antecedente de su uso en la tesis doctoral de Tiscornia en el año 2017), lo que ameritaría el estudio psicométrico del instrumento a través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) (Carretero & Pérez, 2005) pero debido a que se contaban con publicaciones argentinas recientes (De la Iglesia et al., 2015; De la Iglesia et al., 2016; De la Iglesia et al, 2016), que confirmaban la estructura del LBS – 50 propuesta por los autores de la técnica, se decidió realizar un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la misma.

Para el AFC del LSB – 50, debido a la naturaleza ordinal de las alternativas de respuesta, se optó por estimar los parámetros del modelo mediante el método de mínimos cuadrados ponderado ajustado en la media y la varianza (WLSMV en inglés).

En la Tabla 17 se presentan los criterios estdíasticos que se tuvieron en cuenta para evaluar la calidad de ajuste del modelo y los puntos de corte que se utilizaron siguiendo los criterios establecidos en la revisión sobre Análisis Factorial Confirmatorio realizada Schreiber, Nora, Stage, Barlow y King en el año 2006.

Tabla 17

Criterios estadísticos utilizados para evaluar la Calidad de Ajuste del Modelo

Índice	Abreviatura	Punto de Corte
Chi-cuadrado	X^2	$P < .05$
Razón de	X^2/gl	
Chi-cuadrado/grados de libertad		≤ 2 o 3
Índice de Ajuste Comparativo	CFI	≥ .95
Índice de ajuste no normalizado	TLI	≥ . 95
Error de aproximación cuadrático medio	RMSEA	< .06
Residuo Ponderado Cuadrático Medio	WRMR	< .90

Fuente: Tabla adaptada de Schreiber et al. (2006)

En el caso del NEO - FFI, al contar con diversas adaptaciones internacionales, que ya fueron referidas oportunamente cuando se presentó el instrumento, pero no regionales y ya que es la primera vez que se estudia en Uruguay la técnica, se realizó un AFE para conocer la estructura de la técnica (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

En primer lugar se analizó la adecuación de la muestra para la realización del AFE mediante la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El valor de KMO se consideró satisfactorio cuando se encontrara por encima de .50, lo cual implica una condición aceptable para la realización del análisis factorial, y en la prueba de esfericidad de Bartlett se espera un valor de $p < .005$ (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014; Pardo & Ruiz, 2002).

Siguiendo los procedimientos utilizados por los autores que realizaron la adaptación de

la técnica para población española (Costa & McCrae, 2008) se utilizó como forma de extracción de los factores al método de componentes principales y como método de rotación el Varimax, ya que el mismo minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor, lo que simplifica la interpretación de los factores (Pardo & Ruiz, 2002). Debido a que la técnica tiene diversos estudios internacionales que avalan su estructura de cinco factores (Aluja et al., 2005; Dolcet, 2006; Magalhaes et al., 2014; Panayiotou et al., 2004), se decidió directamente forzar los datos para la extracción de 5 factores.

Con la finalidad de contrastar las hipótesis referentes a las diferencias de género y procedimiento de revascularización a la que fueron sometidos los pacientes, se realizó la prueba U de Mann-Witney para dos muestras independientes (Hombres y Mujeres), comparando en las distintas escalas, tanto de sintomatología psicopatológica como de rasgos de personalidad, los puntajes obtenidos.

A la hora de contrastar las hipótesis referentes a los tipos de adherencia, la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis por tratarse de más de dos muestras independientes (Adherencia Buena, Regular y Mala).

Para la exploración de la correlación entre variables se empleó el coeficiente de Spearman (no paramétrico), según la distribución de las variables, considerando una correlación relevante cuando el coeficiente r_s es mayor a 0,7 y estadísticamente significativo. La correlación permitió realizar una primera aproximación a la relación

bivariada entre variables sociodemográficas, síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad con cada medida de adherencia.

Mediante Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se estudiaron las relaciones multivariadas que permitieron interpretar una estructura factorial de las variables en estudio. Particularmente, resultó de interés reconocer posibles variables latentes (dimensiones) constituidas por conjuntos de variables medidas de naturaleza semejante que permitieron evaluar globalmente la adherencia al tratamiento. La interpretación de la relación entre factores o variables latentes fue el fin principal de este AFE.

Se aplicó también un Análisis Factorial Confirmatorio mediante un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM por su nombre en inglés: *Structural Equation Models*) para poner a prueba un modelo de relación que permitiera establecer una medida de la adherencia al tratamiento y su comportamiento en función de variables sociodemográficas, sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad.

Los SEM se basan en las correlaciones existentes entre las variables medidas en una muestra de sujetos de manera transversal, los que permiten incluir variables latentes. Las variables latentes o factores son variables no observables que no pueden medirse directamente y se infieren a partir de variables observables, que son sus indicadores. Las variables observables, en cambio, se cuantifican a partir de medidas obtenidas por cuestionarios, encuestas, etc. (Ruíz, Pardo & San Martín, 2010).

Siguiendo las recomendaciones de Manzano Patiño (2017) “cuando el modelo no resulta aceptable, puede ser viable replantear el modelo, verificar su identificabilidad,

estimarlo y nuevamente evaluar el ajuste", por lo que luego de evaluar el modelo resultante del AFE se procedió a plantear un 2° modelo con las variables que cargaban mejor.

Los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de confianza del 95% (α= 0,05) considerando significativos los valores $p \leq .05$.

Para la realización de los anteriormente mencionados análisis estadísticos se utilizó el programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciencies*) en su versión número 20 y el MPlus 7.0.

Capítulo 5

Resultados

Capítulo 5

Resultados

En el presente capítulo se encuentran los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos, los que se estructuran en seis grandes apartados:

1 - Características psicométricas preliminares de los instrumentos.

2 - Caracterización de la muestra.

3 - Distintos niveles de Adherencia (Bueno, Regular y Malo) para las 4 indicaciones básicas en el tratamiento de pacientes que forman parte de un programa de prevención secundaria cardiovascular, es decir, tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo.

4 - Exploración de la presencia de sintomatología psicopatológica y correlación con los distintos tipos de adherencia.

5 - Exploración de la presencia de los distintos rasgos de personalidad y su correlación con los distintos tipos de adherencia.

6 - Propuesta de asociación de variables a través de un Modelo de Ecuaciones Estructurales.

5.1 - Características psicométricas de los instrumentos en la muestra utilizada para la presente tesis doctoral (LSB – 50 y NEO – FFI).

Debido a que las técnicas no se encuentran adaptadas a nuestro medio, y que su adaptación no forma parte de los objetivos de la presente investigación, se siguieron algunas de las recomendaciones de Carretero Dios y Pérez (2005) y Muñiz, Elousa y Hamilton (2013) para garantizar la pertinencia de su utilización.

Lo primero fue solicitarle a tres psicólogos nacionales que se desarrollan en el área de la psicología clínica y de la salud que analizaran los cuestionarios con el fin de detectar palabras o expresiones que pudieran dificultar la comprensión del cuestionario. Los mencionados profesionales no detectaron diferencias significativas a nivel lingüístico, psicológico o cultural que pudiera alterar la semántica y comprensión de los ítems. Posteriormente se realizó un estudio de carácter exploratorio con 10 pacientes pertenecientes a uno de los programa de prevención secundaria buscando examinar el funcionamiento de los cuestionarios en lo que refiere a la comprensión de los ítems, comprensión de las opciones de respuesta, longitud de los instrumentos, lenguaje y vocabulario utilizado. Como resultado de esta experiencia se observó que el lenguaje resultó claro y que el tiempo estimado resultó mayor al que se manejaba inicialmente por lo que se procedió a modificarlo en el consentimiento informado para luego proceder a la fase de recolección de datos de la muestra seleccionada.

Para conocer su comportamiento en esta investigación, una vez recogidos y codificados los datos se procedió al estudio descriptivo de los ítems, de la dimensionalidad del instrumento y a la estimación de la fiabilidad e interrelación entre las escalas. No se consideró pertinente la realización de la profundización en el análisis estadístico de los ítems, debido a que el mismo aporta información para la selección definitiva de los ítems, descartando aquellos que muestran respuestas demasiado unánimes o poco discriminativas (Streiner & Norman, 1995), procedimiento que no iba a ser llevado a cabo por no ser uno de los objetivos del presente trabajo.

5.1.1 - Estudio Descriptivo de los Reactivos del LSB – 50

Todos los ítems fueron sometidos a un análisis descriptivo, en la Tabla 18 se informa la media, desvio estándar, asimetría y curtosis.

Tabla 18

Estadísticos descriptivos, Asimetría y Curtosis de los ítems del LSB - 50

Ítem	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Ítem	Media	DE	Asimetría	Curtosis
1	.60	.94	1.70	2.56	26	.27	.67	2.53	5.59
2	.95	1.27	1.05	-.16	27	.86	1.24	1.24	.21
3	.30	.78	2.59	5.45	28	.51	.99	1.99	2.98
4	1.09	1.22	.79	-.51	29	.17	.58	3.62	12.59
5	.42	.88	2.17	3.94	30	.86	1.17	1.24	.48
6	1.42	1.43	.41	-1.31	31	.35	.80	2.41	5.14
7	1.04	1.25	.97	-.17	32	.49	.96	2.01	3.27
8	1.04	1.27	.88	-.52	33	.49	.90	2.02	3.77
9	.79	1.13	1.40	1.02	34	.25	.72	3.23	10.47
10	.46	1.03	2.32	4.41	35	.35	.79	2.57	6.83
11	.47	.91	2.14	4.12	36	.82	1.14	1.26	.53
12	.93	1.17	1.14	.370	37	.50	1.09	2.18	3.55
13	1.41	1.27	.48	-.97	38	.23	.68	3.54	13.05
14	1.12	1.31	.79	-.67	39	1.00	1.26	1.12	.11
15	.98	1.22	.93	-.48	40	.48	1.00	2.17	3.78
16	.44	.89	1.96	2.60	41	.20	.63	3.54	12.95
17	.22	.71	3.72	14.18	42	.37	.94	2.51	5.22
18	.16	.57	3.89	15.05	43	1.38	1.32	.52	-.99
19	.63	1.01	1.68	2.20	44	.74	1.07	1.60	1.95
20	1.16	1.22	.75	-.53	45	.46	.81	1.90	3.29
21	.70	1.24	1.69	1.55	46	.44	.86	2.02	3.27
22	.51	1.07	2.04	2.94	47	.32	.83	3.02	9.11
23	.20	.61	3.17	9.45	48	.14	.57	4.87	25.65
24	.67	1.06	1.63	1.87	49	1.16	1.28	.86	-,45
25	.17	.58	4.39	21.87	50	.52	1.00	1.95	2.92

Ferrando y Anguiano – Carrasco (2010) establecen que los ítems se comportan con una distribución normal cuando los valores de los coeficientes de asimetría y curtosis se encuentran dentro del rango de -1 a 1. Como se observa en la Tabla 18, un 80 % de los ítems presenta una asimetría mayor a 1, mientras que un 64 % presenta una curtosis mayor a 1, por tanto se puede afirmar que los valores de asimetría y curtosis evidencian que los ítems no presentan una distribución normal.

5.1.2 - Estudio de la dimensionalidad del LSB – 50

Como se mencionó anteriormente en el apartado de Análisis Estadístico, debido a que se contaban con publicaciones argentinas recientes (De la Iglesia et al., 2015; De la Iglesia et al., 2016; De la Iglesia et al, 2016), que confirmaban la estructura del LBS – 50 propuesta por los autores de la técnica, se decidió realizar un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la misma.

Debido a la naturaleza categórica de los ítems (escala Likert), el método de estimación de parámetros seleccionado fue el de mínimos cuadrados ponderados ajustado en la media y la varianza (WLSMV en inglés) sobre una matriz policórica, dado que se analizan datos ordinales alejados de la normalidad (Lloret-Segura, Ferreres-Traver & Tomás-Marco, 2014; Muthén & Muthén, 1998 - 2012).

Los valores de ajuste del modelo fueron: X^2 = 1384.16 con un *p value de 0.0000*, X^2/gl = 1,19, CFI = .964, TLI = .961, RMSEA = .031 (con un intervalo de confianza al 90 %

de .025 – .037) y WRMR = .878. Por lo que se puede afirmar que se ha obtenido un buen ajuste al modelo propuesto por De Rivera & Abuín (2012).

En la Tabla 19 se muestra cómo carga cada ítem en los factores correspondientes, siendo todas las correlaciones significativas ($p < .001$) y con valores superiores a .40.

Tabla 19

Matriz de correlaciones

Ítem	**Pr**	**Ítem**	**Hp**	**ítem**	**Ob**	**Ítem**	**An**	**Ítem**	**Hs**
6	.50	16	.50	6	.47	4	.80	3	.79
7	.47	24	.70	7	.62	10	.78	9	.81
8	.80	26	.72	8	.73	18	.78	23	.90
15	.79	29	.57	15	.79	22	.72	41	.73
16	.54	30	.83	31	.76	25	.70	44	.70
24	.77	38	.72	33	.67	34	.75	48	.83
26	.75	40	.74	36	.46	35	.80		
29	.78					47	.72		
30	.82					50	.83		
31	.80								
33	.76								
36	.77								
38	.86								
40	.82								

Ítem	**Sm**	**ítem**	**De**	**Ítem**	**Su**	**Ítem**	**Su-a**
1	.54	2	.79	13	.88	2	.70
5	.72	12	.77	14	.88	13	.78
11	.58	17	.69	27	.85	14	.65
19	.65	21	.74			27	.56
20	.64	28	.65			34	.83
43	.82	32	.49			37	.79
45	.56	37	.76			50	.82
48	.61	39	.50				
		42	.66				
		49	.62				

Nota. Pr = psicoreactividad, Hp = hipersensibilidad, Ob = obsesión – compulsión, An = ansiedad, Hs = hostilidad, Sm = somatización, De = depresión, Su = sueño, Su-a = alteraciones del sueño ampliada

5.1.3 - Estimación de la fiabilidad e interrelación entre las escalas del LSB – 50

Como se observa en la Tabla 20, en el estudio de fiabilidad que se realizó con la muestra trabajada para la presente investigación, los coeficientes de fiabilidad calculados a partir del Alfa de Cronbach, estuvieron entre .74 y .84, por lo que se puede concluir que la consistencia interna del instrumento resultó satisfactoria en términos de fiabilidad, entendida como la exactitud o precisión de una medición, o el grado en que las puntuaciones del test están libres de errores de medición (Tornimbeni, Pérez y Olaz, 2008).

En una observación más detallada de la distintas Escalas Clínicas según los ítems que las componen (también en la Tabla 20), se puede observar que sólo 3 mejorarían muy levemente su alfa al eliminar un reactivo (Psicoreactividad, Hipersensibilidad y Obsesión – Compulsión) mientras que las restantes escalas no mejorarían sus coeficientes al suprimir reactivos, lo que, como se mencionó anteriormente, evidencia resultados de fiabilidad satisfactorios para los reactivos que componen las escalas.

Tabla 20

Alfa de Cronbach total para cada Escala Clínica y para cada uno de los reactivos que las componen si se elimina el elemento

Psicoreacti-Vidad		**Hipersensibi-lidad**		**Obsesión compulsión**		**Ansiedad**		**Hostilidad**	
Total	**.84**		**.76**		**.75**		**.84**		**.78**
Reactivo	α	reactivo	α	reactivo	A	reactivo	A	Reactivo	α
6	.85	16	.77	6	.76	4	.83	3	.74
7	.83	24	.70	7	.69	10	.81	9	.75
8	.83	26	.72	8	.70	18	.82	23	.75
15	.83	29	.75	15	.70	22	.82	41	.76
16	.84	30	.69	31	.73	25	.83	44	.75
24	.83	38	.72	33	.72	34	.82	48	.77
26	.83	40	.71	36	.73	35	.81		
29	.84					47	.83		
30	.82					50	.82		
31	.83								
33	.83								
36	.84								
38	.84								
40	.83								

Somatización		**Depresión**		**Alteraciones del Sueño**		**Alt. Sueño Ampliada**	
Total	**.74**		**.82**		**.82**		**.80**
Reactivo	α	reactivo	α	reactivo	A	reactivo	**A**
1	.72	2	.79	13	.70	2	.77
5	.73	12	.79	14	.66	13	.75
11	.71	17	.81	27	.82	14	.75
19	.72	21	.79			27	.76
20	.69	28	.80			34	.80
43	.68	32	.82			37	.78
45	.71	37	.80			50	.77
48	.75	39	.82				
		42	.81				
		49	.81				

También se procedio al estudio de la intercorrelación de las escalas debido a la naturaleza misma de la sintomatología psicopatológica, la que frecuentemente se presenta de forma comorbida (Tabla 21).

Tabla 21

Correlación entre las distintas Escalas Clínicas

	Pr	Hp	Ob	An	Hs	Sm	De	Su	Su-a
Psicoreactividad	---								
Hipersensibilidad	.88**	---							
Obsesión Compulsión	.94**	.88**	---						
Ansiedad	.65**	.91**	.76**	---					
Hostilidad	.56**	.86**	,.73**	.72**	---				
Somatización	.60**	.75**	.68**	.73**	.54**	---			
Depresión	.70**	.99**	.80**	.89**	.80**	.80**	---		
Alteraciones del Sueño	.53**	.59**	.60**	.49**	.46**	.63**	.61**	---	
Alteraciones del sueño – ampliada	.68**	.68**	.59**	.65**	.47**	.64**	.74**	.89**	---

Nota. Pr = psicoreactividad, Hp = hipersensibilidad, Ob = obsesión – compulsión, An = ansiedad, Hs = hostilidad, Sm = somatización, De = depresión, Su = sueño, Su-a = alteraciones del sueño ampliada.

** $p < .001$

Como era de esperar, se observaron correlaciones estadísticamente signficativas entre las distintas escalas clínicas.

5.1.4 – Estudio Descriptivo de los Reactivos del NEO - FFI

Al igual que se procedió con el LSB – 50, todos los ítems del NEO - FFI fueron sometidos a un análisis descriptivo (Tabla 22).

Tabla 22

Estadísticos descriptivos, Asimetría y Curtosis de los ítems del NEO - FFI

Ítem	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Ítem	Media	DE	Asimetría	Curtosis
1	.49	.91	2.06	3.88	31	1.93	1.41	-.03	-1.35
2	2.7	1.25	-.92	-.06	32	2.99	.94	-.99	.99
3	2.37	1.33	-.52	-.81	33	1.86	1.35	-.01	-1.21
4	2.72	1.11	-.84	.16	34	2.53	1.27	-.34	-1.09
5	2.7	1.36	-.68	-.84	35	2.85	1.10	-1.09	.64
6	2.15	1.48	0	-1.47	36	1.89	1.35	-.15	-1-35
7	3.02	1.13	-1.29	1.1	37	1.82	1.16	.43	-.74
8	2.15	1.39	-.05	-1.23	38	2.38	1.30	-.22	-1.15
9	3.27	1.08	-1.41	1	39	2.95	.97	-1.05	1.15
10	2.97	1.06	-1.26	1.32	40	3.1	.81	-1.09	2.12
11	.84	1.23	1.21	.06	41	1.09	.94	1.08	1.34
12	2.75	1.25	-.82	-.23	42	2.17	1.32	-0.02	-1.11
13	2.32	1.25	-.37	-.77	43	1.66	1.30	.48	-.89
14	3.13	1.22	-1.22	.29	44	3.16	.86	1.26	2.26
15	2.95	1.14	-1.2	.73	45	3.14	.79	-1.20	2.31
16	1	1.37	1.07	-.31	46	1.63	1.27	.41	-.95
17	2.38	1.24	-.21	-.97	47	2.61	1.10	-.65	-.05
18	2.63	1.18	-.75	-.18	48	2.68	1.01	-.78	.39
19	2.7	1.31	-.71	-.68	49	2.71	1	-.88	.50
20	2.71	1.09	-.81	.13	50	2.11	1.29	.02	-1.25
21	1.49	1.35	.41	-1.13	51	2.08	1.32	-.31	-1.21
22	2.36	1.26	-.32	-.85	52	2.1	1.23	-.23	-.97
23	2	1.39	-.08	-1.22	53	1.75	1.30	.10	-1.24
24	2.74	1.17	-.75	-.27	54	2.33	1.34	-.14	-1.35
25	2.89	1	-1.02	.83	55	2.33	1.24	-.08	-1.20
26	1.65	1.44	.29	-1.32	56	1.74	1.30	-.48	-.97
27	1.92	1.13	.28	-.66	57	2.65	1.29	-.57	-.84
28	1.73	1.38	.13	-1.29	58	1.88	1.24	.32	-.98
29	2.61	1.14	-.82	-.02	59	2.57	1.23	-.38	-.94
30	3.15	.94	-1.4	2.21	60	2.13	1.31	.124	-1.31

Se siguieron los criterios establecidos por Ferrando y Anguiano – Carrasco (2010) para evidenciar si los mismos se comportan con una distribución normal. Como se observa

en la Tabla 22, un 9,6 % de los ítems presenta una asimetría mayor a 1 ó -1, mientras que un 15,6 % presenta una curtosis mayor a 1 ó -1, por tanto se puede afirmar que los valores de asimetría y curtosis evidencian que los ítems no presentan una distribución normal.

