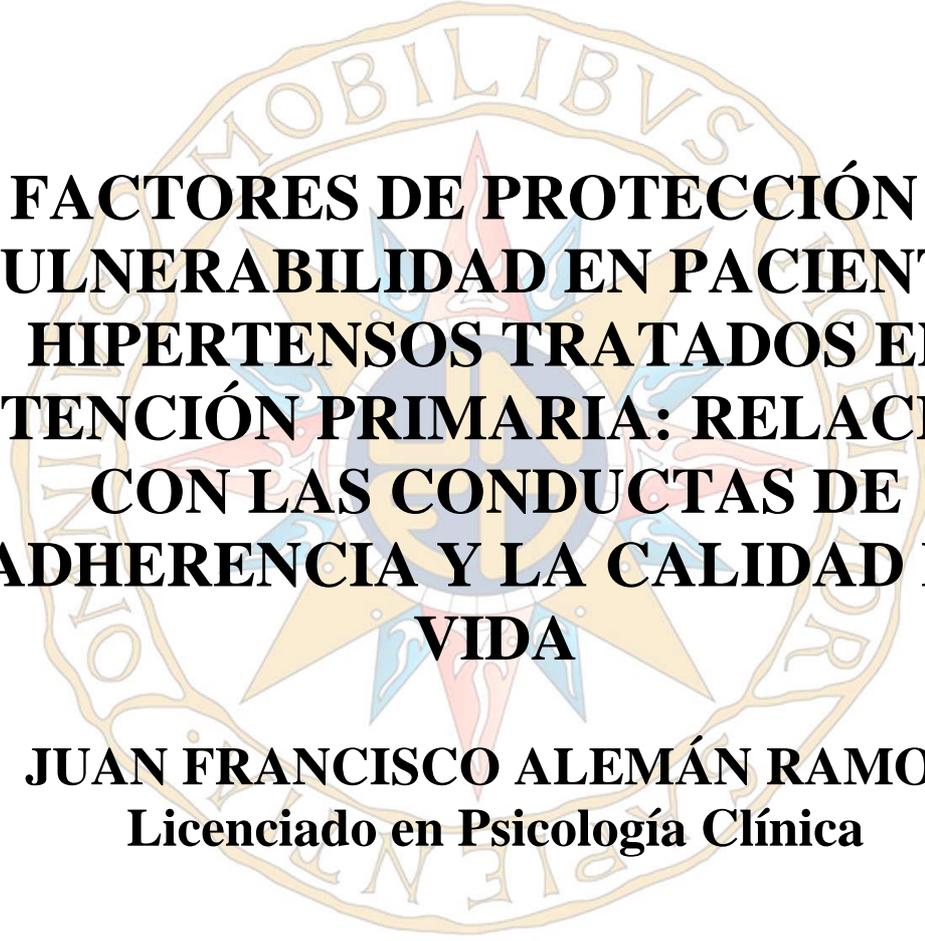


TESIS DOCTORAL

2018



**FACTORES DE PROTECCIÓN Y
VULNERABILIDAD EN PACIENTES
HIPERTENSOS TRATADOS EN
ATENCIÓN PRIMARIA: RELACIÓN
CON LAS CONDUCTAS DE
ADHERENCIA Y LA CALIDAD DE
VIDA**

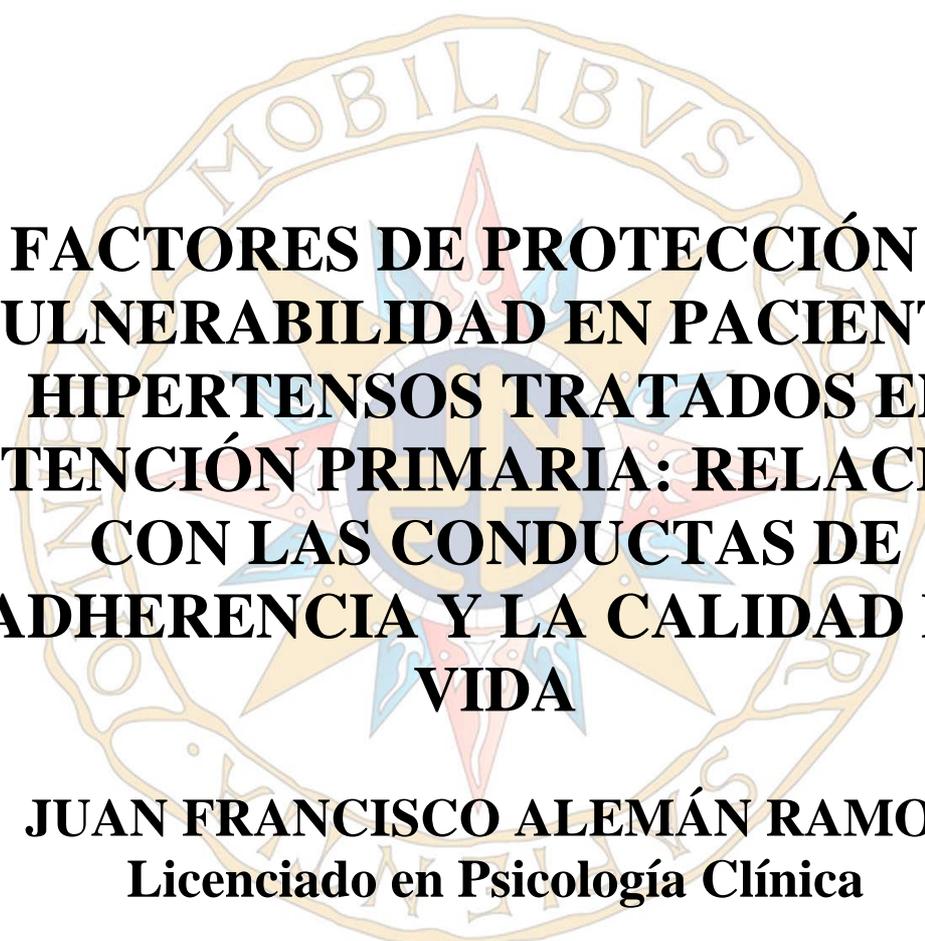
JUAN FRANCISCO ALEMÁN RAMOS
Licenciado en Psicología Clínica

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

DIRECTORA: DRA. BEATRIZ RUEDA LAFFOND / UNED

TESIS DOCTORAL

2018



**FACTORES DE PROTECCIÓN Y
VULNERABILIDAD EN PACIENTES
HIPERTENSOS TRATADOS EN
ATENCIÓN PRIMARIA: RELACIÓN
CON LAS CONDUCTAS DE
ADHERENCIA Y LA CALIDAD DE
VIDA**

JUAN FRANCISCO ALEMÁN RAMOS
Licenciado en Psicología Clínica

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

DIRECTORA: DRA. BEATRIZ RUEDA LAFFOND / UNED

DEDICATORIA

Quiero dedicar la presente tesis a mis padres Manuel y Candelaria (in memoriam) que dedicaron gran parte de su existencia no solo a quererme y apoyarme sino a creer en la persona que soy hoy.

Asimismo, a mi esposa Isabel y mis hijos Juan e Isabel María que estoicamente han respetado mi interés por progresar académicamente sin reprocharme el tiempo invertido, animándome en mis momentos de decaimiento.

*“Lágrima que acechas insolente,
¿no ves que pesas cuando estás en mente,
y solo dueles cuando estás en vela?
Ella avanzó serena y refulgente”*

Juan e Isabel M^a Alemán Cabrera

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los pacientes, profesionales sanitarios y personal administrativo de los centros de salud de Agaete y Santa María de Guía, que desinteresadamente han contribuido a este trabajo. También a la Dirección Gerencia de Atención Primaria de las Palmas de Gran Canaria por las facilidades proporcionadas.

Quiero agradecer especialmente el trabajo, apoyo y orientación aportado por la directora de esta tesis Doctora doña Beatriz Rueda Laffond, sin cuya guía, aptitudes académicas y palabras de ánimo en los momentos difíciles, no habría sido posible concluirla.

Por siempre, gracias.

RESUMEN

La presente tesis se centra en la identificación y el estudio de una serie de variables psicológicas, sociodemográficas y clínicas, las cuales han demostrado tener un impacto significativo sobre la calidad de vida (C.V.) y la falta de adherencia al tratamiento (FA) en pacientes que presentan enfermedad crónica. Se ha dado una especial relevancia a la manera como estas variables influyen sobre los pacientes que presentan hipertensión arterial (HTAe), bien de manera aislada o acompañada ésta de otro tipo de enfermedad cardiovascular (ECV).

Respecto a los factores psicológicos abordados se ha atendido al efecto de protección o vulnerabilidad que dichos factores podrían tener. Así, se han considerado como factores protectores la aceptación de la enfermedad, los beneficios percibidos, la resiliencia y el control de la ira exteriorizada e interiorizada. Como factores de vulnerabilidad se han incluido la indefensión, la alexitimia, la desesperanza, la depresión, la ansiedad y la ira exteriorizada e interiorizada. Asimismo, se ha estudiado el papel que podían desempeñar el riesgo percibido y las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes.

En cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas, se ha examinado la influencia del sexo, la edad y la duración de la enfermedad.

Los objetivos principales de la tesis han sido, por una parte, examinar las posibles diferencias que podía haber, con respecto a las variables de estudio, entre pacientes que tenían HTAe, y aquellos otros pacientes que, además de la HTAe, presentaban otra patología cardiovascular añadida, o bien tenían una única patología crónica diferente. Por otra parte, se ha pretendido analizar las relaciones entre los factores de protección y vulnerabilidad, y determinar su valor predictivo sobre las conductas de falta de adherencia a los tratamientos y la calidad de vida en los diferentes grupos de pacientes considerados, atendiendo principalmente a las relaciones observadas en los pacientes con diagnóstico de HTAe.

La muestra empleada ha estado compuesta de 371 individuos, y tres grupos de pacientes: pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial (Grupo HTAe) ($N=132$), pacientes con enfermedad cardiovascular que, además, presentaban hipertensión arterial (Grupo ECV+HTA) ($N=66$), y pacientes con enfermedad respiratoria crónica (Grupo ERC) ($N=72$). Se ha seleccionado también un grupo control, el cual ha consistido en un grupo de pacientes sin enfermedad crónica (Grupo No E.C.) ($N=101$).

La muestra se extrajo a partir de tres grupos médicos de pacientes adscritos a dos centros de salud del norte de la isla de Gran Canaria, España. Todos los pacientes con patología crónica fueron captados en sus visitas periódicas al centro de forma aleatoria y sistemática; mientras que los pacientes sin enfermedad crónica fueron captados en sus visitas esporádicas al centro, de modo accidental y por cuotas.

A todos los participantes se les solicitó su consentimiento para colaborar en la investigación de manera voluntaria; y se les entregó un cuadernillo para que rellenaran y devolvieran completado en su siguiente visita al centro.

Los análisis de datos realizados han consistido en una serie de ANOVAs, MANOVAs, ANCOVAs y MANCOVAs, con los que poder determinar las diferencias existentes entre los tres grupos de pacientes, con respecto a los factores de protección y de vulnerabilidad, la C.V. y la FA a los tratamientos, así como las diferencias que podía haber entre los pacientes en función de las variables sociodemográficas y clínicas consideradas. Se han realizado también diferentes análisis correlacionales y de regresión para poder clarificar, en cada grupo de pacientes, las relaciones entre estas variables, además de su poder predictivo con respecto a la C.V. y la FA a los tratamientos.

Los resultados obtenidos han mostrado diferencias en las variables estudiadas en función de la patología crónica padecida. Así, se han observado mayores niveles de ansiedad

y depresión en los pacientes que tenían cualquier tipo de enfermedad crónica, en comparación con el grupo No E.C.

En los pacientes con HTAe se ha constatado un mayor nivel de aceptación y una mayor falta de adherencia a la dieta, en contraste con el grupo No E.C. Este mismo grupo, así como los pacientes con ERC, han indicado también un nivel de resiliencia significativamente más alto que el informado por los pacientes con ECV+HTA.

En los pacientes con ERC se ha observado, además, una mayor falta de adherencia en la reducción del consumo de tabaco en ERC en comparación con los pacientes con HTAe, ECV+HTA y aquellos que no tenían ninguna enfermedad crónica.

Por otro lado, no se han apreciado diferencias significativas en la ira interiorizada entre los pacientes con HTAe y los que tenían ECV+HTA, en comparación con el resto de pacientes (ERC o No E.C.). Tampoco se han observado diferencias en el nivel de alexitimia entre los distintos grupos de pacientes considerados.

Con respecto a la calidad de vida, sí se han encontrado menores niveles de calidad de vida en los tres grupos de pacientes que tenían patología crónica frente al grupo No E.C. Los pacientes con ECV+HTA, además, han señalado tener una C.V. mental significativamente más baja que los pacientes con HTAe o ERC.

En cuanto al género, las mujeres con ECV+HTA o con HTAe han manifestado una mayor vulnerabilidad emocional, con más ansiedad y depresión, en contraste con los pacientes hombres. Asimismo, las mujeres que tenían HTAe han informado de una menor resiliencia y un mayor grado de alexitimia en comparación con los pacientes hipertensos hombres. De otra parte, en los pacientes que tenían ECV+HTA, una mayor duración de la enfermedad se ha relacionado con mayores niveles de depresión, ira interiorizada y alexitimia.

Finalmente, dentro del grupo de pacientes con HTAe, la resiliencia ha aparecido como un predictor positivo de la C.V., mientras que la aceptación de la enfermedad se ha relacionado con una menor falta de adherencia global, y con una falta de adherencia a la medicación, así como a la reducción de alcohol y tabaco, más bajas.

Estos resultados avalan la principal premisa de esta tesis, es decir, la necesidad de identificar y abordar una serie de factores cognitivos, emocionales y conductuales que se relacionan con una mayor vulnerabilidad en enfermos crónicos, en particular con HTAe y ECV+HTA; además de potenciar otros factores protectores, como la aceptación en los pacientes con HTAe, dado su claro efecto beneficioso sobre la adherencia, o la resiliencia en el caso de pacientes con ECV en general.

De igual modo, los resultados apoyan la importancia de considerar otras variables sociodemográficas y clínicas, como el género y la duración de la enfermedad. En particular, el género en los pacientes con HTAe y con ECV+HTA, y la duración de la enfermedad en los pacientes con ECV+HTA, parecen ser aspectos relevantes, ya que el hecho de ser mujer o padecer la enfermedad por un tiempo más prolongado, tienden a conferir un mayor grado de vulnerabilidad en los pacientes con HTAe y con ECV+HTA, respectivamente.

Un conocimiento más riguroso de la asociación e influencia de todas estas variables permitirá definir actuaciones más concretas y mejor dirigidas desde la consulta del sanitario, lo cual puede facilitar el control y manejo de los factores de vulnerabilidad, e incrementar y mantener los factores de protección en los pacientes con ECV, y particularmente los que presentan HTAe.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xxiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xxxii
ABREVIATURAS, SIGLAS Y SÍMBOLOS	xxxiii
ÍNDICE DE ANEXOS	xxxvii
I INTRODUCCIÓN	43
Capítulo 1. La Enfermedad Crónica	44
1.1.1 Preámbulo	44
1.1.2 Relevancia de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en la enfermedad crónica	47
1.1.3 Factores psicosociales y enfermedad crónica	50
1.1.3.1 Factores psicosociales de protección	50
1.1.3.2 Factores psicosociales de riesgo o vulnerabilidad	53
1.1.3.3 Percepción de riesgo y estrategias de afrontamiento	56
1.1.4 Influencia de factores sociodemográficos y clínicos en las enfermedades crónicas	59
Capítulo 2. La Enfermedad Cardiovascular	62
1.2.1 Introducción	62
1.2.2 Adherencia al tratamiento y calidad de vida en la ECV	64
1.2.3 Factores psicosociales y enfermedad cardiovascular	66
1.2.3.1 Factores psicosociales de protección	66
1.2.3.2 Factores psicosociales de riesgo o vulnerabilidad	71
1.2.4 Factores sociodemográficos y clínicos en la ECV	77
1.2.4.1 Influencia del sexo	77

1.2.4.2	Influencia de la duración de la enfermedad	79
1.2.4.3	Influencia de la edad y la comorbidad	81
Capítulo 3. La Hipertensión Arterial Esencial	.....	82
1.3.1	Introducción	82
1.3.2	Adherencia al tratamiento y calidad de vida en la HTA	83
1.3.3	Factores psicosociales y la hipertensión arterial	88
1.3.3.1	Factores de protección	88
1.3.3.2	Factores de riesgo o vulnerabilidad en HTA	91
1.3.4	Influencia de los factores sociodemográficos y clínicos en HTA	95
Capítulo 4. Las Enfermedades Respiratorias Crónicas	.....	101
1.4.1	Introducción	101
1.4.2	Adherencia al tratamiento y calidad de vida en la ERC	102
1.4.3	Factores psicosociales y la enfermedad respiratoria crónica	104
1.4.3.1	Factores de protección	104
1.4.3.2	Factores de riesgo o vulnerabilidad	105
1.4.4	Influencia de factores sociodemográficos y clínicos en ERC	109
Capítulo 5. Síntesis y Conclusiones de los Aspectos Más Relevantes de la		
Fundamentación Teórica	.....	112
II OBJETIVO E HIPÓTESIS	.....	117
III METODOLOGÍA	.....	125
3.1 Participantes y Procedimiento	.....	126
3.1.1	Participantes	126
3.1.2	Procedimiento	129
3.2 Instrumentos de evaluación	.....	130
3.2.1	Historias de salud informatizadas de los pacientes adscritos a los centros	

y cupos seleccionados	130
3.2.2 Cuadernillo	131
3.3 Análisis Estadístico	141
IV RESULTADOS	145
APARTADO I: Características sociodemográficas, clínicas; y estadísticos descriptivos	
de la distribución de variables psicosociales y cognitivas para la muestra total y los	
grupos de pacientes, así como, inspección preliminar de supuestos de normalidad	
linealidad y homocedasticidad	146
4.1 Características Descriptivas y Clínicas de la Muestra y los Grupos de	
Pacientes	146
4.1.1 Composición de los grupos de pacientes	146
4.1.2 Características sociodemográficas de la muestra total y los grupos	147
4.1.2.1 Muestra total	147
4.1.2.2 Grupos	147
A. Grupo diagnosticado de hipertensión arterial esencial (HTAe)	147
B. Grupo diagnosticado de otra enfermedad cardiovascular, además de tener	
diagnóstico de hipertensión arterial esencial (ECV+HTA)	148
C. Grupo diagnosticado de enfermedad respiratoria crónica (ERC)	148
D. Grupo sin ningún diagnóstico de enfermedad crónica (No E.C.)	148
4.1.3 Características clínicas de la muestra total y los grupos	149
4.1.3.1 Muestra total	149
4.1.3.2 Grupos	150
A. Grupo diagnosticado de hipertensión arterial esencial (HTAe)	150
B. Grupo diagnosticado de otra enfermedad cardiovascular, además de tener	
diagnóstico de hipertensión arterial esencial (ECV+HTA)	151