5.1.5 - Estudio de la dimensionalidad del NEO – FFI

En el caso del NEO - FFI, al contar con adaptaciones internacionales pero no regionales y ya que es la primera vez que se estudia en Uruguay la técnica, se realizó un AFE para conocer su estructura (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

En primer lugar se analizó la adecuación de la muestra para la realización del AFE mediante la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El valor de KMO (.692) resultó satisfactorio dado que se encuentra por encima de .50, lo cual implica una condición aceptable para la realización del análisis factorial, y en la prueba de esfericidad de Bartlett también se obtuvo un resultado significativo (X^2 = 4229,51; p = .000), por lo que se puede afirmar que se cumplen con los criterios necesarios para la realización del análisis factorial (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014; Pardo & Ruiz, 2002).

Como se mencionó anteriormente en el apartado de Análisis Estadístico, siguiendo los procedimientos utilizados por los autores que realizaron la adaptación de la técnica para población española (Costa & McCrae, 2008) se utilizó como forma de extracción de los factores al método de componentes principales y como método de rotación el Varimax.

Debido a que la técnica tiene diversos estudios internacionales que avalan su estructura de cinco factores (Aluja et al., 2005; Dolcet, 2006; Magalhaes et al., 2014; Panayiotou et al., 2004), se decidió directamente forzar los datos para la extracción de 5 factores.

La factorización en 5 componentes logró explicar un 55,42 % de la varianza, resultados similares a los obtenidos por Aluja et al. (2005) y por Dolcet (2006), por lo que se optó por permanecer con este número de factores para realizar la rotación de los datos, cuyo resultados se presentan en la Tabla 23.

Tabla 23

Cargas factoriales de los reactivos del NEO - FFI: rotación oblicua varimax

Neuroticismo		**Extroversión**		**Apertura**		**Amabilidad**		**Responsabilidad**	
reactivo		Reactivo		reactivo		reactivo		reactivo	
1	**.60**	2	**.63**	3	**.40**	4	**.31**	5	**.61**
6	**.60**	7	**.56**	8	.11	9	**.50**	10	**.64**
11	**.63**	12	**.50**	13	**.63**	14	**.50**	15	**.58**
16	**.61**	17	**.52**	18	**.39**	19	**.50**	20	**.58**
21	**.63**	22	**.42**	23	**.60**	24	**.59**	25	**.54**
26	**.63**	27	**.31**	28	**.36**	29	**.39**	30	**.60**
31	**.70**	32	**.53**	33	**.43**	34	.29	35	**.57**
36	**.43**	37	**.66**	38	.27	39	**.53**	40	**.54**
41	**.61**	42	**.47**	43	**.64**	44	**.48**	45	**.50**
46	**.70**	47	**.47**	48	**.60**	49	**.34**	50	**.61**
51	**.65**	52	**.50**	53	**.66**	54	**.44**	55	**.59**
56	**.41**	57	.10	58	**.55**	59	**.56**	60	**.49**

Nota: Pesos mayores de ± .30 en negrita

Se destaca que los ítems 8, 34, 38 y 57 no cargan de forma significativa en ninguna de las dimensiones y que por el contrario los ítems 3, 36, 39, 47 y 52 cargan de forma

significativa en dos dimensiones; lo que ameritaría la revisión de estos reactivos específicos para lograr una mayor discriminación, tarea que no se llevo a cabo en la presente investigación por considerar que excedía los objetivos de la misma.

A excepción de la situación reportada por los mencionados ítems, el resto de los reactivos se reparte claramente en cinco factores que son los que se presentan en la Tabla 23.

5.1.6 - Estimación de la fiabilidad del NEO - FFI

Como se observa en la Tabla 24, en el estudio de fiabilidad que se realizó con la muestra trabajada para la presente investigación, los coeficientes de fiabilidad estuvieron entre .64 y .77, por lo que se puede concluir que la consistencia interna del instrumento resulto aceptable en términos de fiabilidad.

Tabla 24

Alfa de Cronbach total para cada Factor y para cada uno de los reactivos que los componen si se elimina el elemento

Neuroticismo		**Extroversión**		**Apertura**		**Amabilidad**		**Responsabilidad**	
Total	**.73**		**.77**		**.67**		**.64**		**.73**
Reactivo	**α**	Reactivo	**A**	reactivo	**α**	reactivo	**A**	reactivo	**α**
1	.72	2	.75	3	.63	4	.61	5	.72
6	.77	7	.75	8	.66	9	.62	10	.71
11	.70	12	.74	13	.62	14	.61	15	.71
16	.70	17	.76	18	.64	19	.61	20	.71
21	.70	22	.74	23	.66	24	.62	25	.71
26	.70	27	.76	28	.65	29	.63	30	.72
31	.68	32	.76	33	.64	34	.62	35	.71
36	.69	37	.75	38	.64	39	.62	40	.71
41	.72	42	.75	43	.66	44	.63	45	.71
46	.72	47	.75	48	.65	49	.63	50	.71
51	.72	52	.75	53	.65	54	.59	55	.72
56	.74	57	.76	58	.66	59	.65	60	.71

5.2 - Caracterización de la muestra

La muestra se constituyó por un total de 203 pacientes, donde un 66 % (134/203) fueron de sexo masculino, habiendo sido sometidos a angioplastia un 65 % (132/203) de los participantes. La edad media fue de 64,1 años (DE = 7,5 años) con un mínimo de 41 años y un máximo de 82 años (Tabla 25).

Tabla 25

Datos Sociodemográficos de la muestra estudiada

Variables n = 203	[n (%)]
Sexo	
Hombres	134 (66.0)
Mujeres	69 (34.0)
Edad	
X	64.12
Min	41
Max	82
41 – 59	53 (26.1)
60 – 64	46 (22.7)
65 – 70	58 (28.6)
71 – 82	46 (22.7)
Educación	
Primaria	86 (42.4)
Secundaria	74 (36.5)
Terciaria No Univ.	26 (12.8)
Universitaria	17 (8.4)
Ocupación	
Empleado	23 (11.3)
Trabajador Indp.	26 (12.8)
Desempleado	12 (5.9)
Jubilado	115 (56.7)
Ama de casa	17 (8.4)
Otros	10 (4.9)
Convivencia [n (%)]	
Vive Solo	33 (16.3)
Vive con otras personas	170 (83.7)
Cobertura médica [n (%)]	
Pública	101 (50.2)
Privada	102 (49.8)

En la Tabla 26 se presentan las características de salud de la muestra, destacándose que un 72,4 % (147/203) de los pacientes presentaron dos o más comorbilidades.

Tabla 26

Características de Salud de la muestra estudiada

Variables	n = 203
Procedimiento de Revascularización [n (%)]	
Angioplastia	132 (65.0)
Cirugía Cardíaca	71 (35.0)
Tiempo de la realización del procedimiento [n (%)]	
< 1 años	23 (11.3)
1 a 5 años	84 (41.4)
5 a 10 años	88 (43.3)
> 10 años	8 (3.9)
Hipertensión [n (%)]	146 (71.9)
Colesterol [n (%)]	116 (57.1)
Diabetes [n (%)]	75 (36.9)
Enfermedad Renal [n (%)]	15 (7.4)
Enfisema / EPOC [n (%)]	11 (5.4)
*Comorbilidades Físicas** [n (%)]	
Sin comorbilidades	18 (8.9)
1	38 (18.7)
2 o más	147 (72.4)
Tabaquismo [n (%)]	23 (11.3)
Antecedentes de Fumador [n (%)]	115 (56.7)

* Considera las enfermedades enumeradas anteriormente.

Mirando con mayor detalle los datos que se refieren al Índice de Masa Corporal (IMC), se observa que un 39,9 % presenta valores que corresponden con Obesidad pero únicamente un 14,3 % se ubica en la franja correspondiente al Normopeso, ya que un 45,3 % se encuentra con Sobrepeso (Tabla 27). Lo que nos muestra lo relevante de esta problemática para esta población.

Tabla 27

Índice de Masa Corporal

	[n (%)]
Normopeso	29 (14.3)
Sobrepeso	92 (45.3)
Obesidad	77 (37.9)
Obesidad Mórbida	3 (2)

5.3 - Distintos niveles de Adherencia

En lo que refiere a las frecuencias de los distintos tipos de adherencias (farmacológica, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo), las que se presentan en la Tabla 28, un 97,5 % (198/203) de los registros reportan una Adhesión al Tratamiento Farmacológico como Buena, lo que impide que se realicen trabajos tendientes a identificar variables asociadas debido a la homogeneidad de la misma.

Con la Cesación de Tabaquismo ocurre algo similar, ya que el 88,7 % (180/203) reporta no estar fumando actualmente, es decir que tiene una Adherencia Buena.

Debido a la homogeneidad de las variables Adherencia Farmacológica y Adherencia a la Cesación de tabaquismo, se decidió realizar el resto de los análisis con la Adhesión al Ejercicio Físico y a la Alimentación Saludable, las que sí presentaron otra variabilidad en sus resultados.

Tabla 28

Frecuencias de los distintos tipos de Adherencias
n = 203

Adhesión Tratamiento Farmacológico	[n (%)]
Mala	1 (0.5)
Regular	4 (2.0)
Buena	198 (97.5)
Adhesión Ejercicio Físico	[n (%)]
Mala	45 (22.1)
Regular	71 (35.0)
Buena	87 (42.9)
Adhesión Plan de Alimentación Saludable	[n (%)]
Mala	22 (10.8)
Regular	77 (37.9)
Buena	104 (51.2)
Adhesión a la Cesación Tabaquismo	[n (%)]
Mala	23 (11.3)
Buena	180 (88.7)

5.4 - Sintomatología psicopatológica en la presente muestra

En la Tabla 29 se presenta un resumen descriptivo de los puntajes obtenidos en las distintas escalas clínicas del LSB – 50.

Tabla 29

Datos descriptivos de las Escalas Clínicas del LSB – 50

Escalas Clínicas	Media	DE	Mínimo	Máximo
Psicorreactividad	.66	.60	.00	2.71
Hipersensibilidad	.44	.56	.00	2.71
Obsesión Compulsión	.87	.74	.00	3.29
Ansiedad	.42	.59	.00	3.11
Hostilidad	.39	.58	.00	2.67
Somatización	.69	.62	.00	2.75
Depresión	.68	.69	.00	3.00
Alteraciones del Sueño	1.13	1.10	.00	4.00
Alteraciones del Sueño – ampliada	.79	.77	.00	3.43

Para realizar la interpretación de los datos cuantitativos obtenidos en el LSB - 50 se requiere la transformación de los resultados de cada una de las escalas en percentiles.

Al no contar con la técnica adaptada a Uruguay, y debido a que los resultados del análisis psicométrico preliminar que se realizó a la técnica con la presente muestra es similar a los datos aportados por el Manual de la técnica, se decidió utilizar la Baremación realizada en población general española por los autores de la misma (de Rivera & Abuín, 2012).

En la Tabla 30 se presenta las frecuencias de las escalas clínicas ya transformadas en datos cualitativos que indican si la respuesta dada por los pacientes hace referencia a presencia baja, moderada o alta de sintomatología psicopatológica.

Tabla 30

Frecuencias de las Escalas Clínicas del LSB – 50
n = 203

Escalas Clínicas [n (%)]	Bajo	Moderado	Alto
Psicorreactividad	28 (13.8)	120 (59.1)	55 (27.1)
Hipersensibilidad	65 (32)	105 (51.7)	33 (16.3)
Obsesión Compulsión	23 (11.3)	127 (62.6)	53 (26.1)
Ansiedad	64 (31.5)	89 (43.8)	50 (24.6)
Hostilidad	78 (38.4)	99 (48.8)	26 (12.8)
Somatización	23 (11.3)	130 (64)	50 (24.6)
Depresión	44 (21.7)	121 (59.6)	38 (18.7)
Alteraciones del Sueño	50 (24.6)	99 (48.8)	54 (26.6)
Alteraciones del Sueño – ampliada	41 (20.2)	104 (51.2)	58 (28.6)

Si se observa exclusivamente la columna que reporta una presencia alta de sintomatología psicopatológica, es decir que los puntajes de las escalas se encuentran por encima del percil 85, aparecen como sobresalientes aquellas que refieren a síntomas relacionados con Alteraciones del sueño-ampliada (28,6 %), Psicorreactividad (27 %), Obsesión compulsión (26,1%), Alteraciones del Sueño, Ansiedad (24,6%) y Somatización (24,6%).

Con la finalidad de contrastar las hipótesis referentes a las diferencias de género y procedimiento de revascularización a la que fueron sometidos los pacientes, se realizó la prueba U de Mann-Witney para dos muestras independientes. Como medida de magnitud del efecto se presenta el coeficiente de probabilidad de superioridad cuando el valor *p* se presenta significativo (Tabla 31 y Tabla 32).

Tabla 31

Comparación de las Escalas Clínicas por género

	Mujeres (n= 69)		Hombres (n=134)				
Escalas Clínicas	M	DE	M	DE	U	Z	PS_{est}
Psicoreactividad	.71	.60	.63	.59	4198.50	-1.07	--
Hipersensibilidad	.48	.58	.42	.55	4270.50	-.90	--
Obsesión Compulsión	.93	.75	.84	.73	4239.50	-.97	--
Ansiedad	.58	.76	.34	.47	3795.00	-2.12*	.41
Hostilidad	.45	.62	.36	.55	4291.50	-.86	--
Somatización	.90	.75	.58	.51	3599.50	-2.59*	.38
Depresión	.78	.72	.63	.66	3830.50	-2.00*	.41
Alteraciones del Sueño	1.3	1.19	1.04	1.03	4008.00	-1.56	--
Alteracione del Sueño-a	.71	.85	.43	.71	3687.50	-2.37	.39

Nota: M = media, DE = Desviación estándar, U = U de Mann Whitney, Z = valor de distribución normal
PS_{est} = Coeficiente de probabilidad de superioridad * p <.05

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p <.05) pero con una magnitud del efecto pequeña (entre .38 y .41) para las escalas clínicas de Ansiedad, Somatización y Depresión, habiendo sido las mujeres las que presentan niveles más altos de autoreportes de la mencionada sintomatología.

Tabla 32

Comparación de las Escalas Clínicas por Procedimiento de Revascularización

	Angioplastia (n= 132)		Cirugía (n=71)			
Escalas Clínicas	M	DE	M	DE	U	Z
Psicoreactividad	.66	.58	.65	.63	4506.50	-.45
Hipersensibilidad	.43	.57	.45	.56	4413.00	-.69
Obsesión Compulsión	.89	.71	.85	.79	4385.50	-.75
Ansiedad	.44	.64	.38	.49	4599.50	-.22
Hostilidad	.37	.56	.42	.61	4416.00	.70
Somatización	.69	.62	.69	.64	4594.50	-.23
Depresión	.69	.72	.65	.62	4675.50	-.02
Alteraciones del Sueño	1.13	1.03	1.12	1.21	4398.00	-.72
Alteraciones del Sueño-a	.53	.79	.57	.74	4508	-.44

Nota: M = media, DE = Desviación estándar, U = U de Mann Whitney, Z = valor de distribución normal

Como se muestra en la Tabla 32, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las diferentes Escalas Clínicas según el procedimiento de revascularización a la que fueron sometidos los pacientes.

A la hora de contrastar las hipótesis referentes a los tipos de adherencia y la sintomatología psicopatológica se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis por tratarse de más de dos muestras independientes, en esta oportunidad cuando el valor *p* resultó estadísticamente significativo, se calculó la magnitud del efecto a través del eta-cuadrado (n_2H) datos que se presentan en la Tabla 33.

Tabla 33

Sintomatología Psicopatológica y Tipo de Adherencia

		Adhesión Ejercicio				Adhesión Plan Alimentación			
		M	DE	*H*	n_2H	M	DE	*H*	n_2H
Psicoreactividad	Mala	.71	.67			.99	.91		
	Regular	.80	.63	9.66*	.02	.72	58	6.55*	.01
	Buena	.51	.49			.54	.49		
Hipersensibilidad	Mala	.57	.71			.75	.75		
	Regular	.52	.58	6.18*	.01	.53	.63	8.65*	.02
	Buena	.30	.42			.30	.41		
Obsesión Compulsión	Mala	.86	.74			1.24	1.16		
	Regular	1.08	.81	8.44*	.02	.91	.66	3.24	--
	Buena	.71	.63			.77	.65		
Ansiedad	Mala	.57	.78			.64	.73		
	Regular	.46	.60	4.92	--	.46	.65	5.03	--
	Buena	.30	.44			.34	.50		
Hostilidad	Mala	.52	.69			.58	.79		
	Regular	.45	.64	3.18	--	.48	.64	4.99	--
	Buena	.28	.43			.28	.44		
Somatización	Mala	.94	.74			.97	.75		
	Regular	.77	.60	16.46**	.06	.76	.62	8.64*	.02
	Buena	.50	.52			.58	.57		
Depresión	Mala	.88	.89			1.00	.87		
	Regular	.77	.70	8.90*	.02	.81	.79	9.22*	.02
	Buena	.49	.49			.51	.49		
Alteraciones del Sueño	Mala	1.4	1.2			1.78	1.38		
	Regular	1.25	1.09	9.31*	.02	1.28	1.11	11.94 *	.03
	Buena	.87	.98			.87	.94		
	Mala	1.0	.94			1.25	.98		
Alteraciones del Sueño-ampliada	Regular	.90	.75	**9.29****	.02	.92	.83	**11.28 ****	.03
	Buena	.60	.64			.60	.60		

Nota: M = media, DE = Desviación estándar, gl = grados de libertad, *H = H de Kruskall-Wallis*, n_2H=eta-cuadrado
* *p* <.05, ** *p* <.01

En relacióna a la sintomatología psicopatólogica y el tipo de Adherencia Terapéutica, existen diferencias estadísticamente significativas pero con escaza magnitud en su efecto en la Adhesión al Ejercicio en función de la presencia de sintomatología

vinculada a las escalas de Psicoreactividad, Hipersensibilidad, Obsesión Compulsión, Depresión, Alteraciones del Sueño y Alteraciones del Sueño-ampliado, no así para la escala de Somatización ya que si bien presenta valores estadísticamente significativos la magnitud de su efecto es levemente mejor que con las otras escalas.

Para la Adhesión al plan de alimentación se encuentran difencias estadísticamente significativas para las escalas de Psicorreactividad, Hipersensibilidad, Somatización, Depresión, Alteraciones del Sueño y Alteraciones del Sueño-ampliada, pero todas con una magnitud del efecto muy pequeño.

Tabla 34

Correlación no paramétrica (coef. de Spearman) entre las Escalas Clínicas del LSB – 50, la Adhesión al Plan de Alimentación Saludable y la Adhesión al Ejercicio Físico

	Adhesión Plan de Alimentación Saludable	Adhesión al Ejercicio Físico
Escalas Clínicas		
Psicoreactividad	-.18 *	-.16 *
Hipersensibilidad	-.20 **	-.15 *
Obsesión Compulsión	-.12	-.12
Ansiedad	-.15 *	-.15 *
Hostilidad	-.14 *	-.12
Somatización	-.20 **	-.28 **
Depresión	-.21 **	-.19 **
Alteraciones del Sueño	-.24 **	-.21 **

* p < .05
** p < .01

Las escalas clínicas presentaron correlaciones muy bajas (< .30) de signo negativo pero significativas estadísticamente. Esta correlación negativa o inversa muestra que al crecer una variable la otra decrece y viceversa, por lo que se puede afirmar que a mayor presencia de sintomatología psicopatológica menor adherencia a la alimentación y al ejercicio, y viceversa, a mayor adherencia a la alimentación y al ejercicio, menor presencia de sintomatología psicopatológica.

5.5 - Rasgos de Personalidad en la presente muestra

Los rasgos de personalidad fueron evaluados utilizando el Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI), en la Tabla 35 se presentan la media, desvio estándar, mínimo y máximo para cada dimensión.

Tabla 35

Datos descriptivos de las Dimensiones del NEO – FFI

	Media	DE	Mínimo	Máximo
Neuroticismo	17.96	7.86	1	43
Extroversión	29.49	7.70	2	48
Apertura	25.39	7.25	3	46
Amabilidad	33.41	6.24	11	47
Responsabilidad	33.05	6.75	4	48

Para realizar la interpretación de los datos cuantitativos obtenidos en el NEO - FFI se requiere la transformación de los resultados de cada una de las escalas en percentiles. Al no contar con la técnica adaptada a Uruguay y debido las características que la técnica presentó en el análisis psicométrico preliminar realizado para la presente

investigación, se decidió utilizar la adaptación realizada en España por de Cordero, Pamos y Seis dedos que se encuentra en el Manual de la Técnica publicado por TEA Ediciones (Costa & McCrae, 2008). Para la conversión de los puntajes se utilizaron los baremos de población general para varones y mujeres que se encuentra en el Manual de la técnica en su 3° Edición (Costa & McCrae, 2008).

En la Tabla 36 se presenta las frecuencias de las dimensiones ya transformadas en datos cualitativos que indican si la respuesta dada por los pacientes hace referencia a la presencia baja, moderada o alta de los rasgos de personalidad.

Tabla 36

Frecuencias de las Dimensiones del NEO – FFI

Rasgos	Bajo [n (%)]	Moderado [n (%)]	Alto [n (%)]
Neuroticismo	37 (18.2)	77 (37.9)	89 (43.8)
Extroversión	102 (50.2)	57 (28.1)	44 (21.7)
Apertura	102 (50.2)	62 (30.5)	39 (19.2)
Amabilidad	67 (33)	55 (27.1)	81 (39.9)
Responsabilidad	119 (58.6)	41 (20.2)	43 (21.2)

En este grupo de pacientes se encontraron como rasgos con mayor presencia Neuroticismo y Amabilidad elevado, Extroversión, Apertura y Responsabilidad bajos.

Al igual que se procedió con el LSB – 50, y con la finalidad de contrastar las hipótesis referentes a las diferencias de género y procedimiento de revascularización a la que fueron sometidos los pacientes, se realizó la prueba U de Mann-Witney para dos muestras independientes. Como medida de tamaño del efecto se presenta el coeficiente de probabilidad de superioridad cuando el valor *p* se presenta significativo (Tabla 37 y Tabla 38).

Tabla 37

Comparación de las Dimensiones del NEO – FFI por género

	Mujeres (n= 69)		Hombres (n=134)				
	M	DE	M	DE	U	Z	PS_{est}
Neuroticismo	19.45	7.96	17.19	7.73	3749	-2.20*	.40
Extroversión	29.32	8.81	29.57	7.09	4460	-,41	--
Apertura	25.83	6.99	25.17	7.40	4404	-,55	--
Amabilidad	34.19	6.84	33.01	5.90	4013	-1.54	--
Responsabilidad	32.36	6.56	33.40	6.84	4075	-1.38	--

Nota: M = mediana, DE = Desviación estándar, U = U de Mann Whitney, Z = valor de distribución normal
PS_{est} = Coeficiente de probabilidad de superioridad * p <.05

En relación al género, la única dimensión que resultó estadísticamente significativa fue Neuroticismo pero al igual que sucedió con sintomatología psicopatológica, el tamaño de efecto resultó pequeño (Tabla 37), mientras que para el tipo de procedimiento ninguna de las dimensiones resultó estadísticamente significativa (Tabla 38).

Tabla 38

Comparación de las Dimensiones del NEO – FFI por Procedimiento de Revascularización

	Angioplastia (n= 132)		Cirugía (n=71)			
	M	DE	M	DE	U	Z
Neuroticismo	18.13	8.05	17.65	7.55	4516	-.42
Extroversión	29.45	8.22	29.55	6.68	4546	-.35
Apertura	25.19	7.68	25.77	6.40	4508	-.44
Amabilidad	33.53	6.74	33.20	5.25	4463	-.55
Responsabilidad	32.88	6.86	33.37	6.56	4515	-.42

Debido a que el tipo de adherencia se encuentra divido en Buena, Regular y Mala, se realizó la prueba H de Kruskal-Wallis a la hora de contrastar las hipótesis referentes a los tipos de adherencia y los rasgos de personalidad, y al igual que se hizo con Sintomatología Psicopatológica, se buscó conocer la magnitud del efecto a través de eta-cuadrado (Tabla 39).

Tabla 39

Rasgos de Personalidad y Tipo de Adherencia

		Adhesión Ejercicio			Adhesión Plan Alimentación			
		M	DE	*H*	M	DE	*H*	n_2H
Neuroticismo	Mala	19.64	8.53		19.73	9.31		
	Regular	18.79	8.16	5.58	18.87	8.15	3.60	--
	Buena	16.41	7.02		16.91	7.22		
Extroversión	Mala	29.11	8.70		29.86	9.18		
	Regular	27.97	8.14	4.88	28.53	7.57	1.61	--
	Buena	30.92	6.52		30.12	7.46		
Apertura	Mala	24.67	7.41		24.91	7.89		
	Regular	24.86	6.24	2.58	24.21	7.42	5.96	--
	Buena	26.21	7.90		26.38	6.90		
Amabilidad	Mala	31.22	7.07		31.45	7.44		
	Regular	34.08	6.09	5.68	33.23	6.81	1.85	--
	Buena	34.00	5.71		33.96	5.46		
Responsabilidad	Mala	30.80	8.40		33.36	9.01		
	Regular	33.58	5.95	3.91	31.38	7.20	6.77*	.01
	Buena	33.78	6.21		34.22	5.56		

Nota: M = media, DE = Desviación estándar, gl = grados de libertad, *H = H de Kruskall-Wallis*, n_2H=eta-cuadrado
* *p* <.05

En lo que refiere a los rasgos de personalidad, la única dimensión que resultó estadísticamente significativa fue Responsabilidad para la Adherencia al Plan de Alimentación pero con una magnitud de efecto casi inexistente, es decir que hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en la Adherencia para el Plan de Alimentación en función de la presencia del rasgo de Responsabilidad pero dicha variabilidad no necesariamente es explicada por la pertenencia a ese grupo.

Tabla 40

Correlación no paramétrica (coef. de Spearman) entre las SubEscalas de Rasgos de Personalidad del NEO – FFI. la Adhesión al Plan de Alimentación Saludable y la Adhesión al Ejercicio Físico.

	Adhesión al Ejercicio Físico	Adhesión Plan de Alimentación Saludable
Rasgo de Personalidad		
Neuroticismo	-.16 *	-.12
Extroversión	.08	.03
Apertura	.11	.15 *
Amabilidad	.12	.09
Responsabilidad	.11	.14 *

* $p < .05$

Al igual que sucedió con el LSB-50, el cuestionario de rasgos de personalidad presentó correlaciones muy bajas (< .30), siendo estadísticamente significativas sólo la dimensión de Neuroticismo (en lo referente a la Adhesión al Ejercicio Físico) y Apertura y Responsabilidad (para la Adhesión al Plan de Alimentación) (Tabla 40).

5.6 - Propuesta de asociación de variables a través de un Modelo de Ecuaciones Estructurales

En la búsqueda de un modelo que estableciera una relación entre la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad con la Adherencia al Plan Alimentario y el Ejercicio Físico se trabajó con Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM).

Con la finalidad de conocer la agrupación de las variables con las que se estaba trabajado lo primero que se realizó fue un Análisis Factorial Exploratorio (AFE).

Previo al AFE se realizó un estudio del ajuste a una distribución Normal Multivariante de las variables consideradas para el análisis mediante los test Henze-Zirkler y Doornit-Hense que resultaron ser significativos ($p < .0001$). La falta de ajuste a una Distribución Normal Multivariante nos permitió elegir el método de Análisis Factorial que puede resultar más robusto y con fines descriptivos.

El índice global de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .7879 y el test de Bartlett (X^2= 3957; g.l.= 190; p < .001) indican que la correlación entre las variables es apropiada para una Análisis Factorial.

La variable apertura fue la única con bajos valores del índice KMO pero se mantuvo en el análisis ya que su valor fue muy próximo al que se considera adecuado (≥ .5).

Tabla 41

Valores del índice KMO para cada variable

Variable	KMO
Adh. Alimentación	.84
Adh. Ejercicio	.80
Edad	.63
IMC	.57
Psicoreactividad	.71
Hipersensibilidad	.71
Obsesión Compulsión	.65
Ansiedad	.90
Hostilidad	.93
Somatización	.95
Depresión	.91
Alteraciones del Sueño	.69
Alteracioens del Sueño Ampliada	.78
Neuroticismo	.92
Extroversión	.76
Apertura	.48
Amabilidad	.70
Responsabilidad	.76
Nivel Educativo	.69
Comorbilidad	.61

En el análisis factorial por el método de Componentes Principales (resultado no rotado) se encontraron 6 factores con autovalores mayores a 1 los cuales explican una varianza acumulada del 70 % (Tabla 42).

Tabla 42

Resultado del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales. magnitud de los autovalores y de la proporción de varianza explicado.

Factor	Autovalores	Proporción Varianza	Proporción Var. Acumulado
Factor1	7.31	.36	.36
Factor2	1.86	.09	.45
Factor3	1.38	.06	.52
Factor4	1.33	.06	.59
Factor5	1.23	.06	.65
Factor6	1.00	.05	.70
Factor7	.80	.04	.74
Factor8	.76	.03	.78
Factor9	.70	.03	.82
Factor10	.69	.03	.85
Factor11	.53	.02	.88
Factor12	.50	.02	.90
Factor13	.44	.02	.93
Factor14	.36	.01	.94
Factor15	.34	.01	.96
Factor16	.24	.01	.97
Factor17	.21	.01	.98
Factor18	.18	.00	.99
Factor19	.03	.00	1.00
Factor20	.00	.00	1.00

Del estudio de las cargas factoriales surge que el primer factor esta determinado fundamentalmente por las variables de la escala de Síntomas Psicopatológicos y el

rasgo de personalidad Neuroticismo. El segundo factor presenta las mayores cargas en las variables de adherencia (alimentación y ejercicio), el IMC y el número de comorbilidades. Para el tercer factor las mayores cargas factoriales fueron en los rasgos de personalidad Extroversión, Amabilidad y Responsabilidad. El cuarto factor presentó las mayores cargas en el rasgo de personalidad Apertura y en el Nivel Educativo. El quinto factor no presento ningún máximo absoluto en ninguna variable pero se encuentra mayormente determinado por Adherencia al ejercicio, Edad y Número de Comorbilidades. El sexto factor está determinado por la Edad (Tabla 43).

Tabla 43

*Resultados del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales **

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Adherencia Alimentación	-.33	**.49**	-.11	-.25	.32	.17
Adherencia Ejercicio	-.30	**.47**	-.02	-.23	.43	.08
Edad	.00	.30	.27	-.05	-.48	**.55**
IMC	.14	**-.77**	.01	.17	.16	.23
Psicoreactividad	**.91**	.15	.05	-.06	.12	.08
Hipersensibilidad	**.89**	.05	.00	-.03	.14	-.00
Obsesión Compulsión	**.78**	.21	.09	-.07	.08	.14
Ansiedad	**.81**	.17	.00	.00	.13	-.07
Hostilidad	**.73**	-.01	-.16	.06	.24	-.01
Somatización	**.71**	-.03	.29	-.02	-.05	.00
Depresión	**.87**	.02	.05	.01	.06	-.03
Alteraciones del sueño	**.66**	.07	.29	.22	-.28	-.11
Altr del sueño Ampliada	**.87**	.09	.22	.15	-.10	-.12
Neuroticismo	**.81**	.08	-.24	-.12	.07	.01
Extroversión	-.43	.04	**.47**	.44	.15	-.14
Apertura	-.15	.24	.13	**.65**	.23	.40
Amabilidad	-.29	.00	**.60**	-.41	.08	.23
Responsabilidad	-.29	.02	**.56**	-.13	.32	-.44
Nivel Educativo	-.21	.33	-.18	**.61**	.22	-.03
Comorbilidad	.20	**-.63**	.08	-.07	.44	.31

** Cargas factoriales de cada variable original en los 6 primeros factores.*

Buscando minimizar el número de variables con cargas altas para cada factor, se realizó la rotación ortogonal Varimax. En la solución rotada (Varimax) del análisis factorial siguen siendo 6 los factores con autovalores mayores a 1 e igual porcentaje de varianza acumulada (Tabla 44). En la solución rotada los factores 2 y 3 por una parte y los 4 y 5 por otra presentaron mayor proximidad en la magnitud de sus autovalores respecto de la solución no rotada.

Tabla 44

Resultado del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales con rotación ortogonal Varimax

Factor	Autovalores	% Varianza	% Var. Acumulado
Factor1	6.780	.33	.33
Factor2	1.638	.08	.42
Factor3	1.617	.08	.50
Factor4	1.488	.07	.57
Factor5	1.415	.07	.64
Factor6	1.194	.05	.70

La solución rotada mantiene en el primer factor cargas factoriales altas para Síntomas Psicopatológicos y Neuroticismo. En el segundo factor se encuentran las mayores cargas para IMC y número de comorbilidades. Las variables de Adherencia presentaron sus mayores cargas factoriales en el tercer factor. En el cuarto factor el mayor aporte esta dado por Extroversión y Responsabilidad. En el quinto factor los mayores aportes fueron determinados por Apertura y nivel educativo. En el sexto factor las mayores cargas fueron debidas a la Edad y Amabilidad (Tabla 45).

Tabla 45

*Resultados del Análisis Factorial por el método de Componentes Principales con solución rotada ortogonal **

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Adherencia Alimentación	-.17	-.20	**.69**	.02	.09	.07
Adherencia Ejercicio	-.11	-.16	**.69**	.17	.11	-.00
Edad	.02	-.18	-.03	-.15	.10	**.80**
IMC	-.00	**.78**	-.31	-.09	.02	-.09
Psicoreactividad	**.93**	.06	.01	-.09	-.04	.05
Hipersensibilidad	**.89**	.10	-.04	-.10	-.07	-.06
Obsesión Compulsión	**.82**	.02	.05	-.08	-.01	.14
Ansiedad	**.83**	-.03	-.01	-.06	-.02	-.09
Hostilidad	**.72**	.16	.00	-.18	.00	-.23
Somatización	**.70**	.10	-.24	.09	-.09	.15
Depresión	**.86**	.08	-.14	-.07	-.06	-.04
Alteraciones del sueño	**.63**	-.14	-.47	.06	.06	.14
Altr del sueño Ampliada	**.86**	-.07	-.34	.03	.01	.03
Neuroticismo	**.77**	.03	.04	-.31	-.18	-.11
Extroversión	-.32	-.05	-.14	**.53**	.49	-.01
Apertura	-.04	.06	.08	-.02	**.84**	.13
Amabilidad	-.18	.17	.24	.51	-.14	**.52**
Responsabilidad	-.14	-.04	.09	**.82**	-.04	-.13
Nivel Educativo	-.11	-.23	.13	-.07	**.61**	-.26
Comorbilidad	.14	**.85**	.04	.04	-.03	-.04

** Cargas factoriales de cada variable original en los 6 primeros factores para la solución rotada*

A partir de los factores encontrados en el AFE, se construyó un Modelo de Ecuaciones Estructurales constituido por 6 factores (o variables latentes) y 20 variables observadas.

El modelo presentó un ajuste significativo ($p<.0001$) lo que indica que es adecuado para explicar el comportamiento de los datos. De los índices de bondad de ajuste se destaca el RMSEA cuyo valor indica un buen ajuste del modelo (.18, IC90%=.04 – .07), sin embargo CFI = .90, TLI = .88 y WRMR =.86 presentan valores próximos pero aún no aceptables para un buen ajuste, por lo que se decidió explorar otro modelo.

En la búsqueda de este nuevo modelo se decidió utilizar una menor cantidad de factores, por lo que tomando en cuenta el AFE se decidió mantener únicamente tres factores que responden al 50 % de la varianza acumulada.

En esta ocasión el modelo estuvo constituido por 3 factores (o variables latentes) y 14 variables originales (u observadas).

Tabla 46

Correlación entre factores y las variables originales

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Adh_alim	-.17	-.20	**.69**
Adh_ejercicio	-.11	-.16	**.69**
Psicorreactividad	**.93**	.06	.01
Hipersensibilidad	**.89**	.10	-.04
Obsesión – Compulsiòn	**.82**	.02	.05
Ansiedad	**.83**	-.03	-.01
Hostilidad	**.72**	.16	.00
Somatización	**.70**	.10	-.24
Depresiòn	**.86**	.08	-.14
Alteraciones del Sueño	**.63**	-.14	-.47
Alteraciones del sueño – ampliada	**.86**	-.07	-.34
Neuroticismo	**.77**	.03	.04
Comorbilidad Orgánica	.14	**.85**	.04
IMC	-.00	**.78**	-.31

Una variable latente estuvo conformada por los componentes del Factor 1 del AFE, la que representa el efecto combinado de los síntomas psicopatológicos y el rasgo de personalidad Neuroticismo.

La segunda variable latente estuvo conformada por los componentes del Factor 2, la que representa los efectos vinculados a las variables IMC y la presencia de comorbilidad orgánica.

La tercera variable latente, conformada por los componentes del Factor 3, mide los efectos vinculados a la Adherencia al Ejercicio y a la Alimentación.

Este Modelo 2 también presentó un ajuste significativo (p<.0001) lo que indica que es adecuado para explicar el comportamiento de los datos y los índices de bondad de ajuste en esta oportunidad sí indicaron un buen ajuste (Tabla 47).

Tabla 47

Índices de bondad de ajuste del Modelo de Ecuaciones Estructurales con 3 Factores

Índice	Valor	Grados de libertad	Valor p
χ^2 test de ajuste del modelo	219.390	132	<.0001
RMSEA	.18 (IC90%= .04 – .07)	------	<.05
CFI	.96	------	------
TLI	.95	------	------
χ^2 test	1045.695	153	<.0001
WRMR	.86	------	------

En la Tabla 48 se muestran las estimaciones estandarizadas de los distintos parámetros del modelo 2, el error estándar aproximado y el nivel de significación.