C. Grupo diagnosticado de enfermedad respiratoria crónica (ERC)	152
D. Grupo sin ningún diagnóstico de enfermedad crónica (No E.C.)	152
4.1.4 Estadísticos descriptivos de la variables psicosociales	155
A. Factores de protección	155
B. Factores de vulnerabilidad	157
C. Estrategias de afrontamiento	160
D. Variables criterio: Falta de adherencia al tratamiento y calidad de vida ...	161
4.1.5 Inspección preliminar de los supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad de las variables	165
APARTADO II: Diferencias en factores de vulnerabilidad, protección, estrategias de afrontamiento, falta de adherencia a los tratamientos y calidad de vida en función del tipo de enfermedad	168
4.2 Diferencias en las Variables Psicosociales en los Grupos de Pacientes en Función del Tipo de Enfermedad	168
4.2.1 Diferencias en factores de protección en función del tipo de enfermedad	168
4.2.2 Diferencias en los factores de vulnerabilidad en función del tipo de enfermedad	171
4.2.3 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del tipo de enfermedad	178
4.2.4 Diferencias en la falta de adherencia al tratamiento en función del tipo de enfermedad	182
4.2.5 Diferencias en la calidad de vida en función del tipo de enfermedad	186
APARTADO III: Diferencias en factores de vulnerabilidad, protección y estrategias de afrontamiento en función de variables socio demográficas y clínicas en cada	

grupo de pacientes crónicos	191
4.3 Diferencias en los Factores de Protección, Vulnerabilidad y las Estrategias de Afrontamiento en Función del Sexo y la Duración de la Enfermedad	191
4.3.1 Diferencias en los factores de protección y de vulnerabilidad	191
4.3.1.1 Relación entre las variables sociodemográficas y clínicas en los tres grupos de pacientes	191
4.3.1.2 Intercorrelación entre los factores de protección y entre los factores de vulnerabilidad	197
4.3.1.3 Diferencias en los factores de protección y de vulnerabilidad en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de hipertensión arterial esencial (HTAe)	198
4.3.1.4 Diferencias en los factores protección y de vulnerabilidad en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ECV+HTA	201
4.3.1.5 Diferencias en los factores de protección y de vulnerabilidad en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ERC	208
4.3.2 Diferencias en las estrategias de afrontamiento	218
4.3.2.1 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de HTAe	219
4.3.2.2 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en el grupo diagnosticado de ECV+HTA	221
4.3.2.3 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ERC	225

APARTADO IV: Diferencias en falta de adherencia a los tratamientos y calidad de

vida en función de variables sociodemográficas y clínicas en cada grupo de pacientes crónicos	229
4.4 Diferencias en Calidad de Vida y la Falta de Adherencia al Tratamiento en Función del Sexo y la Duración de la Enfermedad	229
4.4.1 Diferencias en calidad de vida y falta de adherencia en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de HTAe	231
4.4.2 Diferencias en calidad de vida y falta de adherencia en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ECV+HTA ..	236
4.4.3 Diferencias en calidad de vida y falta de adherencia en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ERC	239
APARTADO V: Relaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad y con las estrategias de afrontamiento; así como de de los factores de protección y de vulnerabilidad con la falta de adherencia a los tratamientos y la calidad de vida en cada grupo de pacientes crónicos	247
4.5 Análisis Correlacional	247
4.5.1. Correlaciones entre los factores de protección	248
A. En el grupo de pacientes con HTAe	248
B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA	249
C. En el grupo de pacientes con ERC	249
4.5.2 Relaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad	250
A. En el grupo de pacientes con HTAe	250
B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA	251
C. En el grupo de pacientes con ERC	251
4.5.3 Relaciones de los factores de protección con las estrategias de	

afrentamiento	252
A. En el grupo de pacientes con HTAe	252
B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA	253
C. En el grupo de pacientes con ERC	254
4.5.4 Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y	
la falta de adherencia al tratamiento	255
A. En el grupo de pacientes con HTAe	255
B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA	256
C. En el grupo de pacientes con ERC	257
4.5.5 Correlaciones de los factores de vulnerabilidad con la calidad de vida y	
la falta de adherencia al tratamiento	258
A. En el grupo de pacientes con HTAe	258
B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA	259
C. En el grupo de pacientes con ERC	260
APARTADO VI: Capacidad predictiva de los factores de protección y vulnerabilidad	
respecto de calidad de vida y falta de adherencia a los tratamientos en cada grupo	
de pacientes crónicos	262
4.6 Capacidad Predictiva de los Factores de Protección y los Factores de	
Vulnerabilidad	262
4.6.1 Capacidad predictiva de los factores de protección y los factores de	
vulnerabilidad con respecto a la calidad de vida	263
A Grupo de pacientes con diagnóstico de HTAe	263
B Grupo de pacientes con diagnóstico de ECV+HTA	266
C Grupo de pacientes con diagnóstico de ERC	269
4.6.2 Capacidad predictiva de los factores de protección y los factores de	

vulnerabilidad con respecto a la falta de adherencia global y a los distintos aspectos del tratamiento	271
A Grupo de pacientes con diagnóstico de HTAe	273
B Grupo de pacientes con diagnóstico de ECV+HTA	279
C Grupo de pacientes con diagnóstico de ERC	284
V DISCUSIÓN	292
5.1 Diferencias en Función del Tipo de Enfermedad Crónica	295
(a) En factores de vulnerabilidad y protección (Objetivo específico 1.1)	295
(b) Respecto a las estrategias de afrontamiento (Objetivo específico 1.1)	300
(c) En relación a falta de adherencia y calidad de vida (Objetivo específico 1.2)	302
5.2 Diferencias en Función del Sexo y la Duración de la Enfermedad en los Pacientes Crónicos	306
(a) Respecto a factores de vulnerabilidad y protección (Objetivo específico 1.3)	307
(b) Con respecto a las estrategias de afrontamiento y el riesgo percibido (Objetivo específico 1.3)	311
(c) En relación a falta de adherencia y calidad de vida (Objetivo específico 1.4)	315
5.3 Relaciones entre Factores de Protección, Factores de Vulnerabilidad y Estrategias de Afrontamiento (Objetivo Específico 2.1)	320
(a) Asociaciones de factores protectores con factores de vulnerabilidad	320
(b) Asociaciones de factores protectores con estrategias de afrontamiento ...	322
5.4 Relaciones de Factores de Protección y Vulnerabilidad con Falta de Adherencia y Calidad de Vida (Objetivo Específico 2.2)	324
(a) Factores de protección, falta de adherencia y calidad de vida	324
(b) Factores de vulnerabilidad, falta de adherencia y calidad de vida	328
5.5 Valor Predictivo de los Factores de Vulnerabilidad y Protección sobre Falta de	

Adherencia y la Calidad de Vida (Objetivo Específico 2.3)	335
(a) Capacidad predictiva de los factores protectores	335
(b) Capacidad predictiva de los factores de vulnerabilidad	340
VI CONCLUSIONES	345
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	356
VIII ANEXOS	408
A. Tablas	409
B. Documentos	478

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra total y los grupos seleccionados	149
Tabla 2: Características clínicas de la muestra total y los grupos seleccionados	153
Tabla 3: Distribución de los grupos de la muestra atendiendo al tipo de patologías comórbidas	155
Tabla 4: Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de los factores de protección en la muestra total	156
Tabla 5: Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de los factores de protección en los grupos de la muestra	156
Tabla 6: Rangos de puntuación de los factores de protección en los grupos de la muestra	156
Tabla 7: Descriptivos de los factores de vulnerabilidad en la muestra total	158
Tabla 8: Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de los factores de vulnerabilidad en los grupos de la muestra	158
Tabla 9: Rangos de puntuación de los factores de vulnerabilidad en los grupos de la muestra	159
Tabla 10: Descriptivos de las estrategias de afrontamiento en la muestra total.....	160
Tabla 11: Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de las estrategias de afrontamiento en los grupos de la muestra	160
Tabla 12: Rangos de puntuación de las estrategias de afrontamiento en los grupos de la muestra	161
Tabla 13: Descriptivos de las variables relativas la falta de adherencia en la muestra total	162
Tabla 14: Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de las variables relativas a la falta de adherencia en los grupos de la muestra	162
Tabla 15: Rangos de puntuación de las variables relativas a la falta de adherencia en los	

grupos de la muestra	163
Tabla 16: Descriptivos de las variables relativas a la calidad de vida en el total de la muestra	163
Tabla 17: Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de las variables relativas a la calidad de vida en los grupos de la muestra	164
Tabla 18: Rangos de puntuación de las variables relativas a la calidad de vida en los grupos de la muestra	164
Tabla 19: Tipo de transformación llevada a cabo en algunas de las variables psicosociales utilizadas en el estudio	167
Tabla 20: Análisis multivariado para los factores de protección según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes	169
Tabla 21: Análisis post hoc (Bonferroni) para MANOVA de los factores protectores en función del tipo de enfermedad	170
Tabla 22: Análisis multivariado para los factores de vulnerabilidad según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes	172
Tabla 23: Análisis post hoc (Bonferroni) para MANOVA de los factores de vulnerabilidad en función del tipo de enfermedad	173
Tabla 24: Análisis univariados para las subdimensiones referidas a la alexitimia, la desesperanza y el riesgo percibido según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes	176
Tabla 25: Análisis post hoc (Bonferroni) para ANOVAs de las subdimensiones de los factores de vulnerabilidad en función del tipo de enfermedad	176
Tabla 26: Análisis multivariado para las estrategias de afrontamiento según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes	179
Tabla 27: Análisis post hoc (Bonferroni) para MANOVA de las estrategias de afrontamiento en función del tipo de enfermedad	181
Tabla 28: Análisis univariado para la falta de adherencia global al tratamiento según	

	tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes	184
Tabla 29:	Análisis post hoc (Bonferroni) significativo para ANOVA de falta de adherencia global del tratamiento en función del tipo de enfermedad	185
Tabla 30:	Análisis multivariado para las variables relativas a la falta de adherencia al tratamiento según tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes	185
Tabla 31:	Análisis post hoc (Bonferroni) significativos para las variables relativas a la falta de adherencia del tratamiento en función del tipo de enfermedad	186
Tabla 32:	Análisis univariados para las variables de calidad de vida según tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes	189
Tabla 33:	Análisis post hoc (Bonferroni) significativos para las variables relativas a la calidad de vida en función del tipo de enfermedad	190
Tabla 34:	Distribución de las muestras en función de la variable "grupos edad/incidencia"	193
Tabla 35:	Distribución de los grupos de pacientes en función de la duración de la enfermedad y el sexo	194
Tabla 36:	Distribución de los grupos de pacientes según grupos edad/incidencia y sexo	195
Tabla 37:	MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total) y los factores de protección (aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada y control ira interiorizada) en el grupo de pacientes con HTAe	200
Tabla 38:	Medias marginales estimadas (<i>MME</i>) obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (alexitimia total, depresión y ansiedad) y los factores de protección (resiliencia) en el grupo de pacientes con HTAe ...	201
Tabla 39:	MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total) y los factores de protección (aceptación,	

beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada y control ira interiorizada) en el grupo de pacientes con ECV+HTA	203
Tabla 40: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada, alexitimia total y riesgo percibido total) en el grupo de pacientes con ECV+HTA	204
Tabla 41: MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (subescalas de dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza cognitiva, riesgo incontrolable, riesgo conocido / moderado y riesgo desconocido) en el grupo de pacientes con ECV+HTA	207
Tabla 42: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (subescalas de dificultad para identificar sentimientos, riesgo incontrolable y riesgo desconocido) en el grupo de pacientes con ECV+HTA	208
Tabla 43: MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total) y los factores de protección (aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada y control ira interiorizada) en el grupo de pacientes con ERC	211
Tabla 44: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (depresión y la ira interiorizada) y los factores de protección (aceptación, beneficios percibidos, control de ira exteriorizada y control de ira interiorizada) en el grupo de pacientes con ERC	212
Tabla 45: MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (subescalas de dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza cognitiva, riesgo incontrolable, riesgo conocido / moderado y riesgo desconocido) en el	

grupo de pacientes con ERC	217
Tabla 46: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (riesgo percibido incontrolable) en el grupo de pacientes con ERC	218
Tabla 47: MANCOVA realizado sobre las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con HTAe	220
Tabla 48: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en las estrategias de planificación, religión y aceptación en el grupo de pacientes con HTAe	221
Tabla 49: MANCOVA realizado sobre las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA	223
Tabla 50: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en las estrategias de aceptación, religión y autoinculpación en el grupo de pacientes con ECV+HTA	224
Tabla 51: MANCOVA realizado sobre las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ERC	227
Tabla 52: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en las estrategias de afrontamiento activo, apoyo emocional, reevaluación positiva, aceptación, humor, autodistracción y desconexión conductual en el grupo de pacientes con ERC	228
Tabla 53: MANCOVA realizado sobre la calidad de vida total y la falta de adherencia en el grupo de pacientes con HTAe	233
Tabla 54: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en calidad de vida total y falta de adherencia a la medicación, dieta, disminución de tabaco y disminución de alcohol en el grupo de pacientes con HTAe	234
Tabla 55: ANCOVAs realizados sobre la calidad de vida física y la calidad de vida mental en el grupo de pacientes con HTAe	235
Tabla 56: Medias marginales estimadas obtenidas en los ANCOVAs en calidad de vida	

física y calidad de vida mental en el grupo de pacientes con HTAe	235
Tabla 57: MANCOVA realizado sobre la calidad de vida total y la falta de adherencia en el grupo de pacientes con ECV+HTA	237
Tabla 58: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en calidad de vida total y falta de adherencia a la dieta, a la disminución de tabaco y la disminución de alcohol en el grupo de pacientes con ECV+HTA	238
Tabla 59: ANCOVAs realizados sobre la calidad de vida física y la calidad de vida mental en el grupo de pacientes con ECV+HTA	238
Tabla 60: MANCOVA realizado sobre la calidad de vida total y la falta de adherencia en el grupo de pacientes con ERC	241
Tabla 61: Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en calidad de vida total y falta de adherencia a evitación ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar, ejercicio, disminución de tabaco y disminución de alcohol en el grupo de pacientes con ERC	242
Tabla 62: ANCOVAs realizados sobre la calidad de vida física y la calidad de vida mental en el grupo de pacientes con ERC	246
Tabla 63: Correlaciones entre los factores protectores en el grupo HTAe	249
Tabla 64: Correlaciones entre los factores protectores en el grupo ECV+HTA	249
Tabla 65: Correlaciones entre los factores protectores en el grupo ERC	250
Tabla 66: Correlaciones de los factores de protección con las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con HTAe	253
Tabla 67: Correlaciones de los factores de protección con las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA	254
Tabla 68: Correlaciones de las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ERC	255
Tabla 69: Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con HTAe	256

Tabla 70: Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA	257
Tabla 71: Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ERC	258
Tabla 72: Correlaciones de los factores de vulnerabilidad seleccionados con calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con HTAe	259
Tabla 73: Correlaciones de los factores de vulnerabilidad seleccionados con calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA	260
Tabla 74: Correlaciones de los factores de vulnerabilidad seleccionados con calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ERC	261
Tabla 75: Predicción de calidad de vida total por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe	265
Tabla 76: Predicción de calidad de vida física por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con HTAe	265
Tabla 77: Predicción de calidad de vida mental por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con HTAe	266
Tabla 78: Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ECV+HTA	268
Tabla 79: Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ECV+HTA	268
Tabla 80: Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los	

	factores de vulnerabilidad en pacientes con ECV+HTA	269
Tabla 81:	Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ERC	270
Tabla 82:	Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ERC	271
Tabla 83:	Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ERC	271
Tabla 84:	Variables sociodemográficas y clínicas asociadas significativamente en los análisis multivariados con las variables criterio de FA a los tratamientos, por grupos de pacientes	272
Tabla 85:	Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe	276
Tabla 86:	Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA	282
Tabla 87:	Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC	288

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución por grupos de la muestra total del estudio	147
Figura 2: Diferencias en medias entre grupos para los factores de protección	170
Figura 3: Diferencias en medias entre grupos para los factores de vulnerabilidad	174
Figura 4: Diferencias en medias entre grupos para subescalas de los factores de vulnerabilidad	177
Figura 5: Diferencias en medias entre grupos para las estrategias de afrontamiento adaptativas	182
Figura 6: Diferencias en medias entre grupos para las estrategias de afrontamiento desadaptativas	182
Figura 7: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la depresión, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA	204
Figura 8: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la ansiedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA	205
Figura 9: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la ira interiorizada, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	212
Figura 10: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el riesgo percibido total, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	213
Figura 11: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el control de ira exteriorizada, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC ...	213
Figura 12: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el control de ira interiorizada, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	214
Figura 13: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre los beneficios percibidos, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	214
Figura 14: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la depresión, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	215
Figura 15: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la alexitimia	

total, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	215
Figura 16: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el riesgo percibido conocido, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	218
Figura 17: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el apoyo emocional, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA ..	224
Figura 18: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la ventilación emocional, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA ..	225
Figura 19: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la calidad de vida total, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	242
Figura 20: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la FA a evitar de ambientes de riesgo/consejos limpieza del hogar, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	243
Figura 21: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la FA al ejercicio, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	243
Figura 22: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la FA a la disminución del tabaco, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	244
Figura 23: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la calidad de vida física y mental, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	246

ABREVIATURAS, SIGLAS Y SÍMBOLOS

ANOVA:	Análisis univariado de varianzas
ANCOVA:	Análisis univariado de varianzas, con control de alguna covariable
ACV:	Accidente Cerebro Vascular
C.:	Calidad
C. V.:	Calidad de vida
DDS:	Dificultad para describir sentimientos
Desesp.:	Desesperanza
Dif.:	Dificultad
DIS:	Dificultad para identificar sentimientos
disminuc.:	Disminución de
DT:	Desviación típica
E.:	Estrategia
ECV:	Enfermedad cardiovascular
ECV+HTA:	Enfermedad cardiovascular no hipertensiva más hipertensión arterial
ed.:	Editor (es)
ERC:	Enfermedad respiratoria crónica
Ext. / Exterior.:	Exteriorizada
F:	Estadístico <i>F</i> de Snedecor
FA:	Falta de adherencia
g.l.:	Grados de libertad
HTA:	Hipertensión arterial
HTAe:	Hipertensión Arterial Esencial
IAM:	Infarto Agudo de Miocardio
Instrum.:	Instrumentales

Int. / Interior.:	Interiorizada
M:	Media muestral
MANOVA:	Análisis multivariado de varianzas
MANCOVA:	Análisis multivariado de varianzas, con control de alguna covariable
MME:	Medias marginales estimadas
mm.Hg.:	Milímetros de mercurio
Mod.:	Moderados
MSC:	Ministerio de Sanidad y Consumo de España
n / N:	Números de elementos de la muestra
No E.C.:	Ausencia de enfermedad crónica
ns:	No significativos
p:	Nivel de significación α
Pág:	Página
p. ej.:	Por ejemplo
r:	Estadístico para la correlación de Pearson
R:	Coefficiente de regresión o correlación múltiple
R²:	Coefficiente de determinación, proporción de varianza explicada por el modelo
R²_(cambio):	Coefficiente de determinación con la introducción de nuevas variables
semFYC:	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SEMI:	Sociedad Española de Medicina Interna
SQRT:	Raíz cuadrada del valor absoluto de la variable
Supl.:	Suplemento
Sexo x Duración:	Efecto de la interacción sexo con la duración de la enfermedad

de la enfermedad:

t :	Estadístico t de Student para diferencias de medias
β :	Probabilidad de errores tipo II, falsos negativos
η_p^2 :	Eta cuadrado parcial
χ^2 :	Estadístico Chi cuadrado
X :	Valor absoluto de la variable
X^3 :	Notación para valor absoluto de la variable elevada al cubo
$1-\beta$:	Potencia estadística
$-1/X$:	Notación para el inverso negativo del valor absoluto de la variable
$-1/X^2$:	Notación para el inverso negativo del valor absoluto de la variable al cuadrado
Δ :	Cambio / incremento
$>$:	Mayor de
$<$:	Menor de
$\%$:	Tanto por cien.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos A: Tablas	409
Tabla A1: Estadísticos descriptivos de asimetría y curtosis de las variables psicosociales no transformadas en los grupos de la muestra	410
Tabla A2: Datos de asimetría y curtosis de las variables psicosociales antes y después de su transformación en los grupos de la muestra	412
Tabla A3: Correlaciones entre los factores protectores en el grupo de personas sin enfermedad crónica	413
Tabla A4: Correlaciones entre los factores de vulnerabilidad en el grupo HTAe .	414
Tabla A5: <i>Correlaciones</i> entre los factores de vulnerabilidad en el grupo ECV+HTA	415
Tabla A6: <i>Correlaciones</i> entre los factores de vulnerabilidad en el grupo ERC ..	416
Tabla A7: <i>Correlaciones</i> entre los factores de vulnerabilidad en el grupo de personas sin enfermedad crónica	417
Tabla A8: <i>Correlaciones</i> entre las estrategias de afrontamiento en el grupo HTAe	418
Tabla A9: <i>Correlaciones</i> entre las estrategias de afrontamiento en el grupo ECV+HTA	419
Tabla A10: <i>Correlaciones</i> entre las estrategias de afrontamiento en el grupo ERC	420
Tabla A11: <i>Correlaciones</i> entre las estrategias de afrontamiento en el grupo de personas sin enfermedad crónica	421
Tabla A12: <i>Correlaciones</i> entre las variables <i>de FA al</i> tratamiento en el grupo HTAe	422
Tabla A13: <i>Correlaciones</i> entre las variables <i>de FA al</i> tratamiento en el grupo ECV+HTA	422
Tabla A14: <i>Correlaciones</i> entre las variables <i>de FA al</i> tratamiento en el grupo	