Tabla 48

Descripcion de los parámetros del modelo y su significación

	Estimación Estandarizada	Error Estándar Aproximado	Valor *p*
Factor 1			
Psicorreactividad	.915	.020	.000
Hipersensibilidad	.901	.020	.000
Obsesión-Compulsión	.759	.034	.000
Ansiedad	.793	.027	.000
Hostilidad	.721	.032	.000
Somatización	.668	.037	.000
Depresión	.872	.021	.000
Alteraciones del Sueño	.569	.048	.000
Alteraciones del Sueño-ampliada	.601	.035	.000
Neuroticismo	.810	.029	.000
Factor 2			
Comorbilidad orgnánica	-.654	.085	.000
IMC	-.574	.080	.000
Factor 3			
Adherencia la Ejercicio Fìsico	.660	.086	.000
Adherencia a la Alimentación Saludable	.720	.086	.000
Factor 3			
Factor 1	-.295	.111	.008
Factor 2	.459	.082	.000
Factor 1			
Factor 2	-.262	.09	.004

Tal como mencionan Ortíz y Fernández-Pera (2018), la especificación analítica de los modelos de ecuaciones esctructurales se acompaña de una representación gráfica. Lo más frecuente es que ésta sea a través de los diagramas de senderos o ruta (“path

diagrams”. Este tipo de diagramas se basan en algunas convenciones que se consideraron conveniente explicitar para facilitar su lectura:

Variables observables: se representan en rectángulos.

Variables latentes: se muestran dentro de elipses.

Efecto, directo, de una variable sobre otra: →. Al inicio de la flecha se encuentra la variable independiente y al final, la dependiente.

Covarianza/correlación entre variables: ←→

Buscando que la representación gráfica del modelo sea más clara se denominó al Factor 1 Sintomatología Psicopatológica, al Factor 2 Salud Física y al Factor 3 Adherencia, el que se presenta en la Figura 10.

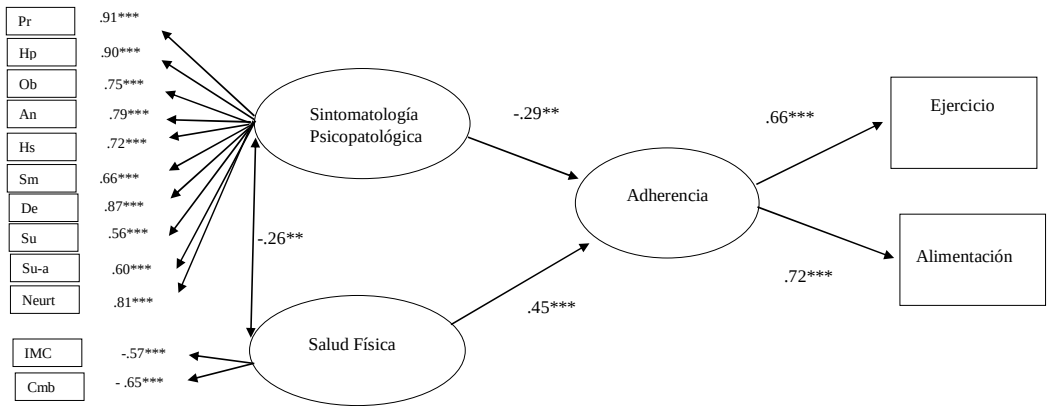

Figura 10. Representación del Modelo 2 de Ecuaciones Estructurales con sus coeficientes estandarizados.

Nota: Pr = psicoreactividad, Hp = hipersensibilidad, Ob = obsesión – compulsión, An = ansiedad, Hs = hostilidad, Sm = somatización, De = depresión, Su = sueño, Su-a = alteraciones del sueño ampliada, Neurt = neuroticismo, IMC = índice de masa corpotal, Cmb = comorbilidades orgánicas.

** p <.01, *** p < .001

Capítulo 6

Discusión de los resultados

Capítulo 6

Discusión de los resultados

El objetivo del presente estudio es describir y analizar el vínculo entre la sintomatología psicopatológica, los rasgos de personalidad y la adherencia terapéutica a cuatro indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo) en una muestra de pacientes uruguayos sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica (tanto angioplastia coronaria transluminal percutánea como cirugía) que forman parte de un programa de prevención secundaria.

Se busca que a través de este conocimiento se puedan adecuar las intervenciones con los pacientes que forman parte de los programas de prevención secundaria cardiovascular (PPSC) y de esta forma mejorar su adherencia terapéutica, núcleo fundamental en el trabajo con pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, en las que la adopción de un estilo de vida saludable constituye uno de los principales pilares en su tratamiento, al punto de determinar un porcentaje importante de la evolución de la enfermedad.

Siguiendo lo establecido para la presentación de los resultados, se ordenó la discusión según los objetivos específicos, pero esta vez vinculándolo con las hipótesis generadas cuando así correspondía

Objetivos Específicos N° 1 y 2: conocer las propiedades psicométricas preliminares – análisis factorial y de fiabilidad de los instrumentos utilizados en la presente investigación.

En el estudio se utilizaron dos cuestionarios asentados en una fuerte evidencia empírica y estadística como lo son el LSB-50, para conocer elementos de sintomatología psicopatológica y el NEO-FFI para explorar los rasgos de personalidad desde el Modelo de los Cinco Grandes.

En primer lugar, en relación a las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, debido a que se contaba con antecedentes diferentes para cada una de las técnicas, se decidió realizar estudios estadísticos distintos también.

En el caso del LSB-50 se contaba con publicaciones argentinas recientes (De la Iglesia et al., 2015; De la Iglesia et al., 2016; De la Iglesia et al, 2016), que reportaban la misma estructura que la propuesta por los autores de la técnica y debido a que como población hay características que compartimos entre uruguayos y argentinos, se decidió realizar un Análisis Factorial Confirmatorio de la misma.

A partir de los valores de ajuste del modelo se puede afirmar que se ha obtenido un buen ajuste al modelo propuesto por De Rivera & Abuín (2012). A su vez todos los reactivos del LSB-50 cargaron en el factor correspondiente, siendo todas las correlaciones significativas y con valores superiores a .40.

A nivel de los coeficientes de fiabilidad calculados a partir del Alfa de Cronbach, se puede concluir que la consistencia interna del instrumento resultó también satisfactoria, habiéndose encontrado valores entre .74 y .84.

Teniendo presente que los autores del LSB-50 plantean que "la psicopatología tiene un componente general que se comparte con otras dimensiones y un componente específico, dependiente del cuadro" (de Rivera & Abuín, 2012, p. 56), se buscó conocer las intercorrelaciones de las distintas escalas clínicas, encontrándose (como era de esperar) correlaciones estadísticamente significativas entre todas las escalas.

Se puede afirmar entonces que el LSB-50 cumple de forma satisfactoria con las propiedades necesarias para ser utilizado en la presente investigación, habiéndose cumplido de esta forma el *Objetivo Específico N°1* de la presente tesis doctoral.

En el caso del NEO-FFI, al no contar con estudios regionales y ser la primera vez que se estudió en una muestra de pacientes uruguayos, se procedió a la realización de un Análisis Factorial Exploratorio. Debido a que la técnica tiene diversos estudios internacionales que avalan su estructura de cinco factores (Aluja et al., 2005; Dolcet, 2006; Magalhaes et al., 2014; Panayiotou et al., 2004), se decidió directamente forzar los datos para la extracción de 5 factores.

La factorización en 5 componentes logró explicar un 55,42 % de la varianza, resultados similares a los obtenidos por Aluja et al. (2005) y por Dolcet (2006), por lo que se optó por permanecer con este número de factores para realizar la rotación de los datos.

Si bien algunos ítems mostraron problemas al realizar la distribución factorial, no se consideró que ello inhabilitara a la utilización del inventario en su versión original, ya que la muestra que se utilizó en la presente investigación puede ser considerada insuficiente como para realizar afirmaciones definitivas en relación a la estructura del instrumento.

En relación al estudio de la fiabilidad, la misma resultó aceptable encontrándose en valores que oscilaron entre los .64 y .77 en los distintos Factores.

Por lo que habiéndose cumplido el *Objetivo Específico N° 2,* se puede afirmar que también el NEO-FFI cumple con las condiciones suficientes como para ser utilizado en la presente muestra.

Objetivo Específico N° 3: realizar una caracterización de la muestra

La muestra estuvo constituida por un total de 203 pacientes, habiéndose convocado a participar telefónicamente a 420 personas. Un 66 % de los participantes fueron de sexo masculino con una edad media de 64,1 años (DE = 7,5 años) con un mínimo de 41 años y un máximo de 82 años.

En cuanto a las características de salud de la muestra estudiada, un 65 % de los pacientes fueron sometidos a angioplastia.

Si se comparan estos datos con los últimos publicados del año 2015 que están disponibles en la página web del FNR (http://www.fnr.gub.uy) se observará que los

valores de la muestra son similares a los de la población total de los pacientes pertenecientes a los programas en convenio con el FNR ya que en el año 2015 un 76 % de los participantes fueron de sexo masculino con una edad promedio de 64 años (Gambogi et al., 2016), habiendo sido sometidos a Angioplastia el 64 % (FNR, 2017).

Otro dato a destacar en relación a las características de salud de la muestra es el alto porcentaje de pacientes que presentan alguna comorbilidad orgánica (habiéndose considerado hipertensión, colesterol, diabetes, enfermedad renal, enfisema/EPOC) llegando a representar al 72 % los pacientes que tienen 2 o más de estas patologías. En este sentido se debe tener presente que adherir a un tratamiento es una tarea compleja que requiere que el paciente disponga de una serie de habilidades que trascienden la utilización de medicamentos y se extiende a distintas conductas que está dirigidas al cuidado de su salud (Martín Alfonso et al., 2014), por lo que la presencia de varias patologías en conjunto requieren mayores cuidados y muy probablemente, mayores modificaciones conductuales que hacen más grande el desafío tanto para el paciente como para el equipo asistencial.

Una mención especial en lo referente a las diferentes comorbilidades merece el tema del sobrepeso y la obesidad debido a que la misma es un problema que se encuentra en franco aumento en la población del Uruguay, y la presente muestra no es la excepción al respecto.

Según se establece en la Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad en adultos de 18 a 65 años realizada en el año 2008 (Pisabarro et al., 2009), un 54 % de la población presenta sobrepeso y un 20 % obesidad, mientras que el *Global Health*

Observatory de la Organización Mundial de la Salud establece que en Uruguay en el año 2016 un 64,5 % de la población presenta sobrepeso y un 28,9 % obesidad (World Health Organization, 2018).

En el caso de los pacientes con los que se trabajó en este estudio un 45,3 % presenta sobrepeso y un 39,9 % obesidad, lo que si bien puede obedecer a múltiples factores, nos permite hipotetizar que se encontrarán dificultades en la adherencia al ejercicio físico y a la alimentación saludable en esta población, ya que las mismas no sólo constituyen pilares fundamentales para la salud cardiovascular sino también para combatir los problemas de sobrepeso y obesidad.

Objetivo Específico N° 4: conocer los distintos niveles de Adherencia (Bueno, Regular y Malo) para las 4 indicaciones básicas en el tratamiento de pacientes que forman parte de un programa de prevención secundaria cardiovascular, es decir, tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo.

Lo primero que debemos tener presente es que cuando se habla de Adherencia Terapéutica una de las dificultades iniciales que surge es la de lograr definirla. Históricamente se han empleado diversos términos, no existiendo aún una definición unívoca del concepto (Ortíz & Ortíz, 2007).

Para el presente estudio se utilizó como referencia la definición que estableció la OMS en el 2004: "el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida – se

corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria" (p.3).

Claramente la definición trasciende la utilización de medicamentos, no obstante cuando se realiza la aproximación a los estudios presentes en las bases de datos aparece un claro predominio de investigaciones que trabajan con la adherencia a los tratamientos farmacológicos, obstáculo que ya planteaban en el año 2004 Martín Alfonso y Grau.

Otra de las dificultades al abordar la temática de la adherencia terapéutica es el método empleado para evaluarla ya que no se cuenta con un método que pueda ser considerado "estándar oro" (Conthe & Márquez Contrera, 2012; Conthe & Tejerina, 2007; Martín Alfonso & Grau Abalo, 2004; Ortíz & Ortíz, 2007; Vermeire et al., 2001).

En el presente estudio, para recoger la información referente a las frecuencias de los distintos tipos de adherencias (farmacológica, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo), el método utilizado fue el registro en el sistema de gestión informatizado que realizaron los integrantes del equipo de salud del cumplimiento autocomunicado que el paciente reportaba en las entrevistas de control y seguimiento.

En cuanto a este método se considera importante tener presente dos aspectos de los planteados por Gehi et al. (2007), por un lado, los pacientes que se ofrecen como voluntarios para los estudios de investigación tienden a ser más conscientes de la salud que la población en general y por otro lado, los participantes que forman parte de un estudio clínico tienen un contacto frecuente con el sistema médico, lo que se ha demostrado que mejora la adherencia a las recomendaciones de tratamiento en los días

previos y posteriores a la cita en la clínica, un fenómeno conocido como adherencia a la "bata blanca", que puede estar vinculado también a la sobreestimación de la adherencia con el objetivo de complacer al equipo tratante.

Si bien los participantes de este estudio no forman parte de un estudio clínico, sí es verdad que la participación fue voluntaria y que al formar formar parte de un PPSC, tienen un contacto más frecuente con el equipo de salud si lo comparamos con la atención que reciben los pacientes que no se integran a los programas.

Lo anteriormente mencionado, sin lugar a dudas puede dar margen a una distorsión de la información por parte del paciente, a pesar de lo cual la literatura plantea que la información brindada por él, parece estar bastante ajustada a la realidad y, en consecuencia, puede considerarse a la evaluación de la adherencia a través del método de cumplimiento autocomunicado (autoreporte) como confiable a los fines de la investigación (Barra, 2003; Basterra, 1999 como se citó en Martín Alfonso & Grau Abalo, 2004; Conthe & Márquez, 2012; Gehi et al., 2007; Rodríguez Chamorro et al., 2008).

A partir de la revisión bibliográfica se anticipaba que en la presente muestra se encontrarían buenos niveles de **adherencia al tratamiento farmacológico** (*Hipótesis N°1)*, ya que no sólo “tomar la medicación es más fácil para los pacientes que cambiar su estilo de vida” como afirman Muñiz et al. (2010) sino que también los pacientes en los PPSC reciben la medicación de forma gratuita, lo que minimiza un factor que aparece en la bibliografía como un gran obstáculo como lo es el costo de la medicación

(Kopjar, 2003; Maddox y Ho, 2009; Mansur et al., 2013; Mathes et al., 2014, Ye et al., 2003).

No obstante, nunca se esperó encontrar tan poca variabilidad en los datos, ya que un 97,5 % reporta una Adherencia Farmacológica Buena. Cabe recordar que se consideró Adhesión Buena cuando el paciente manifiesta tomar entre el 80 y el 100 % de la medicación indicada.

Siguiendo con la evaluación de los distintos niveles de adherencia, pero ahora en lo referente a la adopción de un estilo de vida saludable (cesación de tabaquismo, alimentación saludable y actividad física), se planteó como *Hipótesis N° 2* que sería la cesación de tabaquismo la que contaría con mejor adherencia, no sólo porque así lo indica la literatura internacional (Burke et al., 1997), sino que también porque Uruguay ha implementado a partir de la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco en el año 2004 una serie de medidas tendientes a lograr una menor prevalencia del tabaquismo, siendo además el FNR una institución de referencia nacional en el tema del tratamiento del tabaquismo.

En esta variable también se confirmó la hipótesis establecida con anterioridad ya que el 88,7 % tiene una **Adherencia Buena para la conducta de cesar su tabaquismo**. Operacionalmente Adherencia Buena en cesación de tabaquismo quiere decir que el paciente marcó la opción de No frente a la pregunta “¿Fuma actualmente?” y en caso de haber fumado alguna vez, hace más de 6 meses que no lo hace.

Sin dudas la preocupación por la salud es siempre uno de los temas que se encuentra presente en los individuos a la hora de decidir dejar de fumar, y así lo confirman los datos presentados en el informe del Proyecto ITC (Proyecto ITC, 2014).

Uruguay integra el Proyecto de Evaluación Internacional de Políticas de Control de Tabaco (Proyecto ITC, 2014) el que se llevó a cabo en 20 países en el que entre los años 2006 y 2016 donde se encuestó a una cohorte de 1400 fumadores adultos del Uruguay, en los cuatro relevamientos la mayoría de los fumadores informó que la preocupación por su salud personal fue la que los llevó a pensar en dejar "algo" o "mucho" en los últimos 6 meses. Si a esta preocupación habitual por la salud se le suma el hecho de que los pacientes que han sufrido eventos cardiovasculares tiene mayor riesgo de padecer nuevos eventos cardiovasculares comparados con la población general, posiblemente resulte en un gran aumento de la motivación para dejar de fumar luego del evento cardiovascular (Suissa et al., 2017).

En el caso del **Ejercicio Físico**, se consideró Adhesión Buena cuando el paciente realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio aeróbico como caminata a paso enérgico por lo menos 4 días a la semana; Adhesión Regular cuando no se alcanza la frecuencia y/o el tiempo requerido pero sí se mantiene una actividad física frecuente mínima de 2 veces semanales o realiza actividad física con la frecuencia requerida pero no alcanza el mínimo tiempo requerido para catalogarla como adhesión buena; y Adhesión Mala cuando la actividad realizada es infrecuente (menos de 2 veces a la semana), los tiempos son cortos (menos de 15 min por día) y/o el paciente no realiza ninguna actividad. En este caso los porcentajes fueron de un 42,9 % para Adhesión Buena, 35 % Adhesión Regular y 22,1 % Adhesión Mala.

Como se mencionó anteriormente, forman parte del PPSC aquellas personas con hasta 70 años al momento de la realización del procedimiento médico, y si bien se establece como plazo mínimo de controles al menos 2 años, no hay fecha de egreso del programa. Esta característica de la continuidad asistencial que es valorada positivamente tanto por los técnicos como por los pacientes, también puede ser vista como una dificultad ya que no sólo "limita el ingreso de nuevos pacientes por la saturación de los programas" (Gambogi et al., 2013, p.79) sino que va cambiando las condiciones a la hora de hablar de adherencia al ejercicio físico, ya que a medida que van pasando los años surgen diversas patologías osteoarticulares que limitan enormemente el tipo de actividad física que los pacientes pueden realizar.

Si bien como plantean McElrath, Myers, Chan y Fonda (2017) la adherencia a la actividad física es un gran desafío para los profesionales de la salud en el campo de la rehabilitación cardíaca, la misma es también un desafío con la población general. Según la 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (Ministerio de Salud, 2015) un 25,3 % de los adultos entre 25 y 64 años tienen comportamientos sedentarios, es decir pasa 7 horas o más por día sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos.

Con respecto a la variable **Adhesión al plan de alimentación saludable**, es evaluado por las licenciadas en nutrición siguiendo las tres categorías anteriormente mencionadas (bueno, regular y malo) para cuatro grupos de alimentos: fibras, azúcares, carnes y grasas por separado. En este caso se optó por recodificar la variable buscando integrar los distintos grupos de alimentos para lograr una única variable "Adhesión al Plan

Alimentario” con tres categorías Buena, Regular y Mala como ya se mencionó en el capítulo 4 cuando se describen las variables e instrumentos, por lo que no disponemos de datos como para compararlo con la población total.

En lo referente a la alimentación un 51,2 % reporta una Adhesión Buena, un 37,9 % una Adhesión Regular y un 10,8 % una Adhesión Mala.

Al tratarse de una muestra por conveniencia se podría pensar que estos resultados responden a ciertas características particulares de esta muestra pero si se observan los datos presentados en el documento “Resultados de indicadores del Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular, año 2016” (Gambogi et al., 2016) que recoge los indicadores de todos los programas en convenio con el FNR se encontrará que 96 % reporta una Buena Adherencia Farmacológica, 88 % tiene Adherencia Buena a la Cesación de Tabaquismo y 50 % tiene Buena Adherencia al Ejercicio Físico, lo que sigue confirmando que la muestra con la que se trabajó en la presente investigación presenta características muy similares a las que se encuentran en la población total.