ERC	423
Tabla A15: <i>Correlaciones</i> entre las variables de FA al tratamiento en el grupo de personas sin enfermedad crónica	423
Tabla A16: <i>Correlaciones</i> entre las variables calidad de vida en el grupo HTAe ...	424
Tabla A17: <i>Correlaciones</i> entre las variables calidad de vida en el grupo ECV+HTA	425
Tabla A18: <i>Correlaciones</i> entre las variables calidad de vida en el grupo ERC	426
Tabla A19: <i>Correlaciones</i> entre las variables calidad de vida en el grupo de personas sin enfermedad crónica	427
Tabla A20: Correlaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe	428
Tabla A21: Correlaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA	429
Tabla A22: Correlaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC	430
Tabla A23: Medias marginales estimadas obtenidas en aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada, control ira interiorizada, indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con HTAe	431
Tabla A24: Medias marginales estimadas obtenidas en aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada, control ira interiorizada, indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo	

percibido total en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA	432
Tabla A25: Medias marginales estimadas obtenidas en dificultad identificar sentimientos, dificultad describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza factor cognitivo, riesgo incontrolable, riesgo conocido/moderado y riesgo desconocido en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA	433
Tabla A26: Medias marginales estimadas obtenidas en aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada, control ira interiorizada, indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	434
Tabla A27: Medias marginales estimadas obtenidas en dificultad identificar sentimientos, dificultad describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza factor cognitivo, riesgo incontrolable, riesgo conocido/moderado y riesgo desconocido en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	435
Tabla A28: Medias marginales estimadas obtenidas en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con HTAe	436
Tabla A29: Medias marginales estimadas obtenidas en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad,	

controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA	437
Tabla A30: Medias marginales estimadas obtenidas en las estrategias de afrentamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC	438
Tabla A31: Correlaciones entre las variables calidad de vida y FA al tratamiento en el grupo de pacientes con con HTAe	439
Tabla A32: Correlaciones entre las variables calidad de vida y FA al tratamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA	440
Tabla A33: Correlaciones entre las variables calidad de vida y FA al tratamiento en el grupo de pacientes con ERC	441
Tabla A34: Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida total y falta de adherencia a elementos del tratamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con HTAe	442
Tabla A35: Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida total y falta de adherencia a elementos del tratamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA	443
Tabla A36: Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida total y falta de adherencia a elementos del tratamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ERC	444
Tabla A37: Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida física y la calidad de vida mental en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con HTAe ...	445

Tabla A38: Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida física y la calidad de vida mental en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ERC	445
Tabla A39: Predicción de calidad de vida total por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe	446
Tabla A40: Predicción de calidad de vida física por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe	447
Tabla A41: Predicción de calidad de vida mental por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe	448
Tabla A42: Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA ..	449
Tabla A43: Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA ..	450
Tabla A44: Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA	451
Tabla A45: Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC	452
Tabla A46: Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC	453
Tabla A47: Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC	454

Tabla A48: Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe	455
Tabla A49: Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA	462
Tabla A50: Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC	470
Anexos B: Documentos	478
Anexo B1: Acreditación y autorización de proyecto investigador por el Servicio Canario de Salud	479
Anexo B2: Cuadernillo de la fase inicial de test y escalas entregado a pacientes de los grupos con HTAe y ECV+HTA	480
Anexo B3: Escala de (ADH-HTAe) adaptada al grupo de enfermos respiratorios crónicos	500
Anexo B4: Escala de (ADH-HTAe) adaptada a personas sin enfermedad crónica	502
Anexo B5: Solicitud de permiso de uso de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)	504

I INTRODUCCIÓN

Capítulo 1. La Enfermedad Crónica

1.1.1 Preámbulo. El concepto de salud/enfermedad ha evolucionado mucho, entre otras causas porque la ciencia médica ha logrado grandes avances en el desarrollo de tratamientos efectivos, que han facilitado que el conjunto de enfermedades agudas haya perdido protagonismo. Ello ha comportado una baja o escasa morbi-mortalidad de las enfermedades agudas, una reducción en el gasto para el sistema sanitario y un aumento considerable de la esperanza de vida de la población dentro de la Unión Europea desde 1970 (Gobierno de Canarias, 2015; Olleros, 2009).

Al mismo tiempo, se ha generado un incremento de las tasas de mortalidad y morbilidad de otro conjunto de enfermedades denominadas crónicas. La mayoría de estas patologías presentan una alta morbi-mortalidad y un gran gasto sanitario, el cual alcanza hasta un 70% (Olleros, 2009). Durante el año 2012, según informe de situación mundial de las enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014a), este tipo de enfermedades ha sido responsable del 68% de la mortalidad a nivel mundial, y del 92% en España, según informe por países del mismo año (OMS, 2014b), estando causados un 40% de esos fallecimientos por las patologías que son objeto de estudio en la presente tesis, a saber: las enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, y las enfermedades respiratorias.

Con respecto a las patologías crónicas, también se han desarrollado tratamientos efectivos que solo logran, en algunos casos, controlar su evolución, obligando al paciente a tener que hacer frente a la enfermedad de por vida.

Además, dentro de las enfermedades crónicas entran en funcionamiento otros aspectos que implican, además de atender los elementos meramente físicos o biológicos de la salud, como por ejemplo la ausencia de enfermedad, contemplar también otros factores de índole

psicosocial que van a afectar a la salud o a la enfermedad, y que justifican así el que la salud englobe un estado de “bienestar a nivel físico, psíquico y social” (OMS, 2006).

La OMS define la enfermedad crónica como aquella que es de larga duración y progresión lenta. Pero esta definición puede abarcar desde una enfermedad insustancial, como una rinitis alérgica, a una enfermedad cardiovascular con mal pronóstico. De ahí que sea necesario profundizar más en este concepto de “enfermedad crónica”.

En este marco, la evidencia científica ha puesto de manifiesto una serie de elementos característicos o atributos básicos, los cuales deben estar en alguna medida presentes en la enfermedad para considerarla crónica, De Freitas y Rino (2007) concretan estos elementos en los siguientes: tener un carácter permanente, comportar una incapacidad residual, ser de larga duración, incurable, degenerativa, irreversible y recurrente, e implicar una dependencia constante a medicamentos.

Además, se han hecho visibles variables antecedentes y consecuentes que vienen a matizar esta definición de la enfermedad crónica. Dentro de los antecedentes se pueden apreciar, los estilos de vida no saludables, la edad avanzada, los factores psicosociales, ambientales y económicos, los factores hereditarios o congénitos y la falta de adherencia a los tratamientos. Y dentro de los consecuentes, el tratamiento prolongado, la afectación funcional, los cambios a nivel psicológico y social, y la modificación importante en los estilos de vida. En concreto, y siguiendo a Reyes, Garrido, Torres y Ortega (2010, p. 111) la enfermedad crónica supone cambios en “alimentación, horarios de las comidas, gasto, actividades compartidas, comunicación, y consecuencias para el paciente y la familia, y por tanto de adaptación y formas de afrontar la enfermedad”.

El tratamiento de la patología crónica dentro del sistema sanitario también ha evolucionado acorde a su evolución epistemológica, pasando de un abordaje centrado en patologías concretas, en función de su etiología u órgano afectado, a otro más sistémico,

centrado en el conjunto de órganos que intervienen en la función fisiológica afectada. Por ejemplo, en las ECVs (enfermedades cardiovasculares), el tratamiento ha dejado de estar centrado exclusivamente en el corazón, para pasar a incluir también la consideración global de todos los órganos o sistemas que de alguna manera intervienen en el funcionamiento óptimo del mismo. Esta transformación ha estimulado, además, que la acción terapéutica haya avanzado desde la indicación exclusivamente farmacológica a otra en la se engloba el abordaje del conjunto de factores o hábitos implicados.

De acuerdo con las propuestas internacionales, en los últimos años se está poniendo en marcha en el Sistema de Salud Español, y dentro de la Atención Primaria de Salud, un enfoque global de la cronicidad, definiendo así a la persona con enfermedad crónica como “paciente con varias patologías, incapacidad, merma en su autonomía y fragilidad clínica” (SEMI y semFYC, 2011, p. 32). En este documento, que supone un manuscrito de consenso entre la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), se definen el conjunto de características comunes de las patologías crónicas, así como su capacidad para agregarse unas a otras, potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes. Estas características son las siguientes: presentan una etiología múltiple y compleja, su aparición es gradual, silente y con pico de prevalencia en edades avanzadas. Son permanentes y comportan un deterioro gradual y progresivo, requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada. Son susceptibles de prevención, tienen un retraso en su aparición o, al menos, una instauración progresiva y lenta, y se manifiestan mediante la triada edad, comorbilidad y polimedicación.

Todo esto ha generado que la atención al paciente crónico, desde el Sistema Nacional de Salud, se esté reorganizando en una atención global de la cronicidad que, según este documento de consenso de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, incluya: una evaluación individualizada de la

complejidad y el riesgo; diferentes aspectos como la situación social, psicoafectiva, familiar y nutricional y el grado funcional; una actuación más centrada en evitar la progresión de las enfermedad; un tratamiento farmacológico integral con una valoración de la adecuación, la adherencia y conciliación terapéutica en los diferentes entornos asistenciales; y la implicación activa del paciente y su familia en la adherencia al tratamiento y en la implementación de unos cuidados que sean “autoadministrados”.

Este conjunto de directrices justifica la necesidad de conocer aquellos factores que pueden suponer, bien un riesgo o una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad crónica, o bien una mayor protección o amortiguación de la misma, destacando entre todos ellos los de carácter psicoafectivos y sociodemográficos. Además, se hace necesario clarificar cómo afecta todo esto a la funcionalidad del enfermo crónico, a su adherencia al régimen de tratamiento y a su calidad de vida, haciendo al mismo tiempo un análisis discriminativo según el tipo de enfermedad/es crónica/s que presente, teniendo en cuenta las diferencias que algunas de estas enfermedades han puesto de manifiesto (Okely y Gale, 2016).

1.1.2 Relevancia de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en la enfermedad crónica. Dos aspectos relevantes en cualquier enfermedad crónica de cara a definir y clarificar la atención sanitaria de estos enfermos son, por un lado, la adherencia al tratamiento, ya que su incumplimiento suele ser la causa de la progresión y recurrencia de la enfermedad; y, por otro, la calidad de vida, ya que ésta representa un indicador del mantenimiento de la funcionalidad del paciente y uno de los objetivos a conseguir a través del abordaje de la enfermedad.

De acuerdo con la OMS (2003), la adherencia al tratamiento se define como el grado en que el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, el cuidado de la dieta y la introducción de otros cambios en el estilo de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.

Aunque el documento de la OMS (2003) recoge la necesidad de la participación activa de la persona en el proceso de adherencia, este aspecto no queda explícitamente recogido en la definición que este Organismo da del término “adherencia”. Algunos autores, como Martín y Grau (2004), creen que la colaboración y la participación activa del paciente es necesaria para obtener mejores condiciones en el estado de salud, planteando así la adherencia como algo más que el simple cumplimiento pasivo de las indicaciones dadas por el profesional sanitario.

Hay que tener en cuenta también que el tratamiento de cualquier enfermedad crónica suelen ser multifactorial. Ello supone incluir, no solo la toma periódica de medicación que disminuya o controle la morbi-mortalidad asociada, si no, además, la instauración de ciertos hábitos que implican, la mayoría de las veces, la necesidad de llevar a cabo cambios conductuales y en el estilo de vida. Estos cambios suponen la modificación de determinados factores tradicionales que se ha demostrado que son de riesgo, y entre los que se encuentran, según la Organización de Naciones Unidas (ONU) (2011): la disminución del consumo de tabaco, el aumento y mantenimiento de la actividad física, la adopción de dietas con menos cantidad de grasas y mayor proporción de frutas y verduras, y la disminución en el consumo de alcohol.

Según el estudio de Gutiérrez-Fisac, Suárez, Neira y Regidor (2013), en el año 2012, en España el porcentaje de población obesa, de la que declaró estar inactiva en su tiempo libre, la que manifestó un consumo insuficiente de fruta y verdura, y la que se definió como fumadora y/o consumidora de más de 30 gr./día de alcohol, se situó entre 17% y 40% de la población.

Por otra parte se estima que entre un 20 y un 50% de los enfermos crónicos no cumple las indicaciones terapéuticas según un artículo de revisión realizado por Kripalani, Yao y Haynes (2007). En estudios realizados con población española, se ha encontrado que el

porcentaje de pacientes, mayores de 65 años y polimedicados, que muestran falta de adherencia farmacológica se sitúa en un 51% (Núñez et al., 2014), con las implicaciones que ello tiene para el tratamiento, las rehospitalizaciones y el aumento del gasto sanitario. Además resulta notable la importancia que en este ámbito adquieren los factores psicosociales, dado el destacado impacto que ejercen sobre la vulnerabilidad de estos pacientes (Martin y Thompson, 2000) y su asociación con niveles más bajos de adherencia (Huertas-Vieco et al., 2014).

En cuanto a calidad de vida, definida en el presente estudio como el grado en que el nivel de funcionamiento de la persona está afectado por su estado de salud (Ware y Sherbourne, 1992), existe una amplia evidencia acerca de cómo la existencia de una enfermedad crónica parece afectar a la funcionalidad del individuo, dadas las múltiples demandas de ajuste que aquella supone y que comportan un proceso continuo de adaptaciones y cambios en los estilos de vida, con un imponente impacto en los hábitos, actividades, etc. del paciente. Asimismo, un aspecto asociado a cualquier enfermedad crónica es la existencia de tratamiento farmacológico de por vida, el cual se ha vinculado con una peor funcionalidad (Theeke y Mallow, 2013).

Este deterioro se ha apreciado en patologías crónicas diferentes también a las que van a ser objeto de estudio en esta tesis (p. ej., Álvarez – Ude, 2001; Botija, Lizán, Gosalbes, Bonet y Fornos, 2007; Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007; Dunlop, Lyons, Manheim, Song y Chang, 2004; López et al., 2016).

Así por ejemplo, la enfermedad inflamatoria intestinal de Crohn ha demostrado estar asociada a un mayor número de síntomas y disminución del bienestar (Reigada et al., 2015). Se ha constatado también mayor estrés emocional en pacientes diabéticos (Beléndez, Lorente y Maderuelo, 2015); y, en pacientes en diálisis (enfermedad renal crónica) se ha apreciado una peor salud mental, afrontando la enfermedad, en algunos casos, de forma más

desadaptativa al emplear una mayor evitación (Ruiz de Alegría-Fernández, Basabe-Barañano y Saracho-Rotaeché, 2013).

Asimismo, el tipo de patología diagnosticada parece afectar más a unos aspectos de esta funcionalidad que a otros. Contreras et al. (2007) han evidenciado un deterioro global en insuficiencia renal crónica, si bien es posible mantener un buen funcionamiento social. Igualmente Okely y Gale (2016) han indicado que el grado de asociación entre el bienestar y el riesgo de enfermedad no es similar entre las diferentes enfermedades crónicas.

Los factores de riesgo tradicionales abordados en la adherencia a los tratamientos también parecen interactuar con la funcionalidad del paciente. Así, encontramos que la insatisfacción con la vida ha aparecido relacionada en enfermos crónicos con la obesidad y con comportamientos de salud adversos, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la inactividad física (Strine, Chapman, Balluz, Moriarty y Mokdad, 2008; Väättäinen et al., 2016). En esta línea, en pacientes diagnosticados de diabetes, el cumplimiento de la dieta específica para el control metabólico de esta enfermedad parece estar especialmente implicada con una peor calidad de vida percibida (Botija et al., 2007).

Este aspecto interactivo entre adherencia a los tratamientos y calidad de vida, potencia aún más la necesidad de considerar los aspectos psicosociales dentro de este tándem, por el impacto que dichos aspectos han mostrado tener sobre la funcionalidad y bienestar de los enfermos (Nascimento, de Almeida y Polanczyk, 2010).

1.1.3 Factores psicosociales y enfermedad crónica.

1.1.3.1 Factores psicosociales de protección. Considerando la complejidad y el riesgo que caracteriza a la enfermedad crónica, y de cara a optimizar y atender las necesidades de atención sanitaria del paciente crónico en general, se hace ineludible indagar sobre los posibles factores psicosociales de protección, que pueden favorecer un mejor ajuste a la enfermedad crónica, aumentando los niveles de adherencia al tratamiento y la calidad de

vida del paciente, considerando que estos factores podrían variar según sea el tipo de patología crónica padecida.

La evidencia científica ha puesto de manifiesto que determinados factores psicosociales podrían cumplir una función protectora, como es el caso de la aceptación, una variable cognitiva que parece estar presente en la adaptación a cualquier situación estresante a largo plazo, marco éste donde cabría incluir a la enfermedad crónica por sus características.

La aceptación se define como la capacidad cognitiva para disminuir el carácter aversivo de la enfermedad (Evers et al., 2001), punto éste que adquiere gran relevancia dado que existen elementos de la enfermedad crónica que son poco modificables, como ocurre con el hecho de tener que tomar medicamentos de por vida.

Evers y sus colaboradores definen dos aspectos cognitivos más, que serán objeto de abordaje en la presente tesis. Uno de ellos son los beneficios percibidos, es decir, la capacidad cognitiva para dar un significado positivo a la enfermedad, representando un elemento adaptativo o protector. El otro, supone en principio un mecanismo desadaptativo o de vulnerabilidad, ya que es la indefensión o la capacidad para enfatizar el carácter aversivo de la enfermedad.

Estas tres cogniciones, según los autores pueden estar condicionando la adaptación a la enfermedad y su progreso, con resultados que indican un carácter confiable y estable de estas reacciones cognitivas ante una enfermedad crónica.

En algunas patologías, como la diabetes mellitus, se ha constatado la presencia de bajos niveles de aceptación, si bien, dada las características del estudio, éstos parecían no estar relacionados directamente con la patología, ya que el 51% de la muestra presentaba también otras patologías crónicas (Besen y Esen, 2012).