En suma, en lo que refiere al sexo, procedimiento de resvacularización realizado, edad promedio, prevalencia de sobrepeso y obesidad, adhesión al tratamiento farmacológico, a la cesación de tabaquismo y al ejercicio físico, tanto la muestra de la presente investigación como la población total presenta características similares, lo que si bien no habilita a la generalización de estos resultados (por tratarse de una muestra por conveniencia) nos delimita más claramente un determinado perfil de los integrantes de este programa de prevención secundaria cardiovascular.

Como ya fue mencionado en el marco teórico de la tesis, se dispone hoy de la evidencia necesaria que nos permite afirmar que tanto mecanismos fisiopatológicos como conductuales interactúan y contribuyen al inicio, progreso y manifestación clínica de la enfermedad cardiovascular, por lo que su adecuado abordaje deberá implicar ambos mecanismos también (Pennix, 2017; Pogosova et al., 2015). No obstante la pregunta sobre cuáles son los factores que influyen en la adherencia terapéutica continúa sin respuesta, ya que si bien hay diversos estudios que intentar responder, la evidencia disponibles hasta el momento no resulta concluyente (Iakovleva, 2016).

Con el objetivo profundizar en el conocimiento de estos factores que pueden estar influyendo en la adherencia terapéutica, se decidió indagar en dos de los llamados factores de riesgo psicosociales como son la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad.

Objetivo Específico N° 5: explorar e identificar en la muestra total, en la división por género y por procedimiento de revascularización al que fueron sometidos los pacientes, la presencia de sintomatología psicopatológica.

Al carecer de publicaciones o de estudios que informen sobre la presencia de síntomas psicopatológicos en pacientes sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica en Uruguay, los hallazgos de este estudio deben ser comparados con datos internacionales pero para esto es necesario tener presente lo que plantean Thombs et al., (2006) refiriéndose a la prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular, “la misma depende de la población estudiada, la escala utilizada y del

punto de corte seleccionado" (p.30), afirmación que sin dudas se puede trasladar a la toda la sintomatología psicopatológica y no sólo a lo referido a la depresión.

En la presente investigación para la realización de la exploración psicopatológica se utilizó el cuestionario Listado de Síntomas Breves (LSB-50) el que tiene la finalidad de identificar y valorar los síntomas psicopatológicos y psicosomáticos en las últimas semanas, incluido el día de la realización de la técnica (de Rivera & Abuí, 2012).

Las Escalas Clínicas del LSB-50 "informan del perfil psicopatológico del evaluado, esto es, la forma particular de expresión de la psicopatología" (p.22), por lo que se decidió observar el comportamiento en lo referido a una presencia alta, es decir que los resultados de las distintas escalas clínicas se encuentran por encima del percentil 85.

En la *Hipótesis N° 3* se esperaba que depresión y ansiedad fueran las escalas clínicas que mayor prevalencia poseerían, sin embargo la que tuvo mayor presencia fue Alteraciones del sueño-ampliada. Si bien el nombre de la escala es Alteraciones del sueño – ampliada se observa que la misma evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas del sueño.

Al ver en detalle las frases que componen esta escala nos encontramos con: "me siento triste", "me despierto de madrugada", "duermo inquieto o me despierto mucho por la noche", "me cuesta dormirme", "me vienen ideas o imágenes que me dan miedo", "me siento solo" y "tengo presentimientos de que va a pasar algo malo", lo que permite visualizar claramente como la problemática relativa al sueño es consecuencia de

elementos depresivos y ansiosos, y que si bien el instrumento cuenta con Escalas que evalúan específicamente Depresión y Ansiedad (las que quedaron ubicadas en 5° y 7° lugar entre las nueve escalas), se podría afirmar que estos resultados apoyan parcialmente la hipótesis .

La segunda escala que se presentó en mayor porcentaje fue la de Psicoreactividad la que tiene una fuerte carga de la percepción de uno mismo en relación con los demás y con la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación, es decir que se encuentra estrechamente vinculada con las dificultades a nivel interpersonal. La presencia de estos elementos se pueden relacionar con la Personalidad Tipo D que son aquellas personas que presentan dificultades emocionales e interpersonales (Denollet et al., 1995), aspecto que sería muy importante abordar pero que no se ha incluido en la presente Tesis Doctoral.

En tercer lugar con un porcentaje casi idéntico aparece Alteraciones del Sueño (26,6 %) la que incluye ítems que se vinculan con patología como depresión o trastornos de somatización y Obsesión-compulsión (26,1 %) que evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que “inundan la mente” así como la existencia de rituales o compulsiones. Aparecen nuevamente elementos vinculados a lo depresivo pero enmascarados en las alteraciones del sueño o malestar corporal, malestar que puede ser fruto de la patología cardiovascular o la depresión en sí misma, no pudiendo a través de este instrumento realizar la diferenciación necesaria.

Esta dificultad para poder diferenciar lo que sería propio de la enfermedad cardiovascular o de componentes más psicopatológicos, es lo que sucede también con

los elementos de la escala Obsesión-compulsión, ya que no se puede descartar que estas "ideas continuas que inundan la mente" tengan que ver con su condición de salud, el estado actual y el riesgo de volver a tener que pasar por un determinado tratamiento. Elementos que sólo podrían ser abordados a través de una entrevista clínica.

Con un porcentaje idéntico (24,6 %) aparecen Ansiedad (escala que se centra mucho en síntomas referidos a un temor o miedo irracional, a un estado de alerta en general, más que a un temor localizado) y Somatización la que explora la presencia de síntomas de malestar corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica.

En el caso de Somatización los ítems son: "mi corazón palpita o va muy de prisa", "tengo mareos o sensación de desmayos", "tengo dolores de cabeza", "tengo molestias digestivas o náuseas", "siento hormigueo o se me duerme alguna parte del cuerpo", "me duelen los músculos", "tengo dolores en el corazón o en el pecho" y "me dan ahogos o me cuesta respirar". Por tratarse de una muestra que tiene patología cardiovascular, al igual que otras enfermedades comorbidas (recordemos que el 72,4 % tenía 2 o más enfermedades) y conformada por un porcentaje alto de adultos mayores (un 41, 3 % tiene más de 65 años), no se puede a través del LSB-50 confirmar o descartar si los mismos obedecen a un proceso psicológico o son la consecuencia evolutiva natural de estas características de los pacientes.

Estos hallazgos recuerdan el desafío clínico que pueden llegar a ser estos pacientes porque a menudo se confunden los síntomas psicológicos con el deterioro de la salud física (Nicholson et al., 2006), afirmación que es confirmada por el estudio de McGuire

et al., (2014) donde los síntomas de fatiga y los problemas de sueño fueron los más prevalentes, al igual que en el estudio de Pragle y Salahshor (2018) donde fatiga e insomnio fueron los síntomas frecuentes.

Al desafío diagnóstico por las dificultades anteriormente mencionadas, se le debe agregar que generalmente el diagnóstico de elementos psicopatológicos suele ser realizado por profesionales ajenos al área de salud mental, ya que son muy pocos los programas de prevención secundaria que cuentan con psiquiatra o psicólogo como parte estable del equipo asistencial.

Mirando específicamente los porcentajes obtenidos en Depresión, se observa que 18,7 % de los pacientes tienen la escala de Depresión por encima del percentil 85. Como con el LSB-50 no se realiza un diagnóstico de depresión sino que se hace un relevamiento síntomas se puede afirmar que un 18,7 % de los pacientes han tenido de manera significativa síntomas vinculados al estado de ánimo, porcentaje que prácticamente cuadriplica la estimación de prevalencia del 5 % que realiza la Organización Panamericana de la Salud para Uruguay (OPS, 2017).

Si bien Gallagher et al. (2015) refieren que las distintas revisiones establecen que aproximadamente un 20 % de los pacientes con enfermedad coronaria cumplen los criterios para el diagnóstico de depresión mayor según la APA, y que la cifra asciende a un 31 % si se toman en cuenta los niveles subclínicos de síntomas depresivos, no se debe olvidar que aparentemente la depresión se presentaría habitualmente en la hospitalización (es decir en el momento de la presentación aguda de la enfermedad cardiovascular) o en los períodos más cercanos a ella, disminuyendo a medida que

transcurren las semanas y meses, a pesar de lo cual su prevalencia continua siendo mayor que en población general o pacientes de medicina general (Lett, Ali & Whooley, 2008; Bradley & Rumsfeld, 2015; Nicholson, Kuper & Hemingway, 2006).

En esta muestra el 88,7 % de los pacientes había pasado por el procedimiento de revascularización hacía más de un año, por lo que se puede pensar que los síntomas trascienden la respuesta a un estresor vital agudo (como puede ser un evento de salud) y pueden ser reflejo de síntomas genuinos de una depresión clínica.

Con respecto a la Ansiedad, 24,6 % de los pacientes tiene la escala de Ansiedad por encima del percentil 85, cifra que al igual que con depresión, cuadriplica la estimación de prevalencia del 6,4 % que realiza la Organización Panamericana de la Salud para Uruguay (OPS, 2017).

Celano et al. (2016) establecen que la relación entre la ansiedad y la salud cardiovascular es compleja. La ansiedad como respuesta normal frente a situaciones estresantes, como puede ser un evento cardiovascular, puede llegar a ser beneficiosa e impulsar al individuo a comprometerse con su tratamiento; sin embargo cuando se presenta en exceso o por períodos muy prolongados, la ansiedad es considerada perjudicial tanto para la salud mental como para la salud en general. Al igual que con los síntomas depresivos se debe recordar que la mayor parte de los pacientes pasaron por el evento hace más de 1 año.

En suma, si bien no se confirma totalmente la hipótesis planteada se observa que las escalas clínicas que resultaron más prevalentes poseen elementos de depresión y

ansiedad, lo que sumado al 25,6 % de Ansiedad y 18,7 % de Depresión, nos permite afirmar que se está frente a una problemática relevante para esta población.

En la *Hipótesis N° 4* se planteó que tendrían mayor prevalencia de sintomatología psicopatológica las mujeres, por lo que se realizó una prueba de contraste de hipótesis. En este caso el valor de $p < .05$ fue para las escalas de Ansiedad, Somatización y Depresión por lo que entonces podemos rechazar la hipótesis nula y concluir que existe evidencia suficiente para plantear que la mediana en las mencionadas escalas difiere entre los grupos con un nivel de significancia del 5 %, siendo las mujeres las que presentaron mayores valores. Dato que coincide con lo encontrado por Doyle et al. (2015), el que afirma que la prevalencia de depresión después de un infarto fue más alta en mujeres que en hombres.

También se buscó conocer si había diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas psicopatológicos relacionado con el tipo de procedimientos a los que fueron sometidos los pacientes. Planteando como *Hipótesis N° 5* que debido a lo invasivo del procedimiento y a la mayor repercusión en la vida del paciente se encontrarían más síntomas en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca. En esta oportunidad todos los valores p fueron >.05 por lo que se acepta la hipótesis nula de igualdad de medianas.

Objetivo Específico N° 6: determinar si la sintomatología psicopatológica se relaciona con la presencia de diferencias significativas en cuanto al nivel de adherencia terapéutica (buena, regular o mala) para cada una de las indicaciones médicas

(tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo).

Como ya se mencionó en la sección de Resultados, debido a la homogeneidad de las variables Adherencia Farmacológica y Adherencia a la Cesación de tabaquismo, se decidió realizar el resto de los análisis estadísticos únicamente con la Adhesión al Ejercicio Físico y a la Alimentación Saludable, las que sí presentaron otra variabilidad en sus resultados.

Como *Hipótesis N° 6* se planteó que se encontrarían diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles de Adherencia (buena, regular y mala) relacionadas con la presencia de sintomatología psicopatológica. En este caso al hablar de Adherencia al Ejercicio físico se encontraron diferencias estadísticamente significativas pero con una escaza magnitud de efecto para las escalas de Psicoreactividad, Hipersensibilidad, Obsesión Compulsión, Somatización, Depresión y Alteraciones del sueño; y en el caso de Adherencia al Plan de Adherencia al Plan de Alimentación Saludable en Psicoreactividad, Hipersensibilidad, Somatización, Depresión y Alteraciones del Sueño, también con una escaza magnitud de efecto.

Se buscó también conocer el grado de variación de la variable Adherencia con respecto a la variable sintomatología psicopatológica, y si bien las mismas resultaron estadísticamente significativas, la fuerza de la relación fue mínima, por lo que no podemos afirmar que la relación no se deba al azar.

Objetivo Específico N° 7: estudiar los rasgos de personalidad predominantes en la muestra total, en la división por género y por procedimiento de revascularización al que fueron sometidos los pacientes, tomando como marco de referencia el Modelo de los Cinco Grandes de Costa y Mc Crae.

Se planteó como hipótesis que los rasgos más prevalentes serían los de Neuroticismo ya que el mismo se ha asociado a la presencia de trastornos mentales y problemas de salud física (Axelsson et al., 2011; Cotter & Kerschner, 2018; De Fruyt & Denollet, 2002; Goodwin & Friedman, 2006; Hampson, 2012), y Amabilididad (*Hipótesis N° 7*) por ser una muestra de pacientes que participó voluntariamente del estudio (Cervone & Pervin, 2009), hipótesis que fue confirmada, ya que un 43,8 % de los pacientes presentaron de forma elevada el rasgo Neuroticismo y un 39,9 % el de Amabilidad.

Si se realiza una lectura de los cinco rasgos buscando ver un determinado perfil de la muestra se puede afirmar que lo que la caracteriza mayormente es Neuroticismo y Amabilidad elevado, Extroversión, Apertura y Responsabilidad baja.

Al igual que se procedió con la sintomatología psicopatológica, se buscó conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de los rasgos de personalidad en función del género y el procedimiento de revascularización al que fueron sometidos. En este caso el único rasgo que presentó diferencias por género fue Neuroticismo, habiendo sido las mujeres las que presentan este rasgo de forma más elevada.

<u>Objetivo Específico N° 8:</u> determinar si ciertos rasgos de personalidad se relacionan con la presencia de diferencias significativas en cuanto al nivel de adherencia terapéutica (buena, regular o mala) para cada una de las indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo).

Se esperaba encontrar también una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de Adherencia (Buena, Regular y Mala) según los rasgos de personalidad (*Hipótesis N° 8)*, habiendo sido estadísticamente significativa únicamente la variación de las medianas en los niveles de Adherencia al Plan de Alimentación en función del rasgo Responsabilidad, lo que se condice con lo planteado por Chauvet-Gelinier y Bonin (2017) de que las personas con este rasgo generalmente escuchan los consejos de salud, mantienen una dieta balanceada y cumplen con los tratamientos médicos, lo que indirectamente podría estar asociado con sus mejores resultados.

También las correlaciones entre Adherencia y Rasgos de Personalidad fueron muy bajas y con nivel de significación estadística sólo Neuroticismo en el caso de Adherencia al Ejercicio Físico y Apertura y Responsabilidad en el caso de la Adherencia al Plan de Alimentación.

Contrariamente a lo que se esperaba encontrar, en esta muestra en particular de pacientes no parecerían ser los rasgos de personalidad, al menos los evaluados con este instrumento, los que se encuentran vinculados a que se presenten diferencias significativas en los distintos niveles de Adherencia Terapéutica.

Objetivo Específico N° 9: determinar si a partir de las variables sociodemográficas, la sintomatología psicopatológica y los rasgos de personalidad estudiados, se puede plantear una agrupación de variables que permita crear un modelo de relacionamiento con la adherencia terapéutica a cada una de las indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo).

Considerando que a nivel internacional la evidencia tampoco es concluyente aún, se decidió ahondar la búsqueda de una relación entre las variables estudiadas a través de los modelos de ecuaciones estructurales (SEM) que constituyen una herramienta estadística multivariada que permite estudiar la relación que hay entre variables latentes y observadas.

Los SEM son una alternativa sobre todo cuando se presenta la necesidad de analizar relaciones entre constructos que no se miden por sí mismos sino que pueden ser explicados mediante otras variables.

La utilización de esta herramienta estadística permitió la elaboración de un modelo en el que se identificó una variable latente – Adherencia (constituida por adherencia al ejercicio y alimentación saludable)– sobre la que tienen un efecto directo otras dos variables latentes –la Sintomatología Psicopatológica y la Salud Física – no formando parte del modelo definitivo las variables edad, nivel educativo ni los rasgos de personalidad Extroversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad ya que cuando se incluyen el modelo no presenta una buena calidad de ajuste.

La exclusión de los rasgos de personalidad del modelo es algo que se podía anticipar a partir de los análisis estadísticos realizados previamente, ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente para el rasgo de Responsabilidad en relación a la Adherencia al plan de alimentación y las correlaciones que fueron estadísticamente significativas tuvieron una carga muy baja.

A nivel de la literatura científica la relación entre rasgos de personalidad y adherencia terapéutica es algo que todavía no está claramente establecido, si bien cada vez es más la evidencia que apoya la existencia de un vínculo (Axelsson et al., 2011). En este estudio en particular se considera que pueden haber sido dos los factores que influyeron para que no se hallara una mayor significación, por un lado el número de participantes en el estudio, ya que se trabajó con una muestra de 203 participantes y por otro lado las características del instrumento utilizado. Si bien el instrumento presentó características psicométricas aceptables para ser utilizado, con resultados similares a los estudios internacionales encontrados, se observó que la factorización en 5 componentes logró explicar sólo un 55,42 % de la varianza y algunos reactivos presentaron problemas en su factorización.

Realizadas entonces las puntualizaciones anteriormente descriptas, la construcción de este modelo a partir de ecuaciones estructurales **permite afirmar que la sintomatología psicopatológica influye de forma inversa sobre la Adherencia al ejercicio físico y la alimentación saludable, mientras que la salud física influye directamente, existiendo una correlación negativa entre sintomatología psicopatológica y salud física**, es decir cuando una variable crece la otra decrece y viceversa.

Las variables observadas más importantes que explican la variable latente Sintomatología Psicopatológica son Psicoreactividad, Hipersensibilidad, Depresión y Neuroticismo. Si bien este último refiere a un rasgo de la personalidad y no a un síntoma, las personas que presentan el rasgo de forma marcada son más propensos a experimentar emociones negativas, estando asociado a la presencia de trastornos mentales y problemas de salud física (Cotter & Kerschner, 2018; Goodwin & Friedman, 2006; Hampson, 2012).

La agrupación de estas escalas para explicar la variable latente Sintomatología Psicopatológica parecería coincidir con lo planteado por Batelaan et al.(2016) cuando al examinar los factores psicosociales vinculados a un incremento del riesgo cardiovascular afirman que más que ansiedad o depresión parecería ser un factor "paraguas" no específico como distresss general, neuroticismo o afecto negativo los que tendrían un rol protagonico.

Aportando hacía la variable latente Salud Física se encuentran el IMC y las comorbilidades orgánicas pero con una carga negativa, es decir que cuando su valor decrece la variable latente Salud Física crece. Cabe aclarar que si bien el IMC permite estimar el contenido total de grasa corporal en la mayoría de los individuos, es decir permite obtener información sobre otra comorbilidad como es la obesidad, se decidió mantener el dato por separado ya que las comorbilidades orgánicas son el resultado del autoinforme del paciente mientras que el IMC es un dato que está presente en el sistema informatizado.

Si bien el modelo no permite conocer el por qué de la influencia directa de la variable Salud Física sobre la variable Adherencia, sí se pueden generar hipótesis que serían muy interesantes seguir investigando. En este sentido si se tiene presente el marco teórico de esta tesis doctoral, se recordará que la principal dificultad en la adopción de un estilo de vida saludable son justamente todos los cambios que le implica al individuo, cambios que son vistos como muy drásticos comparados con su vida anterior (Ali et al., 2017). Sin embargo, si nos encontramos con sujetos que no presentan tantas comorbilidades orgánicas, puede ser también que tengan un estilo de vida más saludable y por ende menos factores de riesgo, lo que puede resultar en que sean menos los cambios que tienen que implementar, aunque como se mencionó inicialmente no tenemos datos para confirmar o descartar esta afirmación, es simplemente una hipótesis para seguir investigando.