Respecto de los beneficios percibidos como tal, esta variable ha sido aún poco investigada dentro de la enfermedad crónica. No obstante, la percepción de beneficios ante la

adversidad ha demostrado ser un predictor positivo de ajuste a la enfermedad en esclerosis múltiple (Affleck y Tennen, 1996; Pakenham y Cox, 2009).

Otro factor de protección que también vendría a tener una función beneficiosa, moduladora y amortiguadora en la enfermedad crónica, es la resiliencia (Quiceno y Vinaccia, 2011). La resiliencia se entiende como el conjunto de capacidades y/o habilidades y sus influencias (alta competencia personal, tenacidad, control, confianza en la intuición, tolerancia a los efectos negativos, fortaleza, aceptación positiva de los cambios, relaciones seguras y la influencia espiritual), que permiten una adaptación adecuada a situaciones de estrés (Connor y Davidson, 2003).

Se ha encontrado una fuerte correlación positiva entre la resiliencia y el bienestar en personas mayores de 60 años; así como diferencias entre personas sanas y las que padecían artritis reumatoide, presentando las primeras mayores niveles de resiliencia (Singh, Deshmukh, Ungratwar, Subramanyam y Kamath, 2014). Asimismo se ha sugerido que la resiliencia, entendida como fortaleza ante la enfermedad, favorece una mejor respuesta fisiológica en pacientes diabéticos (Pollock, Verran, Hoare, y Solomons, 1989).

Por otro lado, el control de la ira podría considerarse también como un factor protector frente a la experiencia y la expresión de la ira. La ira representa un estado emocional de enfado o irritación, que puede expresarse de forma interiorizada, mediante la supresión verbal o física de los sentimientos de enfado; o bien puede expresarse hacia el exterior, manifestándose abiertamente de forma verbal o física (Everson, Goldberg, Kaplan, Julkunen y Salonen, 1998). La ira se ha asociado con un mayor riesgo y complicaciones respecto de ciertas enfermedades crónicas.

En lo que al control de la ira concierne, algunos estudios han encontrado una correlación negativa entre la aceptación de la enfermedad y el control de la ira, además de menores niveles de control de ira en enfermedades relacionadas con el sistema nervioso que

en aquellas relacionadas con el sistema urinario, locomotor, o incluso la diabetes (Janowski, Kurpas, Kusz, Mroczek y Jedynak, 2014). Si bien este aspecto no ha podido ser claramente constatado en la enfermedad crónica en general, en las ECVs ha sido confirmado un claro efecto protector del control de ira (Kubzansky, Park, Peterson, Vokonas y Sparrow, 2011).

Janowski et al. (2014), en una muestra de pacientes con diversas patologías crónicas, de tipo locomotor, renal, respiratorio, cardiovascular y diabético, entre otras, evidenciaron una cierta relación, aunque débil, entre el control emocional, esto es, la supresión de las emociones negativas (ansiedad y depresión) y la aceptación de la enfermedad, si bien no encontraron diferencias significativas según el tipo de enfermedad en las emociones de ansiedad y de depresión.

En este ámbito tanto la resiliencia, o la fortaleza ante la enfermedad (Faria, Revoredo, Vilar y Chaves, 2014; Pollock et al., 1989) como la aceptación (Laws et al., 2012) han demostrado ejercer una influencia positiva en lo que a la adherencia a estos tratamientos se refiere.

En cuanto a la calidad de vida se ha constatado cómo el uso de estrategias asociadas con la resiliencia a la hora de afrontar la diabetes parece relacionada con una mayor calidad de vida y un mejor control metabólico (Farber, Schwartz, Schaper, Moonen y Mcdaniel, 2000; Jaser y White, 2011) y como la aceptación también se ha relacionado con mayores niveles de calidad de vida (Lewko et al., 2007).

1.1.3.2 Factores psicosociales de riesgo o vulnerabilidad. Como complemento al estudio de los factores de protección, resulta también importante definir qué factores psicosociales de riesgo o vulnerabilidad pueden estar teniendo un impacto negativo en el paciente, promoviendo un peor ajuste ante la enfermedad (Dunlop et al., 2004; Nascimento et al., 2010; Reigada et al., 2015).

En relación con la calidad de vida, además de hallarse diferencias según el tipo de patología diagnosticada (Lopez et al., 2016), se ha constatado que la depresión y la ansiedad representan dos problemas emocionales asociadas con una peor calidad de vida (Arenas et al., 2007) y con un mayor riesgo de mortalidad, asociado a la enfermedad crónica y a las conductas de riesgo. Así, Pratt, Druss, Manderscheid y Walker (2016) detectaron que los pacientes estadounidenses que manifestaban tener ansiedad y depresión, asociadas fundamentalmente con la presencia de enfermedad crónica, murieron 7.9 años antes que aquellos que no presentaban estas patologías.

La depresión ha aparecido relacionada, además de con una calidad de vida más baja en enfermos renales crónicos (Nascimento et al., 2010), con una mayor limitación funcional (Dunlop et al., 2004) y como principal predictor negativo de calidad de vida en enfermos renales crónicos (Perales-Montilla, García-León y Reyes-del Paso, 2012). La ansiedad parece estar presente también en otras enfermedades crónicas, y en personas jóvenes que tienen ya alguna enfermedad crónica (como la enfermedad inflamatoria intestinal de Crohn) relacionándose además con una mayor disminución del bienestar (Reigada et al., 2015).

Se han encontrado niveles elevados de ansiedad y depresión en otras enfermedades crónicas, como en la artritis reumatoide en enfermos con miastenia grave (Fisher, 2003), o con enfermedades digestivas crónicas (Zhang et al., 2016).

Strine, et al., en su estudio sobre la relación entre la satisfacción con la vida que se llevaba y calidad de vida percibida (funcionalidad) en la enfermedad crónica en general, encontraron, además de una asociación entre peor calidad de vida física y mental y no estar satisfecho con la vida, una asociación también inversa entre la satisfacción con la ansiedad y con la depresión.

La desesperanza es otro estado de ánimo que refleja unos sentimientos, una motivación y unas expectativas negativas sobre el futuro (Beck, Weissman, Lester y Trexler,

1974): La desesperanza ha sido muy estudiada en enfermedades crónicas oncológicas, apreciándose una asociación entre ésta y una peor funcionalidad del paciente y deseos apresurados de muerte (Breitbart et al., 2000), así como en enfermedades cardiovasculares, punto éste que se desarrollará con más profundidad en el apartado en el que se abordan los factores psicosociales de riesgo o vulnerabilidad en ECV (1.2.3.2).

En otras enfermedades crónicas, en las que la desesperanza ha sido poco ensayada (como por ejemplo en personas con diagnóstico por infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)), ha aparecido asociada con una peor funcionalidad (Swindells, Mohr, Justic, y Berman, 1999).

En cuanto a la ira y sus estilos de expresión, particularmente la ira interiorizada parece actuar diferencialmente, según las distintas patologías. Así, en enfermedades respiratorias crónicas puede afectar al ajuste diario de los pacientes, incrementando las limitaciones físicas y la cantidad de síntomas. En contraste, en los paciente con artritis reumatoide, no sólo no se ha observado que este tipo de ira sea más elevado, si no que, además, la expresión exteriorizada de la misma se mostró, en su caso, predictora de menos síntomas (Russell, Smith y Smyth, 2016).

La alexitimia, entendida como la dificultad para identificar y describir los sentimientos, junto con la presencia de un estilo cognitivo orientado externamente y poco centrado en el análisis psicológico de los mismos (Bagby, Parker y Taylor, 1994a), se ha asociado con diferentes resultados dependiendo del tipo de enfermedad crónica. De este modo los pacientes con fibromialgia han mostrado tener un mayor nivel de alexitimia que los pacientes con artritis reumatoide, incluso cuando se controlaba el nivel de depresión, asociándose la presencia del diagnóstico de fibromialgia con la dificultad para identificar sentimientos. Sin embargo, fueron la ira exteriorizada y la ansiedad las variables que

predijeron una mayor intensidad de los síntomas, como el dolor (Arancibia, Behar, Marín, Inzunza y Madrid, 2016).

Respecto a la indefensión, reconocida como la capacidad para enfatizar el carácter aversivo de la enfermedad, incluida dentro de los elementos cognitivos que Evers et al. (2001) señalan como elementos que interactúan en la adaptación la enfermedad, se ha encontrado que ésta parece provocar una peor funcionalidad en pacientes con artritis reumatoide, independientemente de que además se relacionara con la depresión y la distorsión cognitiva (Smith, Peck y Ward, 1990). En pacientes con dolor crónico, la indefensión también se ha relacionado con una mayor intensidad del dolor (Samwel, Kraaimaat, Evers y Crul, 2007).

En relación con el estado de ánimo negativo, parece asociarse a una peor adherencia a la toma de medicamentos (Leung, D., Bai, Leung, A., Liu, y Chi, 2015), presentando los pacientes con depresión, menores niveles de adherencia a los tratamientos Huertas-Vieco et al., 2014. La indefensión también se ha mostrado asociada a la falta de adherencia para la disminución del consumo de hidratos de carbono (dieta) en diabéticos (Uchenna, Ijeoma, Pauline, y Sylvester, 2010).

Asimismo, la alexitimia, la cual ha sido contemplada en algunas investigaciones como un indicador de una peor respuesta al tratamiento (Thorberg, Young, Sullivan y Lyvers, 2009), se ha relacionado con un mayor consumo de alcohol y tabaco, y con un peor mantenimiento de la abstinencia (Bulai y Enea, 2016; Loas, Fremaux, Otmani, Lecercle y Delahousse, 1997; Peters y Lumley, 2007).

1.1.3.3 Percepción de riesgo y estrategias de afrontamiento. Dos factores respecto de los cuales los datos no son del todo clarificadores sobre su participación como elementos protectores o de vulnerabilidad son la percepción de riesgo del paciente y las estrategias para afrontar la enfermedad que utiliza.

Respecto al riesgo percibido, la percepción de la enfermedad es un elemento cognitivo que forma parte del conjunto de factores que parecen modular la respuesta adaptativa de la persona a la enfermedad (Cameron y Leventhal, 2003, p. 84). Se ha constatado, por ejemplo, que mientras en algunas enfermedades crónicas, como la obesidad mórbida, el hecho de informar y educar a las personas sobre los riesgos y las medidas para evitarlos se asociaba, a largo plazo, con una menor duración de la enfermedad, menos consecuencias y estrés emocional, y más control personal en otras patologías, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Bonsaksen, Lerdal y Fagermoen, 2015). Estos resultados no han sido replicados.

La percepción del riesgo ha sido poco abordada en la enfermedad crónica en general, si bien ha sido muy estudiada en enfermedades oncológicas (Thong, Kaptein, Vissers, Vreugdenhil y van de Poll-Franse, 2016), en las que se ha evidenciado una cierta relación entre una mayor percepción negativa de las consecuencias (es decir, mayor percepción de riesgo) y emociones negativas (esto es, estar asustado, enfadado, alterado o deprimido) con una mayor mortalidad.

En las patologías cardiovasculares la percepción de riesgo ha sido abordado algo más (Koelewijn-van Loon et al., 2010). En esta tesis se abordará este constructo, entendiéndolo como la percepción del riesgo de llegar a presentar una enfermedad cardiovascular (Ammouri y Neuberger, 2008).

Las estrategias de afrontamiento pueden considerarse como las respuestas cognitivas o conductuales que da la persona para adaptarse o hacer frente a las situaciones estresantes que van más allá de los recursos personales. Las estrategias de afrontamiento se activan ante las discrepancias entre las expectativas personales y las demandas de la situación y actúan modificando los procesos valorativos que se hacen sobre los estresores (Lazarus y Folkman, 1986).

Desde los estudios iniciales de Lazarus, las estrategias de afrontamiento se han clasificado en: (a) el afrontamiento centrado en el problema, el cual incluye el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento y la búsqueda de apoyo social instrumental; y (b) el afrontamiento centrado en las emociones, el cual comprende la búsqueda de apoyo social emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, y el uso de la religión, y tres escalas que miden respuestas de afrontamiento, posiblemente menos utilizadas, como son el desahogo emocional, la desconexión emocional y la desconexión mental. Posteriormente Carver (1989) añadió el uso de drogas, alcohol y el humor.

Es Carver en 1989 quien hace evidente un tema, que había sido objeto de debate en relación con el afrontamiento, y el cual alude a la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento según sea su capacidad para permitir al individuo una mejor o peor adaptación a la situación estresante. A este respecto, Carver señala que, a partir de la evidencia científica previa, es posible asignarles un carácter adaptativo o funcional, o desadaptativo (disfuncional), según fuera su efecto sobre la situación a afrontar.

De esta manera, y según las intercorrelaciones entre las distintas estrategias, fueron distribuidas éstas como adaptativas, entre otras, el afrontamiento activo, la planificación, la supresión, el autocontrol, la reinterpretación positiva, y la búsqueda de apoyo instrumental y emocional. Y como desadaptativas: la negación, la desvinculación conductual, la desvinculación mental, la ventilación emocional, y el uso de drogas y alcohol. La religión como estrategia no queda contemplada.

De acuerdo con este enfoque, en la presente tesis hablaremos de estrategias adaptativas respecto de aquellas que hayan demostrado ser beneficiosas para la funcionalidad o calidad de vida del paciente, reduciendo su morbi-mortalidad y favoreciendo una mejor adherencia a los tratamientos y/o un mayor bienestar emocional. Se consideran entre ellas, el

afrontamiento activo, la planificación, el apoyo instrumental, el apoyo emocional, la reevaluación positiva, la aceptación, y la religión a pesar de que los autores de la escala la excluyeron de la clasificación, entendiéndola como una forma de apoyo en aspectos espirituales en línea a los efectos esperados del apoyo emocional o instrumental. Y desadaptativas, aquellas que hayan revelado ser perjudiciales para la funcionalidad o calidad de vida del paciente, aumentando su morbi-mortalidad y generando una peor adherencia a los tratamientos y/o un mayor malestar emocional. Se consideran la ventilación emocional, la negación, la autoinculpación, la desconexión conductual, el humor y la autodistracción como formas de desconectar mentalmente de la situación, evitando afrontarla.

Así, respecto a las enfermedades crónicas en general, las estrategias orientadas a la tarea se han mostrado adaptativas, relacionándose de manera positiva con el control emocional, a excepción del control de ira; y con una mejor salud mental (Contreras et al., 2007).

Entre las desadaptativas se encontrarían las de enfoque emocional o centrada en emociones, que se han asociado con peor calidad vida y eficacia, y predicen una peor aceptación de la enfermedad; y el afrontamiento pasivo, basado en la indefensión, la desesperanza y el fatalismo (Janowski et al., 2014; Kristofferzon, Lindqvist y Nilsson, 2011; Perales-Montilla et al., 2012).

El afrontamiento centrado en las emociones se ha relacionado con una peor calidad vida y auto eficacia (Kristofferzon et al., 2011), en comparación con el centrado en la solución de problemas, el cual se ha asociado con una mejor salud mental (Contreras et al., 2007).

1.1.4 Influencia de factores sociodemográficos y clínicos en las enfermedades crónicas. Por último, dentro de la enfermedad crónica, otros aspectos que pueden ser relevantes son los factores sociodemográficos y médicos, dado que también se asocian o

pueden interaccionar con los factores de protección y vulnerabilidad, con la adherencia a los tratamientos, la calidad de vida o con la propia enfermedad. Dentro de este tipo de factores sociodemográficos y clínicos, destacan la edad, el sexo, la comorbilidad, la cantidad de medicación diaria indicada o el número de años desde que la enfermedad fue diagnosticada (duración de la enfermedad).

En el caso del sexo, se ha apreciado que las mujeres con enfermedad crónica parecen utilizar más estrategias de afrontamiento emocional, referir peor calidad de vida que los hombres (Kristofferzon et al., 2011), y presentar mayores niveles de control de la ira (Janowski et al., 2014). Asimismo, dentro del ámbito de la enfermedad crónica, parece existir una asociación entre ser mujer y el uso de estrategias de afrontamiento como la auto-distracción, la reevaluación positiva, la ventilación y el apoyo en la religión, con una mejor calidad de vida en enfermedad renal crónica (Gemmell et al., 2016).

En el caso de los hombres se ha encontrado que parecen presentar más síntomas y mayor limitación funcional asociados con la presencia de ira interiorizada.

La edad también ha aparecido asociada a una peor calidad de vida, relacionándose el hecho de tener mayor edad con una peor funcionalidad (Väättäinen et al., 2016). En las personas con más de 70 años, la enfermedad crónica puede ser un predictor de depresión (Turvey, Schultz, Beglinger y Klein, 2009), si bien se ha encontrado una correlación positiva entre la edad y el control emocional, apreciándose un mayor nivel de control de la ansiedad, la depresión y la ira (Janowski et al., 2014) conforme mayor es la edad.

La comorbilidad o la intensidad y gravedad de la enfermedad, también parece producir un mayor grado de disfuncionalidad, siendo ésta mayor en personas con artritis reumatoide en las que, además, hay comorbilidad con otras patologías. La disfuncionalidad es mayor aún si esta comorbilidad coincide con la enfermedad cardíaca (Dunlop et al., 2004),

mayor comorbilidad que también se ha revelado asociada a peor calidad de vida en pacientes con diabetes (Álvarez – Ude, 2001).

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es el tiempo de contacto con la enfermedad desde el momento del diagnóstico. Por ejemplo, en el caso de la artritis, la duración de la enfermedad parece modular la funcionalidad o calidad de vida del paciente (Bernabe et al., 2015). En enfermos renales tiende a modular el efecto de la estrategia de afrontamiento de evitación, evidenciándose que si estaba presente al inicio de la diálisis ésta se relacionaba con un peor bienestar psicológico (afectividad negativa), pronosticando al año una peor calidad de vida mental. Este efecto no ocurría si la evitación se manifestaba a partir del sexto mes de inicio del tratamiento (Ruiz de Alegría-Fernández et al., 2013).

En la adherencia a los tratamientos, un factor clínico que parece afectarla es la cantidad de medicación diaria indicada, mostrando los pacientes polimedicados, generalmente con patología crónica asociada, niveles más elevados de falta de adherencia (Núñez et al., 2014).

Capítulo 2. La Enfermedad Cardiovascular

1.2.1 Introducción. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte a nivel mundial habiendo fallecido debido a ella 17,5 millones de personas en 2012, lo que supuso un 31% del total de muertes, según nota descriptiva de la OMS (2015). En España, en 2014, fallecieron por esta misma causa 123.380 individuos, un 31% sobre el total de la mortalidad, siendo además la ECV el principal motivo de hospitalización en personas con más de 70 años de edad (Banegas, Villar, Graciani y Rodríguez-Artalejo, 2006).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la ECV hace referencia a una serie de enfermedades que tienen que ver con el corazón y con el conjunto de vasos sanguíneos que forman parte del torrente circulatorio. Estas enfermedades pueden implicar, aparte de la lesión irreversible del corazón, problemas que van, desde los respiratorios, como los edemas pulmonares (acumulación de líquidos en pulmones) con su consiguiente dificultad para respirar, a renales, los cuales comportan una insuficiente capacidad del riñón para filtrar. Además, las enfermedades cardiovasculares (ECVs) pueden ocasionar desde complicaciones para la actividad física diaria hasta incluso la muerte.