La OMS en su "Plan de acción sobre salud mental 2013-2020" plantea que en su núcleo se encuentra el principio mundialmente aceptado de que "no hay salud sin salud mental" (2013, p.6), lo que parecía nos indica también la correlación negativa entre las variables latentes Sintomatología Psicopatológica y Salud Física, cuando una crece la otra decrece, a mayor presencia de sintomatología psicopatológica menor salud física y a mayor salud física menor presencia de sintomatología psicopatológica.

Tercera Parte:

Conclusiones y reflexiones finales

Capítulo 7

Conclusiones y Reflexiones finales

Como ya se ha mencionado, el objetivo del presente estudio fue describir y analizar el vínculo entre la sintomatología psicopatológica, los rasgos de personalidad y la adherencia terapéutica a cuatro indicaciones médicas (tratamiento farmacológico, ejercicio físico, alimentación saludable y cesación de tabaquismo) en una muestra de pacientes uruguayos sometidos a procedimientos de revascularización miocárdica (tanto angioplastia coronaria transluminal percutánea como cirugía) que forman parte de un programa de prevención secundaria.

Para ello se establecieron una serie de objetivos específicos que consideramos se han cumplido, si bien no todas las hipótesis coincidieron con los hallazgos realizados.

7.1 – Resumen de los principales resultados

Los resultados de este trabajo pueden ser resumidos en la siguientes afirmaciones:

1- La definición de adherencia terapéutica ha variado con los años, centrándose inicialmente en el acatamiento del paciente a las indicaciones de su médico tratante (fundamentalmente en lo referido al consumo de la medicación recetada), hasta la concepción que se maneja en nuestros días que apunta más a un acuerdo, basado en una relación de colaboración entre el paciente y el equipo de salud (no sólo el médico), centrándose no sólo en el aspecto farmacológico del tratamiento sino a lo referido a la adquisición de un estilo de vida saludable.

2 - El fenómeno de la adherencia terapéutica resulta complejo y se encuentra influenciado por muchos factores, tanto del paciente como de los proveedores, por lo que las soluciones tendrán que buscar superar varios obstáculos al mismo tiempo para que la atención sea pertinente y eficaz.

3 – Los pacientes pertenecientes a los PPSC que tienen convenio con el FNR tienen una excelente adherencia al tratamiento farmacológico, no sólo porque tomar la medicación resulta más fácil que implementar cambios relacionados con el estilo de vida, sino porque la propia estructura del programa elimina uno de los obstáculos que se mencionan en la bibliografía como más relevante, y se refiere específicamente al costo de los medicamentos.

4 – La adherencia a la cesación del tabaquismo también es muy buena en los PPSC en convenio con el FNR. Posiblemente esto se encuentre relacionado con que Uruguay ha implementado a partir de la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco en el año 2004 una serie de medidas tendientes a lograr una menor prevalencia del tabaquismo como ser la sensibilización de la población con respecto a las consecuencias del consumo de tabaco, la creación de ambientes libres de humo de tabaco, el aumento de precios y la creación de programas especializados para el tratamiento del tabaquismo. Los profesionales integrantes de los distintos equipos de salud no sólo realizan la intervención breve cuando la situación lo amerita sino que también realizan la derivación adecuada a la unidad especializada para el tratamiento del tabaquismo, teniendo algunos programas al especialista en tabaquismo como un integrante más del PPSC.

5 - La adherencia a la actividad física no sólo es un gran desafío para los profesionales de la salud en el campo de la rehabilitación cardíaca sino que también lo es para la población general, según la 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (Ministerio de Salud, 2015) un 25,3 % de los adultos entre 25 y 64 años tienen comportamientos sedentarios.

6 – La adherencia al plan de alimentación saludable también presenta dificultades pero como se mencionó para la adherencia al ejercicio físico estas dificultades parecerían estar trascendiendo lo específico con los pacientes del PPSC ya que la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel nacional van en aumento.

7 – La prevalencia de sintomatología psicopatológica es mayor que la que se estima para población general, manifestándose fundamentalmente en alteraciones del sueño, problemas interpersonales y malestares físicos.

8 – Las mujeres presentan mayor sintomatología psicopatológica.

9 – La sintomatología psicopatológica y el rasgo de personalidad Neuroticismo influyen de forma inversa sobre la Adherencia al ejercicio físico y la alimentación saludable, mientras que la salud física influye directamente, existiendo una correlación negativa significativa entre sintomatología psicopatológica y salud física.

10 - Los rasgos de personalidad Amabilidad, Extroversión, Apertura y Responsabilidad no se encuentran vinculados a la Adherencia al Ejercicio Físico ni al Plan de Alimentación Saludable.

7.2 – Implicaciones para la práctica clínica

Lo que motivó desde sus inicios la presente investigación tuvo que ver con lograr aportar al manejo clínico de los pacientes pertenecientes al programa de prevención secundaria cardiovascular, con el objetivo de buscar aumentar la adherencia terapéutica, obtener un mejor cuidado y calidad de vida.

La consideración de los elementos psicopatológicos como "consecuencias naturales" de la enfermedad cardiovascular ha limitado las intervenciones para reducir el riesgo de desarrollar problemáticas emocionales de mayor entidad, sobre todo porque hasta la fecha no se ha demostrado que el tratamiento de los elementos psicopatológicos, como pueden ser por ejemplo depresión y ansiedad, pueda mejorar los resultados cardiovasculares.

Este tipo de planteos parece desconocer la importancia del cuidado de la salud mental, no sólo por como ella puede repercutir en la salud física, sino porque la salud mental merece una evaluación y tratamientos adecuados cuando sea necesario.

Más allá de la relevancia que le otorgue el equipo médico a la problemática, hay otras dos condiciones que dificultan aún más el tratamiento adecuado. Por un lado el solapamiento o la confusión a la que se puede arribar con respecto a la naturaleza de los síntomas, ya que muchas veces alteraciones del sueño o expresiones somáticas enmascaran elementos depresivos, y por otro lado la formación profesional del equipo tratante que pocas veces tiene formación específica en el área de salud mental.

Frente a estas dificultades Huffmann y Celano (2015) plantean que lo más apropiado sería que el cardiólogo detecte los síntomas psicopatológicos y derive a otro profesional clínico de salud mental, que idealmente debería estar ubicado en la misma planta física para que el paciente pueda tener la consulta cuando va a sus controles cardiológicos y que se vea al tratamiento como parte de sus cuidados cardiovasculares. Situación que para algunos prestadores de salud del sistema uruguayo puede ser considerada de "situación ideal" o lamentablemente, hasta utópica.

Como alternativa más accesible se podría también buscar sensibilizar y capacitar a todos los integrantes del equipo asistencial, ya que si se logra que todos los profesionales que están en contacto con el paciente están atentos a este tipo de problemáticas, aumentan las posibilidades de que se realice una detección a tiempo y su tratamiento correspondiente.

7.3 – Limitaciones

Al igual que en cualquier trabajo de investigación, la presente Tesis Doctoral cuenta con algunas limitaciones que se deben tomar en consideración, fundamentalmente de índole metodológica.

Las mencionadas limitaciones de este trabajo pueden ser resumidas en los siguientes aspectos: (1) diseño de investigación de tipo transversal, (2) muestra de participantes, (3) información obtenida a partir de cuestionarios de autoinforme, (4) la calidad de los instrumentos de medida.

1 – Diseño de investigación de tipo transversal, con este tipo de diseño se puede afirmar que existe una relación entre dos o más variables pero no se puede hablar de causalidad o controlar la posible influencia de otros factores. Sólo un diseño longitudinal, podría aportar este dato, sin embargo, el estudio actual nos dice un poco más acerca de las variables que deberían, o no deberían ser incluidas en un estudio de este tipo.

2 – Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia. Se convocó a participar en la investigación a los 12 programas de Prevención Secundaria Cardiovascular que tenían convenio con el Fondo Nacional de Recursos en el año 2013 en todo el país, de los cuales aceptaron participar 4, los que abarcan un 71 % (1676) de los pacientes que, según evaluación realizada por el FNR en el año 2013, son asistidos en estos programas (FNR, 2013). Debido a que los participantes no fueron seleccionados al azar y a que no se obtuvo una distribución normal, los resultados estadísticos deben ser observados con precaución.

3 –Los datos recogidos sobre la adherencia terapéutica de los participantes no obedecen a una medida absoluta y objetiva, sino que es la construcción que los profesionales integrantes de los PPSC realizaron a partir de las verbalizaciones de los pacientes. No obstante, se debe recordar que varios estudios epidemiológicos han demostrado una alta concordancia entre el autoreporte y los registros médicos (Lee et al., 2014). También los datos referidos a sintomatología psicopatológica y rasgos de personalidad fueron recogidos a través de cuestionarios de autoinforme, una metodología que es habitual en investigación en psicología. Intentando minimizar las dificultades asociadas al hecho de trabajar con datos autoinformados se explicitó a los participantes que la información se

manejaría confidencialmente, que no había respuestas considerables “correctas” o “incorrectas” a los cuestionarios y por tanto, era importante que las mismas fueran efectuadas de la forma más honesta posible. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que los pacientes informaran de manera inexacta su comportamiento.

4 - Se utilizaron instrumentos de recolección de datos validados en diversos países y a los que se les realizó el análisis psicométrico pertinente para la presente muestra. Ambas técnicas seleccionas (LSB-50 y NEO-FFI) fueron elegidas por su practicidad a la hora de aplicarlo a nuestra población pero no fueron utilizados en ninguno de los trabajos hallados en la búsqueda bibliográfica, lo cual podría generar diferencias en los resultados hallados, afirmación que es difícil de confirmar o descartar.

7.4 – Futuras líneas de investigación

Una explicación por la que no se encontraron variables contribuyentes más significativas podría ser que hay otras variables involucradas, no probadas en este estudio por lo que sería conveniente que futuras investigaciones tuvieran en cuenta una gama más amplia de variables, que permitan elaborar modelos más exactos.

Como una derivación directa de la presente investigación sería interesante utilizar otro instrumento para la evaluación de la personalidad, puede ser dentro del mismo modelo de los cinco grandes o también podría resultar útil la inclusión de otro modelo teórico.

De la revisión sistemática realizada surge el rol de las creencias de paciente en el proceso de adherencia, creencias vinculadas al tratamiento y a la enfermedad; al igual que el vínculo que se estable entre el paciente y el equipo de salud.

Hasta ahora se ha realizado una aproximación desde un punto de vista individual del paciente, por lo que se considera que conocer la percepción de apoyo social que tiene así como la integración de la familia o amigos en su tratamiento podrían enriquecer los procesos.

Por último, todas las variables previamente mencionadas fueron pensadas desde un diseño de investigación cuantitativo, por lo que la aproximación desde un diseño cualitativo habilitaría a un acercamiento que se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto.

Referencias

A.D.A.M. (2014). *Health Ilustrated Encyclopedia*. Recuperado de: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html

Abuín, M & de Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB – 50). *Clínica y Salud*, 25 (2), 131–141. doi:10.1016/j.clysa.2014.06.001

Agbu, J.-F. (2010). Type A behavior pattern: A new insight to gender challenges in higher education. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 528-539. Recuperado de:http://proxy.timbo.org.uy:443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=53538716&lang=es&site=eds-live

Ali, M. A., Yasir, J., Sherwani, R. N., Fareed, M., Arshad, F., Abid, F., & ... Fatima, K. (2017). Original Article: Frequency and predictors of non-adherence to lifestyle modifications and medications after coronary artery bypass grafting: A cross-sectional study. *Indian Heart Journal*, 69, 469-473. doi:10.1016/j.ihj.2017.05.017

Alonso, J., Curcio, A., Cristóbal, C., Tarín, M., Serrano, J., Talavera, P. & Graupner, C. (2005). Indicaciones de revascularización: aspectos clínicos. *Revista Española de Cardiología*, 58(2), 198-216. Recuperado de: http://www.revespcardiol.org/es/indicaciones-revascularizacion-aspectos-clinicos/articulo/13071894/

Aluja, A; García, O; Rossier, J & García, L.F. (2005) Comparison of the NEO – FFI, the NEO – FFI-R and an alternativo short versión of the NEO-PI-R (NEO – 60) in Swiss and Spanish samples: a cross-cultural comparison. *Journal of Individual Differences*, 38 (3), 591-604. doi: 10.1016/j.paid.2004.05.014

American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation. (2004). G*uidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs*. Fifth Edition. Estados Unidos: Human Kinetics.

American Heart Association & American College of Cardiology Foundation (2011). Secundary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update. *Circulation*, 124(22), 2458-2473. doi:10.1161/CIR.0b013e318235eb4d

American Psychiatric Association (2014a). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2014b). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. 5° Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Antman, E., Selwyn, A., Braundwald, E. & Loscalzo, J. (2008). Cardiopatía Isquémica. En A. Fauci, E. Braundwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson & J. Loscalzo (Eds), *Harrison: Principios de Medicina Interna*. (pp. 1514 – 1526). 17° Edición. México: McGraw-Hill

Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J. & Lötvall, J. (2011) The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *PLOS ONE*, 6(3): e18241. doi:10.1371/journal.pone.0018241

Bairn, D. (2008). Cateterismo cardíaco y angiografía con fines de diagnóstico. En A. Fauci, E. Braundwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson & J. Loscalzo (Eds), *Harrison: Principios de Medicina Interna*. (pp. 1514 – 1526). 17° Edición. México: McGraw-Hill

Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Batelaan, N. M., Seldenrijk, A., Bot, M., van Balkom, A. M., & Penninx, B. H. (2016). Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 208(3), 223-231. doi:10.1192/bjp.bp.114.156554

Benninghoven, D., Kaduk, A., Wiegand, U., Specht, T., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2006) Influence of Anxiety on the Course of Heart Disease after Acute Myocardial Infarction – Risk Factor or Protective Function?. *Psychotherapy and Psychosomatics,* 75(1), 56–61. doi: 10.1159/000089227

Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013). Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction and Their Inverse Associations with Future Health Behaviors and Quality of Life. *Annals Of Behavioral Medicine*, 46(3), 310-321. doi:10.1007/s12160-013-9509-3

Bermúdez, J., Pérez-García, A. Ruiz, J., Sanjuán, P. & Rueda, B. (2011). *Psicología de la Personalidad*. Vizcaya: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Beswick, A. D., Rees, K., West, R. R., Taylor, F. C., Burke, M., Griebsch, I., & ... Ebrahim, S. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(5), 538-555. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03327.x

Bjornsdottir, G., Jonsson, F. H., Hansdottir, I., Almarsdottir, A. B., Heimisdottir, M., Tyrfingsson, T., & ... Thorgeirsson, T. E. (2014). Psychometric properties of the Icelandic NEO-FFI in a general population sample compared to a sample recruited for a study on the genetics of addiction. *Personality And Individual Differences*, 5871-75. doi:10.1016/j.paid.2013.10.010

Bonnet, F., Irving, K., Terra, J., Nony, P., Berthezène, F., & Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of

cardiovascular disease. *Atherosclerosi,*. 178(2), 339-344. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2004.08.035

Bradley, S. M., & Rumsfeld, J. S. (2015). Depression and cardiovascular disease. *Trends In Cardiovascular Medicine*, 25(7), 614-622. doi:10.1016/j.tcm.2015.02.002

Burke, L., Dunbar-jacob, M. & Hill, M. (1997). Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research *Annals of Behavioral Medicine,* 19(3), 239- 263. doi: 10.1007/BF02892289

Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. *Journal Of Psychosomatic Research*, *58*(5), 403-415. doi:10.1016/j.psychores.2004.11.010

Campbell, N., Thain, J., Deans, H., Ritchie, L & Rawles, J. (1998) Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of privision in general practice. *British Medical Journal*, 316(7142), 1430 – 1437. doi: 10.1136/bmj.316.7142.1430

Canobbio, M. (1993). *Trastornos Cardiovasculares.* Barcelona: Mosby.

Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2008). Depression in Patients with Coronary Heart Disease. *The American Journal Of Medicine,* 121(Supplement 2), S20-S27. doi:10.1016/j.amjmed.2008.09.010

Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf

Carver, C., & Scheier, M. (1997). *Teorías de la personalidad*. México. Prentice Hall.

Celano, C. M., Daunis, D. J., Lokko, H. N., Campbell, K. A., & Huffman, J. C. (2016). Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease. *Current Psychiatry Reports*, 18(11), 101-121. doi:10.1007/s11920-016-0739-5

Cervone, D. & Pervin, L. (2009). *Personalidad: teoría e investigación*. 2° ed. México: Editorial El Manual Moderno.

Chauvet-Gelinier, J. & Bonin, B. (2017). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine,* 60, 6-12. doi:10.1016/j.rehab.2016.09.002

Choi, Y., Park, J., Kim, U., Lee, S., Son, J., Shin, D., & ... Lee, J. (2013). Changes in smoking behavior and adherence to preventive guidelines among smokers after a heart attack. *Journal Of Geriatric Cardiology: JGC*, 10(2), 146-150. doi:10.3969/j.issn.1671-5411.2013.02.006

Cingolani, H. & Houssay, A. (2000). *Fisiología Humana de Houssay*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

Clark, A. M., Hartling, L., Vandermeer, B., & McAlister, F. A. (2005). Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of internal medicine*, *143*(9), 659-672. doi:10.7326/0003-4819-143-9-200511010-00010

Clark, A. M., Whelan, H. K., Barbour, R., & MacIntyre, P. D. (2005). A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation.*Journal Of Advanced Nursing*, *52*(4), 362-371. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03601.x

Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. (2017). *Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el Uruguay – 2015*. Recuperado de: http://informe-mortalidad-2015.cardiosalud.org/

Conthe, P. & Márquez Contreras, E. (2012). Documento de consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. *Sociedad Española de Medicina Interna*. Recuperado de: http://www.fesemi.org/documentos/1350634836/publicaciones/consensos/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf

Conthe, P. & Tejerina, F. (2007). Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 7, 57F - 66F. Recuperado de: http://www.revespcardiol.org/es/adhesion-al-tratamiento-calidad-vida/articulo-resumen/13110832/

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (2008). NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado – NEO – FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Manual Profesional. 3ª Edición. Madrid: TEA Ediciones.

Cotter, K. A., & Kerschner, B. J. (2018). Personality and health: Impacts of romantic relationship characteristics. *Personality And Individual Differences*, 120, 40-46. doi:10.1016/j.paid.2017.08.023

Curto, S., Prats, O., & Zelarayan, M. (2011). Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Uruguay, 2009. Informe Epidemiológico. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 26, 189 – 196.

D'Anello Koch, S. (2006) Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. *MedULA. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 15(1), 4-11. Recuperado de: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21868/2/articulo1.pdf

De Fruyt, F. & Denollet, J. (2002). Type D personality: A five-factor model perspective. *Psychology and Health,* 17(5), 671–683. doi: 10.1080/08870440290025858

De la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Fernández Liporace, M. (2016). Evidencias de validez del LSB-50: validación cruzada, invarianza factorial y validez de criterio externo. *Ciencias Psicológicas*, *10*(1), 63-73. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v10n1/v10n1a07.pdf

De la Iglesia, G., Fernández Liporace, M., & Castro Solano, A. (2015). Psychometric Study of the Main Clinical Scales of the Listado De Síntomas Breve (LSB-50) [Short Checklist of Symptoms] in Argentinean Adolescents. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *22*(3), 385–401. doi: 10.4473/TPM22.3.5

De la Iglesia, G., Stover, J. B., Fernández Liporace, M., & Castro Solano, A. (2016). Listado de Síntomas Breve [Short Checklist of Symptoms] in Argentinean Adults: Psychometric Study of its Main Clinical Scales. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *19*(1): I – XII. doi: 10.4081/ripppo.2016.179

de Rivera, L., & Abuín, M. (2012) Listado de Síntomas Breve – LSB-50. Madrid: Tea Ediciones.