Dentro de ellas se incluyen, por un lado, las enfermedades cardíacas o cardiopatías coronarias, que implican directamente al corazón y los vasos sanguíneos que lo irrigan. Dentro de las enfermedades cardíacas se encuentran, entre otras, las siguientes: (a) las cardiopatías isquémicas, las cuales afectan a los vasos que irrigan el músculo cardiaco, como el infarto agudo de miocardio (IAM). El IAM se origina al obstruirse algún vaso sanguíneo, que impide la llegada de la sangre a la zona, con la consiguiente muerte del músculo por falta de riego. Esta obstrucción suele producirse, fundamentalmente, por cúmulos de grasa que obstaculizan estas vías y que, en general, producen también una discapacidad del corazón para bombear adecuadamente la sangre. Esta anomalía en el bombeo de la sangre se denomina insuficiencia cardíaca, la cual puede ser originada por otras causas. Y (b) las

valvulopatías, que representan lesiones en los mecanismos que controlan el cierre y la apertura entre cavidades cardíacas, y de éstas con el exterior. Las valvulopatías pueden, entre otras causas, ser congénitas o producidas por infecciones por estreptococos.

Además de las cardiopatías coronarias, dentro de las ECV, se encuentran también el resto de enfermedades cardiovasculares no cardíacas, que afectan al sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares y venas) de todo el organismo.

En esta categoría se incluyen las enfermedades cerebrovasculares, que afectan a los vasos del cerebro y dentro de las cuales se incluyen: (a) los accidentes cerebrovasculares (ACV) similares a los IAM pero a nivel cerebral, que también pueden deberse a hemorragias y/o coágulos a ese nivel; (b) las arteriopatías periféricas (arterias de miembros superiores e inferiores); (c) las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares originadas por trombos/émbolos que se alojan en el pulmón tras desprenderse de vasos venosos periféricos y que, en el caso de que se alojen en el corazón, producen IAM; y (d) la hipertensión arterial, o aumento de la resistencia periférica de los vasos arteriales, lo que, al mismo tiempo, constituye un factor de riesgo para las otras ECVs y presenta unas características específicas que le confiere entidad propia.

Las ECVs son consideradas, en general, como un problema de salud crónico por dos razones: en primer lugar, porque la mayoría de las lesiones que se producen son irreversibles; y en segundo lugar, porque requieren con independencia de que se puedan mejorar parcialmente, una serie de cuidados y tratamientos de por vida que incluyen la evitación o vigilancia de una serie de factores de riesgo. Por este motivo, las ECVs han sido incluidas por la ONU (2011) dentro de la categoría de enfermedades que requieren especial atención.

Los principales factores de riesgo, cuya combinación puede originar la mayoría de ECVs, sobre todo los sucesos agudos (IAM y ACV), suponen entre otros, llevar una dieta inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Estos

factores, a su vez, pueden manifestarse en otras patologías que también implican riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, la hiperglucemia, la hiperlipidemia, el sobrepeso o la obesidad.

1.2.2 Adherencia al tratamiento y calidad de vida en la ECV. El tratamiento en las ECVs consiste en la toma sistemática de medicamentos, entre ellos, generalmente, algún antiagregante o anticoagulante, y en llevar a cabo cambios importantes en el estilo de vida y en otros factores de riesgo (es decir, dieta, ejercicio, tabaco y/o alcohol, y niveles de TA). En ciertas patologías cardiovasculares moderadas o graves, según recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología, es preciso reducir también la actividad física intensa y, en cualquier caso, si la actividad física produce cansancio o dificultad respiratoria, descansar frecuentemente (Boraita et al., 2010), además de manejar determinados estados emocionales negativos que pueden agravar la enfermedad.

La adherencia a los tratamientos de los enfermos cardiovasculares en general adquiere gran relevancia, teniendo en cuenta la constatada baja o moderada adherencia a los tratamientos en las enfermedades cardíacas en general, lo cual supone graves consecuencias como las rehospitalizaciones, la ocurrencia de un posterior infarto de miocardio y el aumento de la mortalidad (Gehi, Ali, Na y Whooley, 2007; Ho et al., 2009; Jackevicius, Li y Tu, 2008; Sokol, Mcguigan, Verbrugge y Epstein, 2005).

Además, parece haber diferencias según el tipo de ECV. Así, en el caso de las insuficiencias cardíacas, suele haber una adherencia moderada respecto a la toma de medicamentos, siendo más baja la adherencia a los cambios en estilos de vida (Ruppar, Delgado y Temple, 2015); mientras que en el síndrome coronario agudo la adherencia al conjunto de elementos del tratamiento suele ser, en general, baja (Jackevicius, Mamdani y Tu, 2002).

En el caso de la ECV no cardíaca, y en concreto en el accidente cerebrovascular (ACV), también se han constatado bajos niveles de adherencia tanto en hombres como en mujeres (Khan, Yun, Humphries y Kapral, 2010). En población clínica, en pacientes con accidente cerebrovascular ya establecido, la baja adherencia aparece como predictor de mayor mortalidad (Khan, et al., 2010). Esta falta de adherencia se halla además incrementada si el ACV, como ocurre de forma generalizada, está asociado con estrés después del incidente (Kronish, Edmondson, Goldfinger, Fei y Horowitz, 2012).

Una adecuada adherencia a determinados elementos del tratamiento, como el seguimiento de la dieta que se aconseja para el control de sujetos diagnosticados de HTA (evitando alimentos ricos en sal, la ingesta excesiva de grasas y la introducción de alimentos ricos en potasio y fibra, etc.), resulta también importante puesto que se asocia con una reducción del riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria o cerebrovascular (Fung et al., 2008).

En esta línea, y respecto a otros factores de riesgo, como la inactividad, dejar de fumar o llevar una dieta no saludable, se ha encontrado que una baja adherencia a una dieta mediterránea parece estar asociada a mayor riesgo de ictus cuando éste es isquémico (obstrucción de un vaso), pero no cuando éste es hemorrágico (por rotura de un vaso), no estando esta última patología incluida dentro de las ECV (Tsvigoulis et al., 2015). Por otro lado, una mejora en la adherencia respecto de los factores de riesgo mencionados disminuye el riesgo de sufrir estos ictus (Stampfer, Hu, Manson, Rimm y Willett, 2000).

Asimismo, se ha observado que si ser fumador predecía una menor capacidad para realizar cambios en el estilo de vida en pacientes en rehabilitación (Mildestvedt y Meland, 2007), en mujeres fumadoras que presentaban niveles elevados de presión arterial sistólica, se producían más eventos cardíacos (IAM) con mayores efectos adversos (Sun et al., 2010).

La cantidad de medicación también parece asociarse a adherencia a los tratamientos, poniéndose de manifiesto peor adherencia con el incremento de número de medicamentos diarios pautados (Kulkarni, Alexander, Lytle, Heiss y Peterson, 2006).

En cuanto a la calidad de vida, en pacientes cardíacos se ha encontrado una peor calidad de vida, tanto en comparación con la población general como en pacientes que presentaban otras patologías crónicas (Comín-Colet et al., 2016). Esta peor calidad de vida está relacionada también con una peor adherencia (Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo y Kravitz, 1992).

1.2.3 Factores psicosociales y enfermedad cardiovascular.

1.2.3.1 Factores psicosociales de protección. En las ECVs en general, el papel de los factores de protección ha sido poco estudiado, si bien en la actualidad está recibiendo una mayor atención por parte de la investigación científica.

En lo que respecta a las enfermedades cardíacas se ha observado que en los programas de rehabilitación, la variable de aceptación entendida como el “compromiso con la actividad” parece ser un buen predictor de un mejor estado emocional y una menor depresión (Guck, Kinney, Anazia y Williams, 2012). En esta línea Valls y Rueda, 2013, encontraron una asociación positiva y significativa entre la estabilidad emocional en enfermos cardiovasculares y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la aceptación y reevaluación positiva. Asimismo, la sensación de impotencia, vivida en forma de angustia percibida durante un infarto, parece asociarse a un mejor pronóstico del mismo (von Känel, Hari, Schmid, Saner y Begré, 2011).

En el caso de la isquemia coronaria, hay datos que corroboran su asociación con altos niveles de resiliencia (Martins, William y Campos, 2016), poniendo de manifiesto algunas investigaciones que la resiliencia se relaciona con una mejor recuperación después de la rehabilitación (Chan, Lai y Wong, 2006), sugiriendo estos datos, tal vez, la necesidad del

paciente infartado de mostrarse fuerte ante la situación de enfermedad grave y del uso psicológico de estas variables (en principio protectoras) como defensas ante malestar psicológico generado por la enfermedad. En otros estudios, realizados con pacientes con insuficiencia cardíaca, la resiliencia aparece como un factor mediador en la recuperación psicológica del malestar, estando relacionado dicho malestar con la depresión asociada (Liu, Chang, Wu y Tsai, 2015).

De igual manera, en pacientes que han tenido un IAM, la resiliencia se ha asociado con una mejora en componentes fisiológicos de la enfermedad (Arrebola et al., 2014). Estos autores midieron la resiliencia y marcadores fisiológicos de gravedad y de respuesta inflamatoria. Los resultados de este estudio mostraron que la autoeficacia, un componente de la resiliencia, estaba relacionada negativamente con los niveles sanguíneos de la mioglobina y la troponina, siendo un nivel alto de estas sustancias un indicador de mayor gravedad después del evento coronario agudo. En resumen, a mayor resiliencia parece existir una menor gravedad fisiológica asociada, pudiendo estar mediada esta relación, según estos resultados, por una menor respuesta inmunitaria, como es un recuento de glóbulos blancos más bajo (Arrebola et al., 2014).

En cuanto al control de la ira, existe poca evidencia sobre su intervención como elemento protector. Algún estudio ha evidenciado que el control de ira se asociaba con una disminución del riesgo de IAM (Izawa et al., 2011). De esta forma, altos niveles del mismo se relacionaban con un menor riesgo de incidente cardiovascular (Haukkala, Kontinen, Laatikainen, Kawachi y Uutela, 2010). También se ha hallado que el control emocional en general o auto-regulación parece proteger a hombres de edad avanzada, disminuyendo en un 20% el riesgo de presentar angina más IAM, o morir por enfermedad cardiovascular (Kubzansky et al., 2011).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento y su posible intervención como factores de protección en pacientes con ECV cardíaca, se ha hallado que las que parecen ser más adaptativas son las estrategias de negación y evitación en las fases iniciales de la enfermedad; y el afrontamiento del problema, junto con la aceptación y la reevaluación positiva en las fases tardías de ésta (Buetow, Goodyear-Smith y Coster, 2001; Valls y Rueda, 2013; Van Elderen, Maes y Dusseldorp, 1999). Así, en el estudio de Buetow et al. (2001) se observó que la mayoría de los pacientes, los cuales presentaban fallo cardiaco, usaban la negación como estrategia para mejorar la tensión emocional y aumentar la esperanza. Los autores de esta investigación señalaron la conveniencia del uso de esta estrategia de afrontamiento pudiendo ser empleada positivamente para el manejo de su estado emocional.

De igual modo, se ha encontrado una asociación positiva entre la estrategia de evitación, cuando ésta se emplea en las fases de iniciales de la enfermedad, esto es, durante el primer mes tras el diagnóstico y el bienestar, así como una relación negativa con ansiedad. Esta evidencia le confiere a este tipo de estrategia un carácter protector solo en las primeras fases de la enfermedad, ya que su relación con bienestar no se mantiene de forma longitudinal (Van Elderen et al., 1999).

En cuanto a las estrategias centradas en el problema, las cuales han demostrado asociarse con un mayor bienestar longitudinalmente, en las mediciones realizadas al mes, a los tres y a los doce meses después del evento cardiaco, se han relacionado, sin embargo, de forma negativa con el bienestar y con un mayor grado de ansiedad y depresión. Estos resultados señalan que su carácter protector solo parecía ocurrir en las fases posteriores de la enfermedad (Van Elderen et al., 1999).

El optimismo disposicional, definido por Scheier y Carver (1985) como una medida de optimismo global es una característica de personalidad estable con importantes implicaciones sobre la forma en que las personas regulan sus acciones respecto a la salud.

Este constructo estaría en la línea de “aceptación positiva de los cambios” elemento característico de la resiliencia.

En pacientes intervenidos de cirugía arterio-coronaria, el optimismo ha demostrado favorecer su recuperación y calidad de vida, asociándose a distintos factores según las fases. En la etapa preoperatoria, se relacionó positivamente con el afrontamiento centrado en el problema y negativamente con la negación, la hostilidad y la depresión; durante la hospitalización, se asoció con una recuperación física más alta; y, al cabo de seis meses, con una mayor rapidez a la hora de incorporarse a las actividades normales y con una mejor calidad de vida. El pesimismo, en cambio, se asoció con mayor sintomatología y atención en las emociones, sobre todo en la fase postquirúrgicas (Scheier et al., 1989).

En lo que adherencia al tratamiento se refiere en ECVs no hipertensivas, hay pocos estudios acerca de los factores que, en principio, pueden resultar protectores.

Los beneficios percibidos parecen influir en cómo el paciente se enfrenta a los tratamientos, y, en este sentido, hay datos acerca de cómo las creencias sobre el tratamiento se asocian a mejor adherencia (Van Der Wal, 2006). Así, las creencias sobre los efectos adversos de la medicación, o bajo beneficio percibido, se han relacionado con una baja adherencia a los tratamientos (Bane, Hughes y McElnay, 2006).

En cuanto a la percepción del riesgo, se ha encontrado que su papel como factor protector no está del todo claro. Por una parte, porque los pacientes parecen tener tendencia a sobreestimar el riesgo (Frijling et al., 2004) y por otro, porque los resultados son contradictorios. En algún estudio la percepción de riesgo no ha aparecido asociado con la adherencia (Koelewijn-van Loon et al., 2010), mientras que en otros se ha constatado dicha relación. Además, este incremento en la adherencia al tratamiento parece estar modulada por otros factores, como por las características del mensaje de riesgo comunicado por parte del sanitario. Así, en la investigación realizada por Frileux, Muñoz, Mullet y Clay, (2004) se

encontró que todas las partes del mensaje en los que se comunicaba el riesgo, actuaban independientemente de su percepción. Así, ésta será mayor cuando la probabilidad de ocurrencia, la percepción de control o la gravedad del suceso sean mayores (mayor ante un IAM, que ante una angina), y cuando el periodo esperado de ocurrencia sea menor, también la percepción de riesgo será mayor. Los resultados, de esta manera, proponen una interacción entre el horizonte temporal de ocurrencia del hecho (probabilidad o número de años previstos de ocurrencia de un proceso vascular agudo que se le indica al paciente, de acuerdo a sus hábitos: sobrepeso, tabaco, dislipemias, entre otros) y la edad de éste, proponiendo diferencias, según el riesgo probable de que ocurra un suceso de este tipo, con los hábitos que se tienen sea a corto plazo (5 años) o a largo plazo (20 años); y la edad del paciente, mayor (60-80 años) o joven (20-30 años). Los pacientes mayores (entre 60 y 80 años) a las que se les comunicó un riesgo alto a corto plazo, presentaron una gran intención de adoptar comportamientos saludables respecto a la toma de medicación, la dieta o el ejercicio, mientras que en individuos jóvenes, a los que se les comunicó un riesgo alto, lo hicieron cuando el riesgo que se comunicó implicaba un plazo largo.

En resumen, una muestra de personas sin ECV no hipertensivas, aquellas que tenían entre 60 y 80 años de edad, y en las que se había diagnosticado HTA e hipercolesterolemia, se encontró una mayor intención de adoptar un comportamiento adherente preventivo cuando se les indicaba una probabilidad de contraer una enfermedad cardíaca en un periodo corto de tiempo (5 años); mientras que las personas más jóvenes, entre 20 y 30 años, sin ECV ni HTA informaron de una mayor intención de adoptar un comportamiento preventivo cuando el periodo de posible ocurrencia de la enfermedad era más largo (20 años).

En relación con las estrategias de afrontamiento, hay datos que apoyan que la reevaluación positiva y el afrontamiento activo se asocian con la práctica frecuente de ejercicio moderado (Bennett, Lowe, Mayfield y Morgan, 1999).

Por otro lado, a la hora de considerar la relación que puede haber entre los factores de protección y la calidad de vida en pacientes con ECV, las investigaciones han puesto de manifiesto que la aceptación resultaba ser un predictor positivo de calidad de vida en pacientes con patología cardíaca (Karademas y Hondronikola, 2010; Obiegło, Uchmanowicz, Wlekklik, Jankowska-Polańska y Kuśmierz, 2016). De igual modo, la resiliencia en enfermos coronarios se ha conectado con un mejor estado físico y mental (Chan et al., 2006), y una mejor calidad de vida global (Malik y Afzal, 2015).

Koelewijn-van Loon et al., 2010, a pesar de no encontrar relacionado el riesgo percibido con la adherencia, observaron una asociación del mismo con la disminución de los niveles de ansiedad del grupo de pacientes hipertensos sobre los que se intervino, en contraste con el grupo control de no enfermos.

1.2.3.2 Factores psicosociales de riesgo o vulnerabilidad. En relación con los factores de vulnerabilidad y la ECV, en general, los resultados muestran un cierto grado de inconsistencia, sobre todo con respecto a la vulnerabilidad que parece generar algunos aspectos emocionales, según sea el tipo de ECV diagnosticada.

Así, por un lado, respecto a la enfermedad cardíaca y la depresión, un gran volumen de estudios ha confirmado que ambas parecen estar fuertemente asociadas, ejerciendo la depresión un destacado papel sobre el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas (Frasure-Smith y Lespérance 2005; Katon y Ciechanowski, 2002; Jacka et al., 2007; Majed et al., 2012; Martin y Thompson, 2000; Nicholson, Fuhrer y Marmot, 2005). Además, parece predecir una peor recuperación tras el diagnóstico, y una mayor comorbilidad y mortalidad en personas diagnosticadas con patología cardíaca (Barefoot et al., 1996; Blumenthal et al., 2003; Denollet, 1997; Herrmann, Brand-Driehorst, Buss y Rüger, 2000; Hippisley-Cox, Fielding y Pringle, 1998; Ketterer et al., 2004; Lespérance y Frasure-Smith, 2000; Melamed, Heruti, Shiloh, Zeidan y David, 1999; Purebl, Birkás, Csoboth, Szumska y Kopp, 2006).

El estudio de la depresión en pacientes con ECV no cardíaca ha sido menor, si bien hay evidencia que manifiesta que la depresión parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de accidentes cerebrovasculares (May et al., 2002), incluso controlando otras enfermedades o factores de riesgo cardíacos, como la diabetes, la hipertensión y el consumo de tabaco (Larson, Owens, Ford y Eaton, 2001). Asimismo, en personas con enfermedad cerebrovascular y depresión asociada, se han encontrado bajos niveles de mejoría en su funcionalidad (Sinyor et al., 1986).

En otras investigaciones, por el contrario, no se ha encontrado relación alguna de la depresión con patologías como la arteriosclerosis carotídea (Whipple et al., 2009).

La desesperanza, por su parte, además de asociarse cuando sus niveles son moderados o altos con un mayor riesgo de enfermedad cardíaca isquémica (Anda et al., 1993; Everson et al., 1996), se ha mostrado predictora positiva de IAM (Everson et al., 1996) y de un progreso más rápido en la enfermedad (Everson, Kaplan, Goldberg, Salonen, R. y Salonen, J.T., 1997). Igualmente, en el estudio de Whipple et al. (2009) se apreció una puntuación elevada de desesperanza en los pacientes que tenían arterioesclerosis, incluso controlando el efecto de la edad y de otros factores de riesgo.

En el caso de la ansiedad, a pesar de su impacto negativo sobre las ECV cardíacas (Martín y Thompson, 2000) y su asociación con un peor ajuste psicológico (Montero, Rueda y Bermúdez, 2012), los datos obtenidos en cuanto a su capacidad para predecir la morbimortalidad en enfermedad cardíaca son contradictorios. Mientras algunos trabajos señalan que la ansiedad es predictora de una mayor morbimortalidad (p. ej., Ketterer et al., 2004; Kubzansky, Davidson, y Rozanski, 2005; Nicholson et al., 2005), otros no han encontrado un valor predictivo de la ansiedad sobre la mortalidad por ECVs, a pesar de que en esos mismos estudios la depresión sí mostró predecir de manera positiva la mortalidad (p. ej., Herrmann et al., 2000; Hippisley-Cox et al., 1998).

Con respecto a otras ECVs no cardíacas, como los accidentes cerebro vasculares, algún estudio ha demostrado que la ansiedad era predictora del desarrollo de ictus, incluso controlando otros factores de riesgo (Lambiase, Kubzansky y Thurston, 2014).

En cuanto a la ira, aparece como un factor de riesgo para la enfermedad coronaria tanto en población general como población clínica (Chida y Steptoe, 2009; Consedine, Magai y Chin, 2004), asociándose este riesgo con la intensidad de la ira. Así por ejemplo, en el caso de los IAM, se ha encontrado que el riesgo de tener un IAM es dos veces mayor después de una explosión de ira (Mostofsky, Maclure, Tofler, Muller y Mittleman, 2013).

Otros investigadores consideran que este riesgo cardiovascular se relacionaría más con la rumiación de la ira, o en el hecho de pensar de forma persistente en los sentimientos de ira (Davidson y Mostofsky, 2010), lo cual estaría reflejando la manifestación de la ira interiorizada. En este sentido, la expresión de la ira interiorizada también se ha encontrado positivamente relacionada con la presencia de trastornos coronarios (Fernández-Abascal y Martin, 1994), además de actuar como un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedad coronaria (Denollet, Gidron, Vrints y Conraads, 2010).

De igual modo, en la ECV no cardíaca, y en particular en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, se han encontrado niveles altos de ira interiorizada (Everson-Rose et al., 2014), además de relacionarse esta emoción con un aumento del riesgo de sufrir un ictus (Matsumoto et al., 1993). Asimismo, la ira interiorizada parece relacionarse con otros factores de riesgo, como niveles elevados de colesterol (Williams, Nieto, Sanford, Couper y Tyroler, 2002) y con una mayor probabilidad de presentar arterioesclerosis carotídea (Anderson, Metter, Hougaku y Najjar, 2006).

Respecto a la alexitimia, si bien los datos respecto a su asociación con la enfermedad cardiovascular en general, tanto cardíacas como no cardíacas son escasos, en el caso de las patologías no cardíacas, se ha encontrado una relación significativa de la alexitimia con la

arterioesclerosis carotídea (Grabe et al., 2010). En cuanto a su impacto sobre las enfermedades cardíacas, y en particular sobre el IAM, hay estudios en los que se ha hallado que la disminución de los niveles de alexitimia se asociaba con un mejor curso clínico en los pacientes, disminuyendo el número de reinfartaciones o rehospitalizaciones (Beresnevaite, 2000).

Otras investigaciones han evidenciado su posible actuación como mecanismo que podría estar actuando sobre el riesgo cardiovascular, a través del mantenimiento de un estilo de vida poco saludable (Rueda y Pérez-García, 2007). En este sentido, Helmers y Mente (1999) hallaron en una muestra de jóvenes entre 18 y 45 años que la alexitimia se asociaba con un consumo nutricional más pobre, con el sedentarismo y con un mayor consumo de drogas y alcohol. La realización de conductas poco saludables en personas alexitímicas también podría asociarse con su mortalidad prematura (Kauhanen, Kaplan, Cohen, Julkunen y Salonen, 1996).

No obstante, los estudios revisados (Rueda y Pérez-García, 2007; Valkamo et al., 2001) han constatado que la alexitimia parece no guardar relación directa con la presencia de factores de riesgo biológicos, ni en población sana ni en población con patología cardíaca.

En lo que respecta al riesgo percibido o conocimiento sobre factores de riesgo en ECV no cardíaca, como el ictus, no se ha evidenciado ninguna relación significativa con otros factores de vulnerabilidad (Everson-Rose et al., 2014). Sin embargo, en el caso de la indefensión que aparece ante la ocurrencia de un suceso agudo cardíaco, sí se ha observado que había niveles elevados y previos de depresión, los que podría predecir positivamente la presencia de la indefensión ante el accidente cardíaco (Boyer et al., 2013).

En cuanto al posible papel desadaptativo de determinadas estrategias de afrontamiento y, por lo tanto, como factores de vulnerabilidad en ECVs cardíacas, se ha encontrado en pacientes con IAM, una asociación positiva de la ansiedad con estrategias de afrontamiento

centradas en el problema, en concreto con la planificación y también dirigidas a la emoción, como la distracción, el apoyo emocional, la desconexión conductual y la ventilación emocional, mostrándose la planificación y la ventilación emocional como predictores positivos de mayores niveles de ansiedad.

En otros estudios, se ha apreciado que los pacientes con reingresos por cardiopatía isquémica utilizaban más las estrategias de búsqueda de apoyo social y hacían un menor uso de estrategias dirigidas a la aceptación (Stewart, Hirth, Klassen, Makrides y Wolf, 1997).

La depresión, por su parte, se ha relacionado de forma positiva con estrategias centradas en la emoción, en particular con la negación, la ventilación emocional y la desconexión conductual, siendo predictoras de mayor depresión el uso de la negación y la desconexión conductual (Bennett et al., 1999). En pacientes que habían sufrido un ictus y presentaban también depresión, la presencia de un peor ajuste funcional se relacionaba con un nivel más bajo de estrategias de acción conductual, como el afrontamiento activo, y racionales cognitivas como la reevaluación positiva (Sinyor et al., 1986).

Con respecto a la influencia de los factores de vulnerabilidad sobre la adherencia a los tratamientos de los enfermos cardiovasculares, la depresión ha demostrado estar asociada a una peor adherencia a los tratamientos en ECVs (Bane et al., 2006; Carney, Freedland, Eisen, Rich y Jaffe, 1995; Gehi, Haas, Pipkin y Whooley, 2005).

Tanto la depresión como la ansiedad parecen asociarse con estilos de vida poco saludables (Bonnet et al., 2005) y con menores niveles de adherencia a las indicaciones para mejorarlos (Pająk et al., 2013). Así, la depresión y la desesperanza en población general tienden a ser los estados emocionales más comunes en personas fumadoras y con elevada inactividad física (Anda et al., 1993). De igual modo, se ha sugerido que la alexitimia podría influir, a través de hábitos comportamentales nocivos, a llevar una peor adherencia ante

pautas del tratamiento no relacionadas con medicamentos en la ECV en general (Peters y Lumley, 2007; Rueda y Pérez-García, 2007).

Considerando las estrategias de afrontamiento y su posible efecto negativo sobre hábitos de salud nocivos, en el trabajo de Bennett et al. (1999) se halló que el consumo de tabaco y alcohol se asociaron de forma positiva con la ventilación emocional. El consumo de tabaco también se asoció positivamente con el afrontamiento activo y con el hecho de no buscar apoyo social; mientras que el consumo de alcohol se relacionó positivamente con la distracción, y la reevaluación positiva. La práctica frecuente de ejercicio moderado se asoció negativamente con la desconexión conductual. Asimismo, se mostraron predictores positivos del consumo alcohol, la ventilación emocional y la reevaluación positiva; mientras que la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo emocional fueron, respectivamente, predictores negativos de practicar ejercicio moderado y de consumir frecuentemente tabaco.

En relación con la asociación de los factores de vulnerabilidad y la calidad de vida en pacientes con ECV, la depresión y la indefensión se han mostrado como determinantes de una peor calidad de vida en la cardiopatía isquémica (Karademas y Hondronikola, 2010; Nascimento et al., 2010). En el caso de las enfermedades cardiovasculares no cardíacas (como el ictus) la presencia de depresión, ansiedad y dependencia funcional también se han mostrado asociadas a peor calidad de vida en los pacientes, incluso cuando la ansiedad y la depresión tenían una baja prevalencia en la muestra de estudio (Raju, Sarma y Pandian, 2010; Sprigg et al., 2013). La depresión ha demostrado también contribuir por sí misma a un peor ajuste físico funcional en pacientes con ECV no cardíaca, como el ictus (Sinyor et al. 1986).

De igual modo, el agotamiento vital, estado que podría estar indicando bajos niveles de resiliencia o fortaleza ante la enfermedad, ha aparecido vinculado con un peor ajuste psicológico en la enfermedad cardíaca (Montero et al., 2012).

La alexitimia, además de mostrarse asociada a mayores niveles de ansiedad y depresión, ha aparecido también como predictora positiva de una peor calidad de vida (Khayyam, Neshat, Yousefy, Manshaee y Sadeghei, 2014).

La alexitimia también parece relacionarse con un estado de salud cardiovascular más pobre, si bien esta relación parece vinculada a su asociación con otras emociones. En particular, con respecto a la ira, se ha observado que la asociación de la alexitimia con el enfado suprimido y la rumiación podría explicar el mantenimiento de un estilo de vida menos saludable en pacientes con ECVs (Rueda y Pérez-García, 2007).

Finalmente, determinadas estrategias desadaptativas de afrontamientos, como el desenganche mental, la ventilación emocional y la culpa, parecen estar asociada con una calidad de vida más baja en pacientes con ECV (Valls y Rueda, 2013).

1.2.4 Factores sociodemográficos y clínicos en la ECV.

1.2.4.1 Influencia del sexo. Dentro de los factores sociodemográficos, uno de los más abordados, por su constatado efecto en la evolución de la enfermedad cardiovascular y por su impacto sobre el curso y el ajuste ante la misma (Czajkowski, 1998; Grace et al., 2005; Rueda y Pérez-García, 2006), es el sexo.

En las ECVs en general se da la singularidad de que la probabilidad de muerte, distribuida por grupos de edad, es superior en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, las tasas globales de mortalidad son superiores en las mujeres (Banegas et al., 2006). Ello es debido, por un lado, al mayor riesgo cardiovascular de los hombres, y por otro, a que la ECV es mucho más frecuente en edades avanzadas, estrato éste donde la proporción de mujeres es superior a la de los hombres. Es decir, se mueren más mujeres por ECVs con edad avanzada, a pesar de que existe un riesgo mayor en los hombres (Kettani et al., 2009), quienes, a su vez, mueren más jóvenes por estas patologías.

Hay autores que también sugieren una interacción entre el sexo y determinadas emociones en cuanto a la distribución del riesgo a desarrollar una enfermedad coronaria, mostrando, según sus hallazgos, que la ira parece predecir la enfermedad coronaria en hombres mientras que la ansiedad lo hace en las mujeres (Consedine et al., 2004).

En lo que respecta a sexo y a la calidad de vida en la enfermedad cardíaca, se ha constatado que el ajuste físico y psicológico en las mujeres es peor (Comín-Colet et al., 2016; Brink, Karlson y Hallberg, 2002; Wiklund et al., 1993), además de presentar un estado de ánimo más negativo y un agravamiento en su patología cardíaca (Mehta et al., 2008).

Así, en las mujeres que han sufrido un infarto de miocardio se constata una mayor alteración del estado de ánimo, especialmente en lo que a la sintomatología y/o trastorno depresivo se refiere, puntuando significativamente más alto en agotamiento vital, ansiedad y depresión, y presentando una autoestima más baja (Montero et al., 2012); además de un mayor grado de vulnerabilidad psicológica (Conn, Taylor y Wiman, 1991; Czajkowski, 1998; Guiry, Conroy, Hickey y Mulcahy, 1987; Mendes de León et al., 2001; Moser et al., 2003).

En pacientes intervenidos de cirugía cardíaca (bypass) también se ha detectado que las diferencias de sexo influyen sobre la ansiedad y depresión (Moore, 1995; Tung, Hunter, Wei y Chang, 2009). De igual modo, se ha encontrado que la desesperanza es más elevada en mujeres con isquemia cardíaca (Anda et al., 1993).

En contraposición, la resiliencia parece estar asociada a un mejor estado físico y mental, habiéndose observado niveles más altos en hombres que sufrían enfermedad cardíaca (Malik y Afzal, 2015).

Acerca de la influencia del sexo sobre la adherencia, los datos obtenidos revelan una cierta inconsistencia. En la adherencia a los fármacos no se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres tras un IAM, a pesar que los hombres jóvenes, de menos de 55 años, iniciaron más rápidamente los tratamientos, una vez instaurados, que las mujeres de similar

edad (Smolina, Ball, Humphries, Khan y Morgan, 2015). Otras investigaciones han puesto de relieve que el ser hombre predecía una peor adherencia a la medicación (Kripalani et al., 2007); mientras que otras han observado que, en los autocuidados relacionados con cambios de estilo de vida, las mujeres con insuficiencia cardiaca se mostraban más adherentes a la restricción de sodio en la dieta (Chung et al., 2006). No obstante, hay estudios que también señalan una peor adherencia en mujeres (Kumbhani et al., 2013).

1.2.4.2 Influencia de la duración de la enfermedad. Otra variable de carácter clínico, pero que resulta relevante en la adaptación del paciente con ECV, es la duración de la enfermedad, definida como el tiempo que haya transcurrido desde el momento del diagnóstico, y por lo tanto el tiempo que lleve el paciente conviviendo con la enfermedad.

En el caso de la enfermedad cardiovascular cardíaca, esta duración o curso de la enfermedad parece influir tanto sobre la percepción que se tiene de la misma, como sobre el ajuste posterior que consiga el paciente. Así, se ha observado que la duración y la intensidad de los estados emocionales podrían estar influyendo en los índices de mortalidad de pacientes con enfermedad arterio-coronaria, siendo los pacientes con depresión moderada y severa, y con un mayor número de años transcurridos desde el diagnóstico, los que presentarían mayores índices de mortalidad por esta causa (Pokorski, 1999).

Asimismo, un mayor tiempo de contacto con estados emocionales negativos, como la depresión, parece incrementar la probabilidad de desarrollar un nuevo proceso de cardiopatía isquémica, presentando los hombres con cardiopatía isquémica previa y con depresión de más de diez años de duración, una probabilidad tres veces mayor de sufrir nuevamente una isquemia, en contraste con las personas sin cardiopatía isquémica (Hippisley-Cox et al., 1998).

Sugieren Albus et al. (2005), considerando los estados emocionales negativos como la depresión y la ira, que éstos parecen contribuir significativamente al desarrollo de la

enfermedad coronaria a través de sus efectos sobre los estilos de vida poco saludables, o por sus efectos sobre el sistema nervioso autónomo u hormonal.

En la misma línea Kop (1999), después de una revisión bibliográfica sobre enfermedad arterio-coronaria, concluyó que las ECVs se relacionaban con las emociones y con otros factores de riesgo (como la hipertensión), dependiendo de si los estados emocionales eran agudos (p. ej., ira), episódicos (p. ej., depresión o agotamiento), o crónicos (p. ej., hostilidad). A partir de la clasificación de los estados emocionales en agudos, episódicos o crónicos, según su duración en el tiempo, se examinó su capacidad para asociarse con la aparición de distintas ECVs. Así, la hostilidad, que se relacionaba con la hipertensión, tendía a aumentar el riesgo de enfermedades arterio-coronarias a lo largo de un intervalo de tiempo de diez años. El agotamiento, entendido como un estadio final en el malestar psicológico, se asociaba con enfermedades arterio-coronarias severas, proponiendo una relación temporal desde varios meses a 2 años. Y, finalmente, la ira incrementaba el riesgo de IAM o muerte súbita en cuestión de horas.

Del mismo modo, el tipo afrontamiento puede influir en la adaptación futura a la enfermedad cardíaca, teniendo en cuenta el periodo de contacto que se haya tenido con la misma (Van Elderen et al., 1999).

Los años de contacto con la enfermedad también parecen tener un efecto modulador sobre la influencia que tienen los factores emocionales de vulnerabilidad en la calidad de vida, al igual que sobre la adaptación a la enfermedad y la recuperación (Bennett y Connell, 1999; Brink et al., 2002; Scheier et al., 1989).

De esta forma, en enfermedades cardiovasculares cardíaca como el IAM, la ocurrencia de la depresión en la fase inicial después del infarto, parece predecir una peor calidad de vida tanto a los 5 meses como al cabo del año, mientras que la comorbilidad entre

la ansiedad y la depresión parece no predecirlo (Brink, Grankvist, Karlson y Hallberg, 2005; Brink et al., 2002).

1.2.4.3 Influencia de la edad y la comorbilidad. Otros aspectos psicosociales y clínicos que también adquieren importancia dentro de las ECVs son la edad y la comorbilidad. Así, en la ECV cardíaca se ha encontrado una peor calidad de vida en pacientes con edades más avanzadas y mayor comorbilidad (Comín-Colet et al., 2016). La comorbilidad también parece actuar como un factor de riesgo de ictus en la ECV no cardíaca (Kettani et al., 2009).

En cuanto a la asociación de la edad con la adherencia a las pautas del tratamiento, en el estudio de Kripalani et al. (2007), no se encontraron diferencias significativas entre pacientes menores de 65 años y los que tenían entre 65 y 75 años. En otros estudios, se ha hallado una menor adherencia asociada con una edad más baja. Así, Rodríguez et al. (2013) hallaron que los pacientes con una media de edad de 66 años, presentaron menores niveles de adherencia frente a aquellos con una media de edad de 69 años, que presentaron mayor adherencia, u otros autores como Crowley et al. (2015) que también constataron una menor adherencia asociada a menor edad en una muestra con individuos con una edad media de 61 años. No obstante, hay evidencia también (Kumbhani et al., 2013) de una menor adherencia conforme mayor es la edad, empleándose para este estudio una muestra con una edad media de 66 años.

Frileux et al. (2004), en su trabajo sobre riesgo percibido encontraron relación entre la edad y el horizonte temporal del suceso cardíaco agudo como IAM o angina. Además, hallaron que las mujeres mayores, con una edad entre 60 y 80 años, a las que se comunicaba la probabilidad de desarrollar ECV en un plazo de 5 años, se caracterizaban por una mayor adherencia a los tratamientos en comparación con los hombres en similares circunstancias.

Capítulo 3. La Hipertensión Arterial Esencial

1.3.1 Introducción. La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad cardiovascular no cardíaca crónica de etiología múltiple, que consiste en un aumento sostenido de la resistencia o niveles de tensión o presión en las arterias (TA). La TA se objetiva mediante dos medidas: la TA sistólica (TAS), o presión existente durante la contracción ventricular cardíaca y eyección de sangre al torrente circulatorio, y la TA diastólica (TAD) que es la presión que se produce durante la relajación cardíaca.

El diagnóstico de HTA se instaure en una persona cuando en tres series diferentes de medida, se objetivan cifras de TAS/TAD superiores a 140/90 mm.Hg.; o cuando más del 50% de las tomas realizadas ambulatoriamente son superiores a estas cifras, según la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA) (Marín et al., 2005b). Estos niveles de tensión mantenidos durante tiempo prolongado pueden dañar otros órganos, como el corazón o el riñón, entre otros, aconsejándose entonces el inicio de tratamiento farmacológico (Marín et al., 2005b; Mancia et al., 2009).

Además de constituir una ECV no cardíaca y un importante factor de riesgo, independiente de otros factores, para el desarrollo de otras enfermedades cardiovasculares (ECVs) (Banegas, Rodríguez-Artalejo, Graciani, Villar y Herruzo, 2003; Banegas et al., 2006), la HTA tiene un conjunto de características que le otorgan entidad propia.