Denollet, J., Sys, S. U., & Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 582-591. Recuperado de: https://pure.uvt.nl/portal/files/633350/PMAM.PDF

Denollet, J; Schiffer, A. & Spek, V. (2010) Evidence From Research on the Type D (Distressed) Personality Profile. *Circulation*, 3(5), 546-557. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406

Dolcet, J.M. (2006) Carácter y Temperamento. Similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. Universidad de Lleida. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8295/Tjds1de1.pdf;jsessionid=BDC620E33032F40F91719DEC6D90C9C4?sequence=1

Doyle, F., McGee, H., Conroy, R., Conradi, H. Meijer, A., Steeds, R., ... de Jonge, P. (2015). Systematic Review and Individual Patient Data Meta-Analysis of Sex Differences in Depression and Prognosis in Persons With Myocardial Infarction: A MINDMAPS Study. *Psychosomatic Medicine,* 77(4), 419–428.

Doyle, F., Rohde, D., Rutkowska, A., Morgan, K., Cousins, G., & McGee, H. (2014). Systematic review and meta-analysis of the impact of depression on subsequent smoking cessation in patients with coronary heart disease: 1990 to 2013. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 44-57. doi:10.1097/PSY.0000000000000020

Echarte, S., & González, D. (compiladores). (2015). *Normativa sobre Control de Tabaco en Uruguay.* Montevideo: Centro de Cooperación Internacional de Control de Tabaco.

Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K. W., Mills, M. A., & Neria, Y. (2012). Posttraumatic Stress Disorder Prevalence and Risk of Recurrence in Acute Coronary Syndrome Patients: A Meta-analytic Review. Plos ONE, 7(6), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0038915

Erlen, J. A., Stilley, C. S., Bender, A., Lewis, M. P., Garand, L., Kim, Y., … Sereika, S. (2011). Personality Traits and Chronic Illness: A Comparison of Individuals with Psychiatric, Coronary Heart Disease, and HIV/AIDS Diagnoses. *Applied Nursing Research : ANR*, 24(2), 74–81. doi: 10.1016/j.apnr.2009.04.006

Farreras, P. & Rozman, C. (1995). *Medicina interna*. Decimotercera edición. Madrid:Mosby/Doyma Libros.

Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. & Loscalzo, J. (2008). *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 17 Edicón. México: McGraw-Hill.

Feng, C., Ji, T., Liu, Y., Chen, D., Dai, J., Ni, X., Zhu, J., Liu, X., … Zhao, X. (2017). Role of depression in secondary prevention of Chinese coronary heart disease patients receiving percutaneous coronary intervention. *PloS one*, 12(12), e0187016. doi:10.1371/journal.pone.0187016

Ferrando, P.J. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 18-33. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441003

Fondo Nacional de Recursos (2013a). *Revascularización Coronaria por Cirugía Cardíaca.* Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular. Montevideo. Recuperado de: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/info_pacientes/Info_pac_Tecnica_de_RVM_por_CC.pdf

Fondo Nacional de Recursos (2013b). *Revascularización Coronaria por Angioplastia.* Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular. Montevideo. Recuperado de: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/info_pacientes/Info_pac_Tecnica_de_RVM_por_ANGIOPLASTIA.pdf

Fondo Nacional de Recursos. (2017). Memoria 2016. Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos. Recuperado de: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/memorias/memoria_2016.pdf

Framingham Heart Study. (2014). *History of the Framingham Heart Study.* Recuperado de: https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php

Frasure-Smith, N. & Lesperance, F. (2008) Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry*, 65(1), 62–71. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.4.

Fundación Española del Corazón (2015). *Cateterismo cardíaco y coronariografía*. Recuperado de: http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos-diagnosticos/cateterismo-cardiaco.html

Gallagher, J., Parenti, G., & Doyle, F. (2015). Psychological Aspects of Cardiac Care and Rehabilitation: Time to Wake Up to Sleep?. *Current Cardiology Reports*, 17(12), 111. doi:10.1007/s11886-015-0667-8

Gambogi, R., Arbelo, A., Niggemeyer, A., Lombide, I., Esteves, E., Wald, I., Baldizzoni, M., Riccetto, P., Calvo, S., Palacio,T., Cenández, A., Rey, Natalia. (2016). *Resultados de Indicadores del Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular, año 2016.* Recuperado de: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/programas/indicadores_PPSCV_2015.pdf

Gambogi, R., Baldizzoni, M., Albornoz, H., Ketzoian, C., Cabrera, M., Saona, G., y Perna, A. (2010) Prevención secundaria en pacientes revascularizados coronarios en Uruguay: descripción de un programa, evaluación de los factores de riesgo y efecto en la mortalidad. *Revista Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 22 (2), 59-69. doi: 10.1016/j.arteri.2009.12.001

Gambogi, R., Baldizzoni, M., Saona, G., Niggemeyer, A., Wald, M., Nigro, S., Esteves, E., Perna, A. & Albornoz, H. (2013). Efectividad de un programa de prevención secundaria cardiovascular en Uruguay. Revista Médica del Uruguay, 29(2), 74-

84. Recuperado de:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000200002

Gaziano, T. & Gaziano, M. (2013). Repercusión global de las enfermedades cardiovasculares. En R. Bonow, D. Mann, D. Zippes & P. Libby (Eds.), *Braunwald Ttratado de Cardiología: Texto de medicina cardiovascular* (pp. 1 – 20). 9° Edición. Barcelona: Elservier Saunders.

Gaziano, M., Ridker, P & Libby, P. (2013). Prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica. En R. Bonow, D. Mann, D. Zippes & P. Libby (Eds.), *Braunwald Ttratado de Cardiología: Texto de medicina cardiovascular* (pp. 1020 – 1046). 9° Edición. Barcelona: Elservier Saunders.

Gehi, A., Ali, S. Na, B & Whooley, M.A. (2007). Self-reported Medication Adherence and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease. The Heart and Soul Study. *Archives of Internal Medicine*, 167(16), 1798-1803. doi:10.1001/archinte.167.16.1798.

Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S. & Whooley, M. (2005) Depression and Medication Adherence in Outpatients With Coronary Heart DiseaseFindings From the Heart and Soul Study. *Archives Internal Medicine*, 165(21), 2508–2513. doi:10.1001/archinte.165.21.2508

Giannuzzi, P., Temporelli, P., Marchioli, R., Maggioni, A., Balestroni, G., Ceci., V. & … GOSPEL Investigators. (2008) Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction: Results of the GOSPEL Study, a Multicenter, Randomized Controlled Trial From the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Archives of Internal Medicine Journal*, 168(20), 2194-2204. DOI:10.1001/archinte.168.20.2194.

González De Rivera, J. L., De Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J. y Rodríguez-Pulido, F. (2002*). El cuestionario de 90 síntomas* (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis). Madrid: TEA

Goodwin, R. & Friedman, H. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 643–654. doi: 10.1177/1359105306066610

Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R. & … European Atherosclerosis Society. (2007) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical prevention in clinical practice. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation,* 14(2), 1–113. doi: 10.1093/eurheartj/ehm316

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.* Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Grupo de Trabajo de Revascularización Miocárdica de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Asociación Europea de Cirugía Cardiotorácica. (2010) Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica. *Revista española de cardiología*, 63(12), 1485.e1-e76. doi: 10.1016/S0300-8932(10)70277-3

Hagger-Johnson, G., Sabia, S., Nabi, H., Brunner, E., Kivimaki, M., Shipley, M., & Singh–Manoux, A. (2012). Low conscientiousness and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality over 17years: Whitehall II cohort study. *Journal Of Psychosomatic Research*, 73(2), 98-103. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.05.007

Hampson, S. E. (2012). Personality Processes: Mechanisms by which Personality Traits "Get Outside the Skin." *Annual Review of Psychology*, 63, 315–339. doi: 10.1146/annurev-psych-120710-100419

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación* (5° Ed.) México: Mc.Graw Hill

Huffman, J. C., & Celano, C. M. (2015). Depression in cardiovascular disease: From awareness to action. *Trends In Cardiovascular Medicine*, 25(7), 623-624. doi:10.1016/j.tcm.2015.02.007

Iakovleva, M (2016). Adherence to treatment after coronary bypass surgery: Psychological aspects. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 7, 9-14 doi: 10.1016/j.rips.2015.10.003

Iakovleva, M., Shchelkova, O., Lubinskaya, E., & Nikolaeva, O. (2018). Adherence to treatment after CABG in terms of patients' personality. *SHS Web Of Conferences*, 40, 02011. doi:10.1051/shsconf/20184002011

Ingaramo, R., Vita, N., Bendersky, M., Arnolt, M., Bellido, C., Piskorz, D. &… Santana, M. (2005). Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento

(ENSAT). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*. Recuperado de: http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.php

Instituto Nacional de Estadística (2013) Población en el País, según departamento, Censos de Población años 1852, 1860, 1908, 1963, 1975, 1985, 1996 y 2004 (Fase 1) En http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/pobhogyviv2008.asp

Janssen, V., De Gucht, V., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2013). Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal Of Preventive Cardiology*, 20(4), 620-640. doi:10.1177/2047487312462824

Kazdín, A; Mahoney, M. & Craighead, W. (1984) Modificación de conducta: principios, técnicas y aplicaciones. Barcelona: Omega

Koivula, M., Hautamaki-Lamminen, K. & Astedt-Kurki, P. (2010). Predictors of fear and anxiety nine years after coronary artery bypass grafting. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(3), 595-606. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05230.x

Kopjar, B., Sales, A. B., Piñeros, S. L., Sun, H., Li, Y., & Hedeen, A. N. (2003). Adherence with statin therapy in secondary prevention of coronary heart disease in veterans administration male population. *The American Journal Of Cardiology*, *92*(9), 1106-1108. doi:10.1016/S0002-9149(03)01047-6

Kotseva, K. Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyörälä, K., & Keil, U., for the EUROASPIRE Study Group. (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparision of EUROASPIRE I, II y III surveys in eight European countries. *The Lancet*, 373 (9667), 929 – 940. doi:10.1016/S0140-6736(09)60330-5

Kuhl, E. A., Fauerbach, J. A., Bush, D. E., & Ziegelstein, R. C. (2009). Coronary artery disease: Relation of Anxiety and Adherence to Risk-Reducing

Recommendations Following Myocardial Infarction. *The American Journal Of Cardiology*, 103(12), 1629-1634. doi:10.1016/j.amjcard.2009.02.014

Kupper, N., & Denollet, J. (2007). Type D Personality as a Prognostic Factor in Heart Disease: Assessment and Mediating Mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 265 - 276. Recuperado de: http://proxy.timbo.org.uy:443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=27490357&lang=es&site=eds-live

Lachar, B. (1993). Coronary-prone behavior. Type A behavior revisited. *Texas Heart Institute journal*, 20(3), 143-51. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC325086/

Lee, H. B., Offidani, E., Ziegelstein, R. C., Bienvenu, O. J., Samuels, J., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2014). Original Research Reports: Five-Factor Model Personality Traits as Predictors of Incident Coronary Heart Disease in the Community: A 10.5-Year Cohort Study Based on the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up Study. *Psychosomatics*, 55, 352-361. doi:10.1016/j.psym.2013.11.004

León, O. G. & Montero, I; (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1) 115-127. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701007

León, O.G. & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (3° ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Lett, H., Ali, S., & Whooley, M. (2008). Depression and cardiac function in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 444-449. doi:10.1097/PSY.0b013e31816c3c5c

Libby, P. (2013). Biología vascular de la ateroesclerosis. En R. Bonow, D. Mann, D. Zippes & P. Libby (Eds.), *Braunwald Ttratado de Cardiología: Texto de medicina cardiovascular* (pp. 905 – 921). 9° Edición. Barcelona: Elservier Saunders.

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014) El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361

Maddox, T. M., & Ho, P. M. (2009). Medication adherence and the patient with coronary artery disease: challenges for the practitioner. *Current Opinion In Cardiology*, 24(5), 468-472. doi:10.1097/HCO.0b013e32832ed62d

Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J., Costa, M., Costa, P. & Lima, M. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *27*(4), 642-657. doi: 10.1 590/1678-7153.201427405

Mansur, A. P., Mattar, A. P., Tsubo, C. E., Simão, D. T., Yoshi, F. R., & Daci, K. (2001). Prescription and adherence to statins of patients with coronary artery disease and hypercholesterolemia. Arquivos Brasileiros De Cardiologia, 76(2), 111-118.

Manzano Patiño, A.P. (2017). Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales. Investigación en Educación Médica, 7 (25), 67-72. doi: 10.1016/j.riem.2017.11.002

Martens, E., de Jonge P., Na, B., Cohen, B., Lett, H. & Whooley, M. (2010) Scared to Death? Generalized Anxiety Disorder and Cardiovascular Events in Patients

With Stable Coronary Heart DiseaseThe Heart and Soul Study. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 750–758. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.74

Martín Alfonso, L. & Grau Ábalo, J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89 – 99. Recuperado de: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_1/14_1/LMart%C3%ADn.html

Martín Alfonso, L., Grau Ábalo, J. A. & Espinosa Brito, A. D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, *40*(2), 222-238. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=es&tlng=es

Mathes, T., Jaschinski, Th., Pieper, D. (2014). Adherence influencing factors. A systematic review of systematic reviews. *Archives of Public Health*, 72(1), 37. doi: 10.1186/2049-3258-72-37

McElrath, M., Myers, J., Chan, K., & Fonda, H. (2017). Exercise adherence in the elderly: Experience with abdominal aortic aneurysm simple treatment and prevention. Journal Of Vascular Nursing, 3512-20. doi:10.1016/j.jvn.2016.08.002

McGrath, R.E., Mitchell, M., Kim, B.H. & Hough, L. (2010). Evidence for response bias as a source of error variance in applied assessment. *Psychological Bulletin*, 136(3), 450-470. doi: 10.1037/a0019216

McGuire, A. W., Eastwood, J., R. D., Macabasco-O´Connell, A., & Doering, L. V. (2014). Depressed or not depressed: untangling symptoms of depression in patients hospitalized whit coronary heart disease. *American Journal of Critical Care*, 23(2), 106-116. doi:10.4037/ajcc201414.

Mendis, S., Puska, P. & B. Norrving (2011), *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control.* Ginebra: WHO Press.

Ministerio de Salud (2015). 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf

Ministerio de Salud (2018). *Presentación Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos, 2017*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/noticia/menos-fumadores

Molloy, G. J., Randall, G., Wikman, A., Perkins-Porras, L., Messerli-Bürgy, N., & Steptoe, A. (2012). Type D personality, self-efficacy, and medication adherence following an acute coronary syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 74(1), 100–106. doi: 10.1097/PSY.0b013e31823a5b2f

Mookadam, F. & Arthur, H. (2004) Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction: Systematic Overview. *Arch Intern Med*, 164(14), 1514-1518. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

Mozaffarian, D. (2013). Nutrición y enfermedad cardiovascular. En R. Bonow, D. Mann, D. Zippes & P. Libby (Eds.), *Braunwald Ttratado de Cardiología: Texto de medicina cardiovascular* (pp. 1005 – 1019). 9° Edición. Barcelona: Elservier Saunders.

Muñiz, J., Elousua, P. & Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. Psicothema 2013, 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24

Muñiz, J., Gómez-Doblas, J. J., Santiago-Pérez, M. I., Lekuona-Goya, I., Murga-Eizagaetxebarría, N., de Teresa-Galván SS, E., ... Castro-Beiras, A. (2010). The effect of post-discharge educational intervention on patients in achieving objectives in modifiable risk factors six months after discharge following an episode of acute coronary syndrome, (CAM-2 Project): a randomized controlled trial. *Health And Quality Of Life Outcomes*, *8*137. doi:10.1186/1477-7525-8-137

Muñiz, P., Álvarez, P., Silveira, A., Ormaechea, G. & Silvera, G. (2013). Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Médica del Uruguay*, 29(3), 174-180. Recuperado: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000300006&lng=es&tlng=es

Murray, G., Rawlings, D., Allen, N. B., & Trinder, J. (2003). NEO Five-Factor Inventory Scores: Psychometric Properties in a Community Sample. Measurement & Evaluation In Counseling & Development. *American Counseling Association*, 36(3), 140-149. doi: 10.1080/07481756.2003.11909738

Murray, J., Craigs, C., Hill, K., Honey, S., & House, A. (2012). A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(1), 12: 120. doi:10.1186/1471-2261-12-120

Murray, K. A., Murphy, D. J., Clements, S., Brown, A., & Connolly, S. B. (2014). Comparison of uptake and predictors of adherence in primary and secondary prevention of cardiovascular disease in a community-based cardiovascular prevention programme (MyAction Westminster). *Journal Of Public Health*, 36(4), 644-650. doi:10.1093/pubmed/fdt118

Muthén. L. K. & Muthén. B. O. (1998-2012). *MPlus User´s Guide.* (7ª Ed.). Los Angeles. CA: Muthén y Muthén. Recuperado de:

https://www.statmodel.com/download/usersguide/Mplus%20user%20guide%20Ver_7_r3_web.pdf

National Heart, Lung, and Blood Institute (2014). *¿Qué es la enfermedad coronaria?*. Recuperado de: http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/cad/

Newby, L. K., LaPointe, N. A., Chen, A. Y., Kramer, J. M., Hammill, B. G., DeLong, E. R., & ... Califf, R. M. (2006). Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation*, 113(2), 203-212. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.505636

Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27(23), 2763-2774. doi: 10.1093/eurheartj/ehl338

O´Donnell, C. & Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiología*, 61(3), 299-310. doi: 10.1016/S1885-5857(08)60118-8

Oblitas, L. (2007). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organización Mundial de la Salud (2018). *Temas de salud: Depresión*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Versión*. Whasington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2017) *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.* Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf

Ortíz, M. & Fernández-Pera, M. (2018). Modelo de Ecuaciones Estructurales: una guía para ciencias médicas y ciencias de la salud. *Terapia Psicológica.* Vol.36 (1), 51 – 58. Recuperado de: http://teps.cl/index.php/teps/article/view/230

Ortíz, M. & Ortíz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile.* 135, 647-652. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf

Palacios, J., Khondoker, M., Mann, A., Tylee, A., & Hotopf, M. (2018). Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. *Journal Of Psychosomatic Research*, 104, 1-8. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.10.015

Pan American Health Organization (2011). *Global Adult Tobacco Survey (GATS): Uruguay 2009.* Montevideo: PAHO/WHO.

Panayiotou, G., Kokkinos, C. & Spanoudis, G. (2004). Searching for the “Big Five” in a Greek context: the NEO-FFI under the microscope. *Personality and Individual Differences*, 36 (8), 1841–1854. doi:10.1016/j.paid.2003.07.005

Pardo, V. & Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11: guía para el análisis de datos.* Madrid: McGrawHill.

Park, J., Tahk, S., Bae, S. H., & Son, Y. (2013). Effects of a psychoeducational intervention for secondary prevention in Korean patients with coronary artery disease: a pilot study. *International Journal Of Nursing Practice*, 19(3), 295-305. doi:10.1111/ijn.12067

Parodi, C., Llambí, M., Barros, M., & Esteves, E. (2013). Medición de monóxido de carbono en la unidad de cesación de tabaquismo: lecciones aprendidas. *Archivos de Medicina Interna*, 35(2), 33-37. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000200002&lng=es&tlng=es

Pearson, T. (2007). The prevetion of cardiovascular disease: have we really made proress?. *Health Affairs*, 26 (1), 49-60. doi: 10.1377/hlthaff.26.1.49

Penninx, B. (2017). Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 74(Pt B), 277–286. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.07.003

Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70007-3

Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M. … & Zannad, F. (2012). Guía europea sobre prevención de la enfermedad

cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Revista Española de Cardiología,* 65(10), 937.e1-e66. doi: 10.1016/j.recesp.2012.08.002

Peruga, A. (2004). El Convenio Marco para el Control del Tabaco: respuesta a la globalización de una epidemia comunicada. *Gaceta Sanitaria*., 18(5), 343-345. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000700001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-911

Pervin, L. (1998). *La Ciencia de la Personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.