La HTA ha sido objeto de múltiples clasificaciones. Una de ellas es la que la divide en “esencial o primaria” y en “secundaria” (CIE-9). Las HTA esenciales carecen de sintomatología específica (Pennebaker, 1982), pudiendo mantenerse latentes durante largo tiempo. Son de etiología desconocida, si bien se ha encontrado una fuerte influencia genética, y suponen el 90% del total de casos de HTA. Las HTA secundarias son de origen conocido y están asociadas a otras patologías, tales como la renal, la renovascular o la endocrina (Defilló, 1987).

La prevalencia de HTA es muy elevada situándose en torno al 40% en población general (p. ej., Kearney et al., 2005; Wolf-Maier et al., 2003). En España, la prevalencia en personas con una edad media comprendida entre los 35 y 65 años es de un 35-40%, aumentando hasta el 60% en mayores de 60 años (p. ej., Banegas y Rodríguez, 2002; Bertomeu y Castillo-Castillo, 2008; Kearney et al., 2005; Marín et al., 2005*b*).

1.3.2 Adherencia al tratamiento y calidad de vida en la HTA. El tratamiento de la HTA esencial consiste en la instauración y el mantenimiento de cambios importantes en el estilo de vida del paciente, los cuales consisten en la realización de una dieta sana y ejercicio, la eliminación del tabaco y el consumo moderado de alcohol, combinado con la toma constante de la medicación prescrita, la cual va a depender, a su vez, de la propia evolución de la hipertensión.

Una cuestión relevante y ampliamente constatada es la falta de adherencia en el tratamiento de la HTA, habiendo un porcentaje de entre el 37 y el 50% de hipertensos en los que se aprecia esta falta de adherencia (p. ej., Carrasco et al., 2003; Egan, Laccckland y Cutler, 2003; Feldman, Bacher, Campbell, Drover y Chockligan, 1998; Granados y Gil, 2005; Li, Kuo, Hwang y Hsu, 2012; Márquez, Casado, De la Figuera, Gil y Martell, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), 1996; Svensson, Kjellgren, Ahlner y Säljö, 2000). Este incumplimiento del tratamiento, se ha apreciado también en lo que a la toma de fármacos respecta, medido mediante el recuento de comprimidos, en lugar de con test autoinformados, según la revisión bibliográfica realizada entre 1975 y 2011 por Espinosa, Martell, Llerena y Fernández (2012).

Esta falta de adherencia al tratamiento supone un escaso control de la enfermedad (p. ej., Aggarwal y Mosca, 2010; Alonso et al., 2013; De la Peña et al., 2005; Granados y Gil, 2007; Kaplan, 1991; Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (LELHA), 1995; Marín et al., 2005*a*; Márquez et al., 2002; Márquez et al., 2008; MSC, 1996; OMS,

2003), el cual a su vez, incrementa un 13,05% el costo que cada paciente con HTA tiene para el sistema sanitario español (Saez y Barceló, 2012).

La importancia de la falta de adherencia se multiplica si se considera el efecto que los tratamientos farmacológicos antihipertensivos parecen provocar sobre otras ECVs en la población general tratada en atención primaria, al disminuir tanto a corto como a largo plazo el riesgo de ocurrencia de incidentes, como por ejemplo los eventos cerebrovasculares o ictus (Kettani et al., 2009); o en hipertensos, observándose una mayor adherencia asociada a un menor número de episodios cardiacos, como por ejemplo el IAM (Mazzaglia et al., 2009).

A la hora de abordar el tratamiento de la HTA y su adherencia, se hace necesario adoptar una visión en la que se desglosen las diferentes pautas o conductas que incluye este tratamiento. De ahí que la adherencia en la HTA esencial constituya un proceso complejo y multicomponente, el cual ha generado una considerable cantidad de estudios con el objeto de comprender mejor qué variables podrían estar influyendo sobre las conductas de adherencia.

Dentro del tratamiento de la HTA existen, por un lado, factores farmacológicos que vienen representados por la toma sistemática de medicamentos; y, por otro, factores no farmacológicos que implican una modificación en el estilo de vida de la persona. Estos últimos están incluidos dentro de las guías tanto nacionales como internacionales, y constituyen hábitos comportamentales sobre los que se debe actuar (Marín et al., 2005a; Williams et al., 2004 (BHS IV; British Hypertension Society).

Estos factores comportamentales se dividen a su vez, en dos grupos: (1) los directamente relacionados con la disminución de los niveles de TA y, por lo tanto, con la disminución del riesgo cardiovascular. Entre ellos se encontrarían el cuidado de la dieta (Appel et al., 2003; Elmer et al., 2006), el aumento de la actividad física (Appel et al., 2003; Elmer et al., 2006; Whelton, Chin, Xin y He, 2002) y la disminución del consumo de alcohol

(Akhmedjonov y Suvankulov, 2013; Chen, Davey, Harbord y Lewis, 2008; Fuchs, Chambless, Whelton, Nieto y Heiss, 2001); y (2) los factores que no habiendo demostrado un efecto directo sobre los niveles de TA, sí son causa clara de reducción del riesgo cardiovascular, como es el caso de la eliminación del consumo de tabaco (Shinton y Beevers, 1989).

El incumplimiento ante los factores comportamentales del tratamiento de la HTA parece ser especialmente mayor en lo que respecta a las pautas de seguimiento de la dieta y realización del ejercicio físico, siendo menor en lo que a la toma sistemática de la medicación se refiere (Granados y Gil, 2007). De igual modo, otras variables no modificables como la edad, el sexo, la duración de la enfermedad o el grado de comorbilidad, también pueden guardar relación con la adherencia (Caro, Salas, Speckman, Raggio y Jackson, 1999; Degli et al., 2002).

En cuanto a los factores de protección que podrían tener capacidad para mejorar la adherencia al tratamiento de la HTA, los estudios son escasos, a pesar de que en alguno de ellos (Wiesemann, Ludt, Szecsenyi, Scheuermann y Scheidt, 2004) se ha encontrado que la motivación para mantener un estilo de vida saludable dependía más de factores psicosociales que de factores de riesgo tradicionales, como el tabaco.

En concreto, en la investigación llevada a cabo por Wiesemann et al. (2004) se seleccionó a un grupo de personas a partir de pacientes generales que, una vez encuestados, manifestaron necesitar una intervención educativa en hipertensión, diabetes, consumo de tabaco, o (entre otros factores de riesgo) el comer en exceso. La intervención consistió en aplicar varios programas, uno educativo y otro motivacional, con varias fases, para disminuir esos factores de riesgo. Los resultados obtenidos indicaron que, en el grupo de mujeres y diferencialmente respecto a los hombres, motivar a través de la actividad física programada, la promoción del interés (favoreciendo la aptitud, la diversión y el valor otorgado a la

actividad dándole sentido) y la disminución de la ansiedad resultó más efectiva en la disminución de conductas o factores de riesgo que la intervención directa sobre los factores, como los niveles de TA, el consumo tabaco, la hipercolesterolemia y el sobrepeso mediante, por ejemplo, en el caso del tabaco, la reducción de nicotina.

En la investigación de Ross Walker y MacLeod (2004) se puso de relieve que la respuesta emocional dada ante la enfermedad, la edad de los pacientes y las creencias que tenían sobre la medicación se relacionaban con el cumplimiento del tratamiento hipertensivo. En concreto, conforme mayor era la edad y cuanto más positivas eran las creencias sobre la medicación, mayor era también el cumplimiento. Por el contrario, cuanto más negativa era la respuesta emocional, en concreto más asustado, preocupado, ansioso o deprimido se sentía el paciente ante su enfermedad, menor era el cumplimiento del tratamiento.

Con respecto a la función que pueden cumplir los factores emocionales como promotores de vulnerabilidad de una peor adherencia al tratamiento de la HTA, existe una mayor evidencia. Diferentes investigaciones (Carney, Freedland, Miller y Jaffe, 2002; Katon y Ciechanowski, 2002) han subrayado que los estados emocionales negativos, y principalmente la depresión (Wang et al., 2002), están asociados con una peor implementación de las prescripciones médicas, con una mayor frecuencia de hábitos de vida nocivos y con una mayor probabilidad de tener sobrepeso (Rueda y Pérez-García, 2007). La investigación de Kim, Han, Hill, Rose y Roary (2003), por ejemplo, puso de manifiesto una asociación significativa de la depresión con el abuso de sustancias, con una peor adherencia al régimen médico y a la realización de dieta, y con un peor control del consumo de alcohol. La ansiedad también se ha relacionado positivamente con el tabaquismo y con la falta de ejercicio físico (Cheung et al., 2005).

De igual forma, se ha encontrado que cuanto más frágil se muestra el paciente hipertenso, fragilidad medida a partir de elementos físicos y psicológicos, como el estilo de

vida, la multimorbilidad, el ambiente de vida en el hogar, los síntomas depresivos, la ansiedad o el tipo de afrontamiento, entre otros elementos, peores niveles de adherencia parece presentar (Jankowska-Polańska, Dudek, Szymanska-Chabowska y Uchmanowicz, 2016).

La presencia de HTA también parece ejercer un impacto negativo sobre la calidad de vida, informando las personas hipertensas de una calidad de vida más baja frente a las no hipertensas (Arslantas, Ayranci, Unsal y Tozun, 2008).

Algún estudio ha constatado también una peor calidad de vida física y mental en pacientes con diagnóstico de hipertensión, frente a otros pacientes diagnosticados de diabetes u obesidad (Ucan y Owayolu, 2010). Mientras que otras investigaciones han encontrado una calidad de vida más baja, pero sólo en lo que respecta a la dimensión física (Erickson, Williams y Gruppen, 2001).

Una peor calidad de vida se ha asociado también con un peor control de la enfermedad. Arslantas et al. (2008) encontraron una calidad de vida más baja cuando el control de los niveles de TA era peor, revelando en los pacientes hipertensos que habían presentado alguna crisis hipertensiva (esto es, una elevación de los niveles de TA a pesar del tratamiento) una peor calidad de vida en comparación con aquellos que tenían la TA controlada.

La calidad de vida se ha mostrado también relacionada con la adherencia a los tratamientos en HTA. Tuesca-Molina, Guallar-Castillón, Banegas-Banegas y Graciani-Pérez (2006), en un estudio sobre determinantes de adherencia y falta de adherencia a los tratamientos en pacientes hipertensos, encontraron que la calidad de vida física era predictora de buena adherencia a los mismos. Así, la calidad de vida en pacientes hipertensos se ha mostrado asociada positivamente a la adherencia (Holt, Muntner, Joyce, Webber y Krousel-Wood, 2010) y a la práctica moderada de ejercicio físico (Ha, Duy, Le, Khanal y Moorin,

2014). En el caso de una peor calidad de vida mental, ésta ha resultado ser predictora de la dificultad para adherirse a la dieta, aumentar el ejercicio o disminuir el consumo de tabaco (Trivedi, Ayotte, Edelman y Bosworth, 2008).

Por otro lado, se ha propuesto que la presencia de una baja adherencia al tratamiento podría ser un mecanismo a través del cual, el malestar emocional podría incidir negativamente sobre la calidad de vida de los pacientes hipertensos (Rueda y Pérez-García, 2004).

1.3.3 Factores psicosociales y la hipertensión arterial.

1.3.3.1 Factores de protección. Los factores psicosociales (en particular, los cognitivos y emocionales) que pueden resultar protectores en pacientes con HTA han sido escasamente abordados.

En algunos casos, se ha tratado de intervenir sobre variables que pudieran estar teniendo un efecto negativo, para así disminuir sus niveles y procurar un mecanismo de protección. Por ejemplo, Annesi (2013), implementó un programa de intervención basado en la modificación de hábitos nutricionales, la realización de ejercicio y métodos para el control del estrés. Constató la disminución de los niveles de presión arterial y la mejora del estado de ánimo en un grupo de mujeres obesas, hipertensas y prehipertensas. En la misma línea, Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona (1994), mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual, consiguieron disminuir los niveles de ansiedad en personas hipertensas.

En relación con aquellas variables en las que se ha apreciado un posible efecto protector directo, se ha encontrado, por ejemplo, que un nivel alto de resiliencia parece asociarse con una disminución del riesgo de desarrollar HTA (Costa de Robert, Barontini, Forcada, Carrizo y Almada, 2010). En esta línea Crump, Sundquist, Winkleby y Sundquist (2016), en un estudio prospectivo de seguimiento en población masculina joven general,

encontraron que bajos niveles de resiliencia en hombres jóvenes predecían un mayor riesgo de desarrollar HTA.

La relación que estos factores, en principio protectores, pueden tener con la adherencia a los tratamientos ha sido hasta el momento poco abordada. Algún estudio ha encontrado que uno de los problemas percibidos más común entre los pacientes en tratamiento para su hipertensión es la dificultades para aceptar la enfermedad, mostrándose esta dificultad mayor incluso en los menores de 55 años (Jokisalo, Kumpusalo, Enlund y Takala, 2001).

De igual modo, el estudio de Wiesemann et al. (2004) puso de manifiesto en sujetos hipertensos o que presentaban otros factores de riesgo cardiovasculares, que percibir sentirse con un mejor estado de salud, en comparación con quienes percibían un peor estado de salud, se asociaba con un mejor cumplimiento de las actividades promotoras de salud; esto es, cuanto mayores eran las consecuencias positivas percibidas para la salud, mejor era la adherencia hacia las actividades dirigidas a mejorarla. Sin embargo, estas actividades no se asociaron a los factores de riesgo. A tenor de los resultados mostrados por este estudio, en principio, parece plausible la probable actuación positiva de los beneficios percibidos, como un elemento protector, mejorando así la adherencia hacia comportamientos saludables aunque éstas no se asocien al riesgo. Por ejemplo el percibir que la práctica de ejercicio es bueno para su salud, le harán llevarlo a cabo, aunque esto no disminuya realmente el riesgo de enfermar.

De este modo, los beneficios percibidos, y concretamente creer que el tratamiento va a permitir controlar la HTA, se ha asociado con una mejor adherencia a los tratamientos (Lo, Chau, Woo, Thompson y Choi, 2016).

Otras investigaciones han revelado hallazgos interesantes con variables que, si bien no son conceptualmente idénticas a las de los beneficios percibidos, podrían tener alguna relación con ella. Así, por ejemplo, creer que la medicación es necesaria se ha asociado con

una mejor adherencia (Ross et al., 2004). Con respecto a la satisfacción con la medicación, aspecto éste que también podría relacionarse con percibir beneficios, se ha encontrado que una baja satisfacción del paciente con la medicación predice una adherencia más baja a los tratamientos (Hassan et al., 2006; Zyoud, Al-Jabi, Sweileh y Morisky, 2013). Estos resultados, aunque de un modo indirecto, podrían estar poniendo de manifiesto el posible carácter protector de los beneficios percibidos.

De igual modo, el sentirse competente en el manejo de la enfermedad, lo cual podría ser un indicador de baja percepción de riesgo o, como mínimo, de poco miedo al mismo, se ha asociado positivamente con una mejor adherencia (Ross et al., 2004). Aunque otros estudios han hallado que la percepción de control sobre la enfermedad (también en principio relacionada con bajo riesgo percibido), se ha asociada a peor adherencia (Patel y Taylor, 2002). Asimismo, la valoración de una baja susceptibilidad a las complicaciones específicas de la hipertensión, es decir, una baja percepción de posibles complicaciones, resultó ser predictora de niveles más bajos de adherencia al tratamiento en personas hipertensas, según demostró el trabajo de Li et al. (2012). Estos tres hallazgos ponen en evidencia el dudoso carácter protector de comunicar el riesgo al individuo, o el percibido por éste, una vez calculado empíricamente a partir de los factores de riesgo presentes en el paciente y comunicado por el sanitario, ya que no parece mejorar ni la adherencia ni la calidad de vida.

Por otro lado, las estrategias activas de afrontamiento parecen promover una mejor adherencia a los tratamientos en HTA, habiéndose asociado a una peor adherencia un nivel bajo de este tipo de estrategias (Najimi, Mostafavi, Sharifirad y Golshiri, 2016). Se ha constatado también que los hombres hipertensos, parecen utilizar de forma adaptativa más las estrategias de planificación y el distanciamiento, evitando implicarse emocionalmente en comparación con las mujeres (Ofman, Pereyra, Cófreces y Stefani, 2014).

En relación a la calidad de vida, los factores protectores mencionados podrían tener una cierta influencia a través de su impacto sobre la adherencia a los tratamientos en HTA. Así, la aceptación y la resiliencia se han asociado con una mejor calidad de vida en población con enfermedad cardiovascular (Chan et al., 2006; Karademas y Hondronikola, 2010; Koelewijn-van Loon et al., 2010; Obiegło et al., 2016). No obstante, hay que señalar que no se ha encontrado evidencia clara que respalde estos mismos efectos sobre la calidad de vida en pacientes exclusivamente hipertensos.

1.3.3.2 Factores de riesgo o vulnerabilidad en HTA. Los estudios de los factores psicosociales que pueden conferir un mayor riesgo o vulnerabilidad en la HTA, se han centrado fundamentalmente en aspectos cognitivos y emocionales negativos, los cuales son capaces de producir una experiencia desagradable y generar un mayor impacto sobre el individuo, asociándose así con un mayor número de problemas a la hora de afrontar la enfermedad, una calidad de vida más baja y una peor adherencia (Carney et al., 2002; Katon y Ciechanowski, 2002; Rueda y Pérez-García 2004, 2006 y 2007; Wang et al., 2002).

Por un lado, y en lo que respecta a la depresión, numerosos estudios han constatado la presencia de mayores niveles de este estado emocional en personas con HTA en comparación con población sana (p. ej., Denollet, 2000; Everson, Kaplan, Goldberg y Salonen, 2000; García-Vera, Sanz, Espinosa, Fortún y Magán, 2010; Räikkönen, Matthews y Kuller, 2001). Asimismo, hay evidencia de la ocurrencia de un mayor número de crisis hipertensivas (aumento de los niveles de presión arterial por encima de 140/90 mm.Hg. con o sin tratamiento) en presencia de la sintomatología depresiva (p. ej., Everson et al., 2000; Jonas y Lando, 2000; Stern, Dhanda y Hazuda, 2009). No obstante, hay autores que no han encontrado ni mayores niveles de depresión en HTA, en comparación con población sana (Cheung et al., 2005; Jula, Salminen y Saarijärvi, 1999; Wiehe et al., 2006), ni diferencias en los niveles de TA diastólica o sistólica en presencia de depresión (Wiehe et al., 2006).

En la misma línea, y respecto a la ansiedad, se ha observado también una relación significativa entre ser hipertenso y experimentar un mayor estado de ansiedad (p. ej., Cheung et al., 2005; García-Vera, et al., 2010; Magán, Sanz, Espinosa y García, 2013; Räikkönen et al., 2001), si bien en algunos trabajos, comparando personas normotensas con hipertensas (p. ej., Friedman et al., 2001; Jula et al., 1999), o hipertensos borderline con hipertensos crónicos (Schneider, Egan, Johnson, Drobny y Hyjulius, 1986), no se ha encontrado que la ansiedad fuera una variable diferenciadora entre ambos grupos.

La ira, por su parte, representa una variable emocional cuya posible relación con la hipertensión ha sido especialmente investigada (p. ej., Dimsdale et al., 1986; Gentry, Chessney, Gary, Hall y Harburg, 1982; Schneider et al., 1986), encontrándose asociada con mayores niveles de TA, incluso después de haber controlado otros factores como la depresión, la ansiedad o la alexitimia (p. ej., Goldstein, Edelberg, Meier y Davis, 1988; Räikkönen et al., 2001; Schwartz, Weinberger y Singer, 1981).

La forma en que esta ira puede expresarse, es decir, de forma interiorizada o con una expresión contenida, o de manera exteriorizada, expresada verbal y gestualmente, parece ser un aspecto importante que hay que considerar a la hora de examinar su relación con el desarrollo de la HTA.