Petticrew, M., Lee, K., McKee, M. (2012). Type A Behavior Pattern and Coronary Heart Disease: Philip Morris's "Crown Jewel". *American Journal of Public Health*, 102 (11), 2018-2025. doi: 10.2105/AJPH.2012.300816

Pippo, A., Llambí, L, Parodi, C., Barros, M., Nuñez, V., Silvera, A. & Bobadilla, J. (2016) Missed Opportunities of Tobacco Cessation Interventions in Hospitalized Patients. *Journal of Family Medicine*, 3(9): id1089. Recuperado de:http://austinpublishinggroup.com/family-medicine/fulltext/jfm-v3-id1089.php

Pisabarro, R., Gutierrez, M., Bermúdez, C., Prendez, D., Recalde, A., Chaftare, Y & Manfredi, A. (2009). Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) en adultos (18 – 65 años o más). *Revista Médica del Uruguay*. Vol. 25, 14-26. Recuperado de: http://www.rmu.org.uy/revista/2009v1/art3.pdf

Pogosova, N., Saner, H., Pedersen, S, Cupples, M., McGee, H., Doyle, F., ... Reiner, Z. (2015). Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the cardiac rehabilitation section of the European association of cardiovascular prevention and rehabilitation of the European Society of Cardiology. *European Journal Of Preventive Cardiology*, 22(10), 1290-1306. doi:10.1177/2047487314543075

Polit, D.F. & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* México: McGraw-Hill Interamericana.

Pragle, A. & Salahshor, S. (2018) Identifying and managing depression in patients with coronary artery disease. *Journal of the American Academy of Physicians Assistants,* 31(5), 12-18. doi: 10.1097/01.JAA.0000532111.83132.8b

Programa Nacional para el Control del Tabaco del Ministerio de salud Pública de la República Oriental del Uruguay. (2009). *Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo. Uruguay 2009.* Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

Proyecto ITC (2014). *Informe Nacional ITC Uruguay. Resultados de los Relevamientos 1 a 4 de la Encuesta (2006 – 12).* Universidad de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canadá; Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo y Universidad de la República, Uruguay.

Pyorala, K., De Backer, G., Graham, I., Poole-Wilson, P. y Wood, D. (1994) Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Atherosclerosis*. 110(2), 121 - 161. doi: 10.1016/0021-9150(94)90200-3

Pytlik Zillig, L; Hemenover, S. & Dienstbier, R. (2002). What do we assess when we assess a Big 5 trait? A content analysis of the affective, behavioral, and cognitive processes represented in Big 5 personality inventories. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 847-858. doi: 10.1177/0146167202289013

Rajpura, J., & Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal Of Managed Care Pharmacy*, 20(1), 58-65. doi: 10.18553/jmcp.2014.20.1.58

Rashid, M. A., Edwards, D., Walter, F. M., & Mant, J. (2014). Medication taking in coronary artery disease: a systematic review and qualitative synthesis. *Annals Of Family Medicine*, 12(3), 224-232. doi:10.1370/afm.1620

Redondo Escalante, P. (2004). *Prevención de la Enfermedad.* Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07_-_niveles_de_prevencion.pdf

Rieckmann, N., Gerin, W., Kronish, I., Burg, M., Chaplin, W., Kong, G., Lespérance, F. & Davidson, K. (2006). Course of Depressive Symptoms and Medication Adherence After Acute Coronary Syndromes: An Electronic Medication Monitoring Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 48 (11), 2218-2222. doi: 10.1016/j.jacc.2006.07.063.

Ridker, P. & Libby, P. (2013). Marcadores de riesgo de la enfermedad aterotrombótica. En R. Bonow, D. Mann, D. Zippes & P. Libby (Eds.), *Braunwald Ttratado de Cardiología: Texto de medicina cardiovascular* (pp. 1005 – 1019). 9° Edición. Barcelona: Elservier Saunders.

Rodríguez Chamorro, M. A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A. & Faus, M. J. (2008) Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40 (08), 413 – 417. doi: 10.1157/13125407

Roest, A., Martens, E., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 563-569. doi:10.1097/PSY.0b013e3181dbff97

Roest, A., Zuidersma, M. & de Jonge, P. (2012). Myocardial infarction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 200(4), 324–329. doi:10.1192/bjp.bp.111.103549.

Rolland, J. P., Parker, W. D., & Stumpf, H. (1998). A Psychometric Examination of the French Translations of NEO-PI-R and NEO-FFI. Journal Of Personality Assessment, 71(2), 269-291. doi: 10.1207/s15327752jpa7102_13

Romero, C. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 22(2), 92-109. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202007000200004&lng=es&tlng=es.

Rozanski, A., Blumenthal, J.A, & Kaplan, J. (1999) Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192–2217. doi: 10.1161/01.CIR.99.16.2192

Ruiz, M., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo, 31* (1), 34-45. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441004

Schreiber. J.. Nora. A.. Stage. F.. Barlow. E.. & King. J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *Journal of Educational Research. 99*(6). 323–337. doi:10.3200/JOER.99.6.323-338.

Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2011). Puesta al día: Enfermedades sistémicas y corazón (IX): Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española De Cardiología*, 64, 924-933. doi:10.1016/j.recesp.2011.06.003

Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial [Seh-Lelha]. (2005). *Guía Española de Hipertensión Arterial 2005.* Recuperado de: http://www.seh-lelha.org/guiahta05.html

Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis & Sociedad Uruguaya de Cardiología. (2004). *1° Consenso Nacional de Aterosclerosis.* Montevideo: Grupo Sanofi Aventis.

Sociedad Uruguaya de Cardiología (2004) *2º Consenso Uruguayo de Insuficiencia Cardíaca*. Montevideo.

Sociedad Uruguaya de Cardiología y Departamento Clínico de Medicina Hospital de Clínicas (2005). *Consenso Uruguayo de Manejo del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST*. Montevideo.

Sociedad Uruguaya de Cardiología. (2008). *Guía Práctica de Prevención Cardiovascular*. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Cardiología.

Steptoe, A., & Molloy, G. J. (2007). Personality and heart disease. *Heart*, 93(7), 783–784. doi: 10.1136/hrt.2006.109355

Streiner, D.L. & Norman, G.L. (1995). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* (2° ed.) Nueva York: Oxford University Press.

Strike, P. & Steptoe, A. (2004) Psychosocial Factors in the Development of Coronary Artery Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46(4), 337-347. doi: 10.1016/j.pcad.2003.09.001

Stringhini, S., Berkman, L., Dugravot, A., Ferrie, J. E., Marmot, M., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2012). Socioeconomic Status, Structural and Functional Measures of Social Support, and Mortality: The British Whitehall II Cohort Study, 1985–2009. *American Journal of Epidemiology*, *175*(12), 1275–1283. doi.org/10.1093/aje/kwr461

Suissa, K., Larivière, J., Eisenberg, M. J., Eberg, M., Gore, G. C., Grad, R., & ... Filion, K. B. (2017). Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Circulation. Cardiovascular Quality And Outcomes, 10:e002458. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002458

Texas Heart Institute. (2013). *Centro de Información Cardiovascular*. Recuperado de: http://www.texasheartinstitute.org/HIC/anatomy_Esp/anato_sp.cfm

The Heart and Soul Study (2014). *Página principal del estudio.* Recuperado de: http://dgim.ucsf.edu/heartandsoulstudy/index.html

Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., ... Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction. *JGIM: Journal Of General Internal Medicine*, 21(1), 30-38. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00269x

Tiscornia, M. (2017). *Los esquemas desadaptativos tempranos en una muestra clínica y no clínica.* Universidad Católica Argentina. Buenos Aires.

Tolmie, E. P., Lindsay, G. M., Kerr, S. M., Brown, M. R., Ford, I., & Gaw, A. (2003). Patients' perspectives on statin therapy for treatment of hypercholesterolaemia: a qualitative study. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, *2*(2), 141-149. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00028-8

Tong, V., Althabe, F., Alemán, A., Johnson, C., Dietz, P., Berrueta, M., … Belizán, J. (2015). Accuracy of self-reported smoking cessation during pregnancy. *Acta obstetricia et gynecologica scandinavica,* 94(1), 106–111. doi: 10.1111/aogs.12532

Tonne, C; Schwartz, J; Mittleman, M; Melly, S; Suh, H. & Golberg, R. (2005) Long-Term Survival After Acute Myocardial Infarction Is Lower in More Deprived Neighborhoods. *Circulation*, 111(23), 3063-3070. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.496174

Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F., (2008). *Introducción a la psicometría.* Buenos Aires: Paidos.

Tully P. & Cosh, S. (2013) Generalized anxiety disorder prevalence and comorbidity with depression in coronary heart disease: a metaanalysis. *J Health Psychol*, 18(12), 1601–16. doi:10.1177/1359105312467390.

Tully, P. J., Cosh, S. M., & Baune, B. T. (2013). A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychology, Health & Medicine,* 18(6), 627. doi:10.1080/13548506.2012.749355

Tully, P. J., Winefield, H. R., Baker, R. A., Denollet, J., Pedersen, S. S., Wittert, G. A., & Turnbull, D. A. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *BioPsychoSocial medicine*, 9, 14. doi:10.1186/s13030-015-0041-5

Tully, P., Baker, R., Knight, J., Turnbull, D. & Winefield, H. (2009). Negative emotions and quality of life six months after cardiac surgery: The dominant role of depression not anxiety symptoms. *Journal Of Behavioral Medicine,* 32(6), 510-522. doi:10.1007/s10865-009-9225-4

Vaccarino, V. & Bremner, J.D. (2013). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular. En R. Bonow, D. Mann, D. Zippes & P. Libby

(Eds.), *Braunwald Ttratado de Cardiología: Texto de medicina cardiovascular* (pp. 1929 – 1940). 9° Edición. Barcelona: Elservier Saunders.

Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.* Sexta Edición. Barcelona: Masson.

van der Wal, M., Jaarsma, T. & van Veldhuisen, D. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manege it?. *The European Journal of Heart Failure*, 7(1), 5 – 17. doi:10.1016/j.ejheart.2004.04.007

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2002). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331–342. doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med. Interna*. XXXIII (1): 11-14.

von Känel, R., Hari, R., Schmid, J., Saner, H., & Begré, S. (2011). Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: a retrospective observational study. *BMC Psychiatry*, 11, 98. doi:10.1186/1471-244X-11-98

Woodward, M., Brindle, P., & Tunstall-Pedoe, H. (2007). Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC). *Heart*, *93*(2), 172–176. doi.org/10.1136/hrt.2006.108167

World Health Organization. (2007). *Prevention of Cardiovascular Disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.* Ginebra: WHO Press.

World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra: WHO Press.

World Health Organization. (2014) Nota descriptiva: *The Top 10 Causes of Death.* Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/

World Health Organization (s.f). Global Health Obseratory: Overweight/Obesity. Recuperado de: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A896?lang=en

Wulsin, L.& Barsky A. (2008). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease. En: P. Libby, R. Bonow & D. Mann (Eds), *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (pp.509–539). 8th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Yazdani, N. & Siddiqi, A. (2013). Coronary heart diseas and Five factor model of personality: a statistical assessment of the link. *Pakistan Journal of Cardiology*, 24, 5-22. Recuperado de: http://www.pjc.com.pk/PdfFiles/PdfFile132.pdf

Ye, X., Gross, C. R., Schommer, J., Cline, R., & St Peter, W. L. (2007). Association between copayment and adherence to statin treatment initiated after coronary heart disease hospitalization: a longitudinal, retrospective, cohort study. *Clinical Therapeutics*, *29*(12), 2748-2757. doi:10.1016/j.clinthera.2007.12.022

Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... Lisheng, L. (2004). Fast track — Articles: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937-952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9

Ziegelstein, R., Fauerbach, J., Stevens, S., Romanelli, J., Richter, D. & Bush, D. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 160(12), 1818–1823. doi:10.1001/archinte.160.12.1818

Anexos

Anexo 1

Resolución Definitiva de Aprobación del Protocolo de Investigación por parte del Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay

UNIVERSIDAD CATOLICA DEL URUGUAY
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN
Av. 8 OCTUBRE 2801
MONTEVIDEO-URUGUAY

RESOLUCIÓN DEFINITIVA

Dr./Lic.: Tania Palacio

De Facultad de Psicología. Dpto. de Teorías Psicológicas y Psicología Clinica

Tel. 099 631007
Correo E. tpalacio@ucu.edu.uy
Dirección: Fac. Psicología Universidad Católica del Uruguay

Distinguida Mgr.:

El Comité de Etica en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Católica del Uruguay, después de estudiar toda la documentación relativa al Protocolo de Investigación número **A.12.03.14** presentado por Ud. en su calidad de Investigador Principal a evaluación de este Comité, bajo el título: **"Variables Psicológicas vinculada a la adherencia terapéutica de Pacientes con patología cardiovascular"** considera que dicho Protocolo:

- cumple los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para los sujetos de investigación.
- La capacitación del equipo investigador y los medios disponibles para llevar a cabo el diseño son apropiados.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento válido, como el contenido informativo que será objeto de la decisión del sujeto de investigación.
- Están previstas la reparación de daños y el alcance de las compensaciones económicas para los sujetos y para la institución donde se lleva a cabo la investigación.

En suma: que el citado **Protocolo desde el punto de vista científico y ético reúne las condiciones necesarias para su aprobación.**

Es requisito para la vigencia de esta aprobación que Ud. y su equipo informen al CE-UCU del inicio, del desarrollo y de la finalización del ensayo. El no cumplimiento de estos informes en tiempo y forma puede suponer la revocación de esta autorización y la orden de interrumpir la investigación.

Recuerde que, para el inicio propiamente del estudio, las autoridades de la Institución dónde se realizará la investigación deben autorizarlo expresamente; y esa aprobación es diferente a la que aquí le extendemos.

Dr. Omar França
Presidente

Dr. Raúl Gamarra
Secretario

Montevideo, 12 de marzo de 2014

Anexo 2

- Consentimiento informado para Integrar el Estudio
- Consentimiento Informado de Protección de Datos Personales

Consentimiento informado

Para Integrar el Estudio

1. El objetivo de la investigación es "Conocer, describir y analizar las características de algunos de los factores psicológicos intervinientes en la adherencia terapéutica en aquellos pacientes que fueron sometidos a cirugía de revascularización miocárdica y forman parte de un programa de prevención secundaria"

2. Su participación consiste en responder a cinco cuestionarios (Test de Dependencia Nicotínica, PANAS, LSB – 50, DS14 y NEO-FFI))lo que en total implicará aproximadamente 40 minutos.

3. La investigación está a cargo de la Mag. Tania Palacio bajo la tutoría de la Dra. Soledad Cordero, ambas docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay con quienes podrá contactarse antes, durante o después de la investigación para evacuar dudas o realizar preguntas.

4. El participar de la investigación no le ocasionará mayores molestias que aquellas que se desprenden del disponer del tiempo necesario para contestar los cuestionarios y realizarse la medición de los niveles de monóxido de carbono.

5. En todo momento de la investigación se preservará la identidad de las personas involucradas, por lo que al finalizar el estudio los datos serán publicados no pudiendo discriminarse los resultados individuales.

6. La participación es voluntaria, pudiendo dar por terminada su participación en el proceso de investigación en cualquier momento sin recibir ningún tipo de perjuicio o inconveniente.

7. El proyecto de investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética de Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay.

8. Como agradecimiento a su colaboración, se le reintegrará el importe del boleto (boleto urbano de ida y vuelta para 1 persona), le ofrecemos la posibilidad de participar de un Taller de Introducción a la Relajación, en el cual se le otorgará un Cd con dos ejercicios de relajación y una colación saludable.

9. Usted recibirá una copia de este consentimiento.

He comprendido toda la información suministrada.
He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes.

Montevideo, _____ de _____ de 2013.

Firma: _____

Aclaración: _____ C.I: _____

Datos del Investigador Principal: Mag. Tania Palacio
Profesora Adjunta de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay
Tel. 2487 27 17 int. 455 – E-mail: tpalacio@ucu.edu.uy

Consentimiento Informado

de Protección de Datos Personales

1) Por la presente tomo conocimiento de la información que seguidamente se me proporciona, así como de que puedo aceptar o negarme a la utilización de mis datos.

2) Propósito: Autorizar a la Mag. Tania Palacio Pereyra (Profesora Adjunta de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay) a acceder a todos los datos de su historia clínica que se encuentran en los registros existentes en la base de datos del Sistema de Gestión del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

3) Estudio al que la información estará destinada: "Variables Psicológicas Intervinientes en la Adherencia Terapéutica de Pacientes Sometidos a Procedimientos de Revascularización Miocárdica".

4) Datos: El FNR cuenta con sus datos patronímicos, los datos clínicos de los procedimientos cardiovasculares por el financiado, y los seguimientos realizados al integrarse al Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular. Siendo estos los datos que se le facilitará a la Mag. Tania Palacio Pereyra, si usted decide participar del estudio.

5) Confidencialidad: Mientras dure el estudio, su identidad se mantendrá en forma confidencial. Toda la información recolectada será identificada con un número. Luego de procesada toda la información la identidad será destruida. Los resultados del estudio podrán ser publicados en revistas científicas o presentados en congresos científicos pero no podrá ser revelada ninguna información que se pueda relacionar con su nombre.

6) He leído y entendido este formulario de consentimiento. En consecuencia, dispongo y autorizo a que mis datos personales sean utilizados en los términos y condiciones que se expresan.

Montevideo, _____ de _____ de 2013

Firma: _____

Aclaración: _____ C.I: _____

Anexo 3

Ficha Sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

C.I: Sexo: F M

Fecha Nacimiento: Edad:

Cobertura Médica:

¿Vive solo o con otras personas?

O Vivo solo O Vivo con una o más personas

¿Cuál es su estado civil?

O Casado o en concubinato O Divorciado o Separado O Viudo/a O Soltero

¿Cuál es el nivel de educación más alto que tiene?

O Primaria incompleta

O Primaria completa

O Ciclo básico (hasta 3º de liceo) incompleto

O Ciclo básico (hasta 3º de liceo) completo

O Bachillerato incompleto

O Bachillerato completo

O Terciario incompleto (Por ejemplo: UTU, Magisterio)

O Terciario completo (Por ejemplo: UTU, Magisterio)

O Universitario incompleto

O Universitario completo

¿Cuál es su ocupación actualmente?

O Empleado O Jubilado O Desempleado

O Trabajador Independiente O Ama de casa O Otra

¿Su padre o su madre tuvieron problemas coronarios **ANTES** de los 50 años?

O Sí, mi padre O Sí, mi madre O No O No lo sé

¿Tiene algún hermano o hermana que haya tenido problemas coronarios **ANTES** de los 50 años?

O Sí O No O No lo sé O No tengo hermanos

Comparado con otras personas de su misma edad, ¿cómo calificaría **SU SALUD EN GENERAL**?

O Excelente O Muy buena O Buena O Regular O Mala

Comparado con otras personas de su misma edad, ¿cómo calificaría su **CALIDAD DE VIDA** en general?

O Excelente O Muy buena O Buena O Regular O Mala

De los siguientes problemas de salud, marque **TODOS** aquellos que le hayan sido **DIAGNOSTICADOS** alguna vez:

PROBLEMAS FÍSICOS:		
Hipertensión Arterial	Sí	No
Colesterol Elevado	Sí	No
Diabetes	Sí	No
Enfermedad Renal	Sí	No
Enfisema o EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)	Sí	No
Problema de Tiroides	Sí	No
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS:		
Depresión	Sí	No
Trastorno Bipolar	Sí	No
Problemas con el Alcohol	Sí	No
Trastorno de Ansiedad	Sí	No
Esquizofrenia o Psicosis	Sí	No

¿Fuma actualmente? (Si la respuesta es **Sí,** pasar a la siguiente página).	**Sí**	**No**
En caso de no fumar actualmente, ¿Fumó alguna vez?	**Sí**	**No**
En caso de haber fumado alguna vez, ¿Hace cuánto que no fuma? **_____ meses** **_____ años**		