Así, la ira interiorizada se ha mostrado asociada con una mayor prevalencia de la hipertensión y con un aumento en los niveles de TA (p. ej., Dimsdale et al., 1986; Goldstein et al., 1988; Hosseini, Mokhberi, Mohammadpour, Mehrabianfard y Lashak, 2011; Schneider et al., 1986), aunque algunos trabajos, como los realizados por Harburg, Gleiberman, Russell y Cooper (1991) o el de Porter, Stone y Schwartz (1999), no han corroborado dicha relación, si bien en estas investigaciones se emplearon muestras no clínicas. Este dato, sin embargo, podría estar apuntalando más aún la idea de esta posible presencia de la ira interiorizada en población con HTA ya diagnosticada, siendo probable que la presencia mantenida de niveles

elevados de ira interiorizada junto con cifras borderline de TA podrían ser determinantes en la instauración de HTA (Schneider et al., 1986).

Por otro lado, la ira exteriorizada también parece asociarse con un aumento de la TA (Harburg et al., 1991), incluso comparándola con la ira interiorizada, la cual ha aparecido también asociada a niveles más bajos de HTA (Harburg, Blakelock y Roeper, 1979). Igualmente Everson et al. (1998) encontraron que, incluso controlando los factores de riesgo tradicionales, la expresión exteriorizada de la ira emergía como un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión, en contraste con la ira interiorizada. No obstante, los datos con respecto a la ira exteriorizada no son del todo consistentes, ya que hay estudios en los que no se ha encontrado que la ira exteriorizada se asociara con la HTA (Hosseini et al., 2011).

La alexitimia constituye otra variable que, aun siendo poco estudiada en el ámbito de la HTA, ha aparecido en algunos estudios asociada a esta enfermedad (Byrne y Ditto, 2005). Todarello, Taylor, Parker y Fanelli (1995), comparando pacientes hipertensos con pacientes psiquiátricos, hallaron que las personas hipertensas puntuaban más alto en alexitimia. De idéntico modo, Grabe et al. (2010) observaron en una muestra de 1.118 participantes que la alexitimia se asociaba de forma significativa con la hipertensión. Jula et al. (1999) también constataron que el nivel de alexitimia era significativamente más alto en individuos hipertensos recién diagnosticados que en personas normotensas. Este resultado fue, además, independiente del efecto que pudieran tener el nivel de ingesta de alcohol y sodio, el índice de masa corporal y el estado físico de los participantes.

Asimismo, la alexitimia ha aparecido relacionada con otros factores los cuales, a su vez, se relacionan con un mayor riesgo de presentar HTA, como es el caso de la ira (Waldstein, Kauhanen, Neumann y Katzel, 2002).

La desesperanza representa otro estado emocional que los hipertensos parecen experimentar en mayor medida. La desesperanza se ha relacionado con una peor adaptación

a la HTA, ya que parece estar asociada con una dieta poco saludable y con un peor control de la enfermedad (Joyner et al., 2012), además de incrementar el riesgo de ocurrencia de eventos coronarios en personas hipertensas que tienen más factores de riesgo cardiovasculares (Everson, et al., 2000).

Por otro lado, el riesgo percibido ha sido muy utilizado en la consulta del médico o del enfermero, como una variable con la que transmitir al paciente, mediante un índice o porcentaje, la probabilidad de desarrollar una ECV, es decir, el riesgo cardiovascular individual. Lo que se persigue es facilitar una mejor comprensión de su estado de salud y la necesidad de cumplir con los tratamientos. No obstante, el riesgo percibido tampoco se ha mostrado como un factor protector claro, que pueda favorecer el control y adherencia en la HTA (Coca, Gómez, Llisterri y Camafort, 2012). Así, en una revisión realizada por Perestelo, Rivero, González, Pérez y Serrano (2010), se observó una gran contradicción en los resultados obtenidos, relativos al posible valor protector que podría tener el comunicar el riesgo cardiovascular calculado a los pacientes hipertensos, con el objetivo de mejorar las intervenciones que desde la consulta realizaban sobre ellos, para, por ejemplo, optimizar su adherencia. De esta manera se puso de manifiesto el posible carácter perjudicial que el hecho de comunicar el riesgo podría estar ejerciendo sobre la adherencia a los tratamientos y su dudoso papel como mecanismo de protección.

Si atendemos al impacto que tienen los factores de vulnerabilidad señalados sobre la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida en pacientes con HTA, se ha encontrado una asociación entre niveles elevados de depresión y una peor adherencia a los tratamientos (Kim et al., 2003; Najimi et al., 2016; Wang et al., 2002), mostrándose que los síntomas depresivos o ansiosos son predictores de una adherencia más baja (Bautista, Vera-Cala, Colombo y Smith, 2012; Gentil, Vasiliadis, Prévile, Bossé y Berbiche, 2012).

Igualmente la depresión se ha mostrado asociada con una peor calidad de vida y predictora o mediadora de un menor bienestar (Bosworth, Bartash, Olsen y Steffens, 2003; Rueda y Pérez-García, 2006, 2013), apareciendo relacionadas, junto con la ansiedad, a una mayor intensidad y frecuencia de síntomas físicos y a una mayor dificultad, tanto para identificar como para describir sentimientos (Rueda y Alemán, 2015).

La ira interiorizada y la alexitimia, por su parte, también parecen ejercer algún impacto sobre la adherencia a los tratamientos. En estudios realizados con pacientes hipertensos se ha encontrado que un nivel elevado de ira interiorizada, se asociaba con una peor adherencia a los tratamientos, mientras que la alexitimia, sin embargo, aparecía como predictora de una mejor adherencia, revelando así un cierto carácter protector (Alemán y Rueda, 2013; 2014).

Finalmente, respecto al tipo de afrontamiento que los pacientes puedan estar llevando a cabo a la hora de manejar su enfermedad, estrategias como la minimización de la amenaza, la evitación o el uso de la fantasía, se han asociado con consecuencias más negativas (Ariff, Suthanar y Ramli, 2011). De igual modo, el estudio de Rueda y Pérez-García (2006) puso de manifiesto que, en una muestra de pacientes hipertensos, el empleo de las estrategias centradas en el afrontamiento emocional, predijeron un menor nivel de bienestar, reflejando así un funcionamiento más desadaptativo, si bien estas relaciones no se mantuvieron longitudinalmente. Estos resultados se han explicado apelando al posible efecto modulador que podrían tener las emociones negativas, y en concreto la depresión, sobre el deterioro que el afrontamiento emocional parece tener en la calidad de vida del paciente hipertenso (Rueda y Pérez-García, 2006).

1.3.4 Influencia de los factores sociodemográficos y clínicos en HTA. Respecto a la relación de los factores sociodemográficos y clínicos como el sexo, la edad, el número de años desde el diagnóstico o la comorbilidad, se ha constatado que dichos factores podrían

estar conformando un patrón de protección y/o vulnerabilidad, actuando de un modo, bien protector o bien perturbador, sobre la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida.

En referencia al sexo, se han encontrado diferencias en lo que respecta a la prevalencia de la HTA, siendo ésta más alta en los hombres que en las mujeres (Van Minh, Byass, Chuc y Wall, 2005; Suárez y Gabriel, 2000). La HTA presenta además la misma singularidad que las ECVs, esto es, una mayor prevalencia en las mujeres según el grupo de edad, y en concreto a partir de los cincuenta y cinco años. Este fenómeno podría explicarse, al igual que ocurre con las ECVs, por la mayor incidencia de HTA en edades avanzadas y en poblaciones con mayor porcentaje femenino, teniendo en cuenta, además, que la mortalidad es más elevada en los hombres hipertensos a partir 69 años (Heras, Fernández-Reyes y Guerrero, 2014), y la longevidad es también superior en las mujeres (Banegas et al., 2006).

Algunos estudios han constatado cómo la presencia previa de emociones negativas tales como la ansiedad, la depresión y la ira, se han asociado con el desarrollo de HTA en mujeres normotensas (Räikkönen et al., 2001). Las mujeres parecen presentar también una mayor incidencia de hipertensión de bata blanca, y mayores cifras de presión arterial aún cuando formen parte de poblaciones no clínicas (McCubbin et al., 1991).

En cuanto a las diferencias con respecto a los factores de riesgo en función del sexo, se han hallado también diferencias significativas. Por ejemplo, en hombres que referían tener niveles altos de ira interiorizada las cifras de tensión arterial diastólica (TAS) eran también más elevadas, en comparación con las mostradas por las mujeres (Dimsdale et al., 1986).

Con respecto a la ira exteriorizada, se han encontrado resultados parecidos, si bien en este caso, eran las mujeres que señalaban niveles elevados de ira exteriorizada las que presentaban menores niveles de TAS (Goldstein et al., 1988). Hogan y Linden (2005) encontraron también una relación curvilínea de la ira con los niveles de TA en función del

sexo, siendo las mujeres con un nivel más alto de ira exteriorizada las que presentaban cifras de presión arterial significativamente más bajas que los hombres.

Estos resultados podrían estar poniendo de manifiesto que exteriorizar el enfado en mujeres con diagnóstico de HTA, podría estar ayudándolas a controlar los niveles de TA (Alemán y Rueda, 2014). No obstante, estos hallazgos no son del todo consistentes, puesto que hay estudios en los que no se han encontrado diferencias en expresión de la ira en función del sexo (Montoya y Osorio, 2005).

Las mujeres hipertensas también han informado de mayores niveles de ansiedad que los hipertensos varones (Cheung et al., 2005), si bien estos efectos, en algunos casos, parecen estar moderados por la edad. Así, se ha encontrado que, mientras que en las mujeres la ansiedad predecía la incidencia posterior de hipertensión (Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb y D'agostino, 1993), en hombres jóvenes la experiencia de malestar emocional, entendido como un estado de distrés producido por la presencia conjunta de ansiedad y depresión, predecía una mayor prevalencia de HTA (Ewart y Kolodner, 1994).

Si se analiza la relación de la adherencia a los tratamientos con el sexo de los pacientes hipertensos, los datos son algo contradictorios. Hay datos que avalan que las mujeres parecen mostrar una mayor adherencia que los hombres (Ross et al., 2004), sugiriéndose, incluso, que estas diferencias podrían estar modulando la efectividad de algunos aspectos del tratamiento. Así por ejemplo, la dieta pobre en sodio parece ser más efectiva, en cuanto a la reducción de los niveles de TA, en las mujeres y en los pacientes con una edad avanzada (He et al., 2009).

Algunos autores han sugerido que probablemente estas diferencias de género podrían deberse a la constatada escasa credibilidad que los hombres otorgan a los tratamientos (Grace et al., 2005), señalando algún estudio que el ser hombre predecía una peor adherencia

(Alemán y Rueda, 2013). En otros estudios, sin embargo, no se han encontrado diferencias en función del sexo (Taira et al., 2007).

La edad también parece modular la adherencia a los tratamientos en pacientes con HTA, refiriendo los pacientes más jóvenes, en comparación con las personas mayores que presentaban un diagnóstico de HTA y una media de edad de 63 años, una peor adherencia. Este último grupo, además, informó de una mayor adherencia cuando los profesionales sanitarios que les atendían eran hombres, en lugar de mujeres (Taira et al., 2007). Este dato apunta a la posible influencia que el sexo del profesional sanitario podría ejercer en la población de mayor edad; aspecto que parece haber perdido fuerza en los pacientes más jóvenes, en los que se aprecia un cambio hacia una relación más igualitaria entre médico-paciente.

Hay datos que también apoyan que la motivación para mantenerse saludable puede ser un elemento modulador que contribuya a aumentar la adherencia en población de edad avanzada (es decir, personas mayores de 70 años), siendo éstas las que más se esfuerzan en cumplir alguno de los aspectos del tratamiento, como por ejemplo la práctica de ejercicio (Ashford, Biddle y Goudas, 1993; Wiesemann et al., 2004). En contraposición, la edad parece asociarse con la desesperanza, siendo ésta más elevada conforme mayor es la edad (Joyner et al., 2012).

Simultáneamente, entre los factores clínicos, hay resultados que sugieren que el número de años transcurridos desde el diagnóstico podría constituir un factor de vulnerabilidad. Algún estudio ha revelado que el número de años desde el diagnóstico parece ser un predictor significativo de adherencia, siendo así que la presencia de un mayor número de años desde el diagnóstico pronosticaba una peor adherencia (Richardson, Simons-Morton y Annegers, 1993; Li et al., 2012).

Este aspecto, relativo a los años de contacto con la enfermedad, ha sido escasamente contemplado en los pacientes hipertensos, a pesar de que investigadores como Alexander, en 1939 y según este autor, Fahrenkamp, en 1926, plantearon la necesidad de contemplar el curso clínico de la HTA y de actuar sobre aspectos emocionales de riesgo en las fases iniciales de la HTA, para evitar su establecimiento definitivo.

Un análisis exploratorio del impacto que sobre la adaptación a la HTA tenía el tiempo transcurrido desde que se hacía el diagnóstico de HTA, ha sido llevado a cabo por García, Medina, Solano, Gómez, D. y Gómez, V. (2010).

Analizando los relatos que hacían las mujeres hipertensas, este estudio puso de manifiesto una mayor vulnerabilidad emocional y una peor adaptación conforme aumentaba el número de años transcurridos desde el diagnóstico de HTA. Este proceso de adaptación parecía componerse de tres fases. En la fase inicial, aparecía una mayor angustia ante los cambios en estilo de vida que implicaba el tratamiento; en el segundo periodo, que en algunos casos había durado hasta tres años, estaban presentes la angustia, la desesperanza y la rabia; en la fase final se llegaba a aceptar el nuevo estilo de vida, caracterizado por la disminución del consumo de alimentos con sal y ricos en grasa, la reducción en la ingesta de tabaco y alcohol, y el incremento del ejercicio.

De igual manera, Alemán y Rueda (2014) encontraron en pacientes hipertensos, que el aumento del número de años de contacto con la HTA, se asociaba con la presencia de diferentes emociones. Así, el contacto de más de cinco años con la enfermedad se relacionó con un mayor grado de alexitimia y con menores niveles de ira interiorizada. Por otro lado, los pacientes hipertensos cuyo diagnóstico era inferior a un año presentaron una mejor adherencia al tratamiento, en comparación con aquellos cuyo diagnóstico era de más de cinco años de diagnóstico, en los cuales se apreció una peor adherencia.

De igual modo, la calidad de vida también parece estar influida por la edad de los pacientes hipertensos así como por el género.

Ha et al. (2014), encontraron en una muestra de hipertensos con una edad media de 65,8 años, que conforme mayor era la edad, más baja era la calidad de vida. Ucan y Ovayolu (2010) observaron también que las mujeres hipertensas con obesidad presentaban una peor calidad de vida en contraste con los hombres con obesidad, e incluso en comparación con las mujeres solo hipertensas. A tenor de estos resultados se hace evidente, por lo tanto, que otro factor clínico que se ha mostrado asociado con una peor calidad de vida en personas con HTA es la comorbilidad (Arslantas et al., 2008; Ha et al., 2014; Thommasen y Zhang, 2006).

Respecto al número de años desde el diagnóstico, Mena-Martin et al. (2003) encontraron que tener conciencia del diagnóstico se relacionaba con una peor calidad de vida en pacientes hipertensos, señalando los pacientes hipertensos con diagnóstico de HTA una peor calidad de vida, tanto física como mental, en comparación con los pacientes hipertensos sin diagnóstico, pero con cifras de T.A. superiores a 140/90. Estos autores sugirieron que la peor calidad de vida de los hipertensos, podría deberse a la presencia de los procesos asociados a la enfermedad, como por ejemplo, al tratamiento más que a la propia enfermedad.

Capítulo 4. Las Enfermedades Respiratorias Crónicas.

1.4.1 Introducción. La enfermedad respiratoria crónica (ERC) es, junto con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, una de las cuatro enfermedades que según la ONU-OMS (2011) requieren una especial atención. En la ERC cobra además, una particular importancia los cambios en el estilo de vida del paciente, como consecuencia de su tratamiento. Estos cambios van además en una línea muy parecida a lo que sucede con las ECVs en general y con la HTA en particular.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la ERC ha sido elegida en la presente tesis, como la patología crónica con la que poder contrastar el efecto diferencial de los factores de protección y vulnerabilidad, comparándolos con lo que ocurre en la ECV cardiaca y en la HTA esencial.

Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) son patologías que afectan funcionalmente al pulmón y a las vías respiratorias. Dentro de ellas se encuadran, entre otras, el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El EPOC es un trastorno permanente, lento y progresivo, caracterizado por una disminución del flujo de aire y por tanto de oxígeno en las vías aéreas, a causa de una bronquitis crónica y enfisema pulmonar, esto es, el agrandamiento terminal del bronquiolo con destrucción de la pared alveolar.

Si bien la EPOC puede ser parcialmente reversible y mejorar algo con tratamiento, su definición no es tan simple. Hoy en día se plantean incluso variaciones en su tratamiento, dependiendo de si la causa que produce más agudizaciones es el enfisema, la bronquitis, el asma o la ausencia de estas patologías. De hecho, se ha planteado la existencia de una tipología de EPOC en forma de asma de carácter no reversible (Miravittles et al., 2012).

La prevalencia del EPOC en población mayor de 14 años en España fue, en el año 2012, de un 3,9% y de un 2,9% en Canarias. Considerando el sexo, y dentro de esta Comunidad Autónoma, la prevalencia del EPOC fue, entre los años 2000 y 2005, superior en

los hombres (3,8%) que en las mujeres (2,2%), situándose la tasa de mortalidad durante el año 2012 y por 100.000 habitantes, en un 69,8 (0,069%), del cual un 81,5 (0,08%) fueron hombres y un 58,2 (0,058%) mujeres (Gobierno de Canarias, 2015).

Según la OMS, en su nota descriptiva sobre prevalencia y morbimortalidad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica número 315 (OMS, 2015), la EPOC en el año 2012 y a nivel mundial, causó la muerte a 3 millones de personas, representando el 6 % de todas las muertes. En España y de acuerdo con la OMS, la mortalidad debida a la EPOC fue, en el año 2014, de un 9%, es decir, 398.000 muertes.

El asma, por su parte, se podría definir como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células mediadores de la inflamación, y que está condicionada parcialmente por factores genéticos. El asma cursa con hiper-respuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, la cual es total o parcialmente reversible ya sea por la acción medicamentosa o por remitir de manera espontánea (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, GEMA, 2009).

Con respecto a su prevalencia, el estudio IBERPOC de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), realizado en el año 2009 y en el que se evaluó a personas entre 40 y 69 años de edad, puso de manifiesto que un 4,9% de los participantes declaró haber sido diagnosticado de asma, siendo la prevalencia mayor en las mujeres.

1.4.2 Adherencia al tratamiento y calidad de vida en la ERC. El tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas se centra fundamentalmente en la evitación de ambientes de riesgo, en los que están presentes, entre otros, elementos tales como el tabaco, el polvo o la vegetación. A veces, y sobre todo en los momentos de crisis, se hace necesario la toma sistemática de medicamentos, siendo éstos completamente necesarios en fases muy avanzadas para evitar o mejorar las complicaciones. En este marco es muy importante la

influencia del entorno familiar, y especialmente cuando son niños quienes padecen la enfermedad respiratoria crónica (Drotar y Bonner, 2009).

Los niveles de adherencia a los tratamientos de enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica también son bajos. Se estima que, entre el 40% y el 60% de los pacientes tratados, llevan a cabo una adherencia adecuada, asociándose la adherencia farmacológica a un menor riesgo de hospitalizaciones y rehospitalizaciones (Stuart et al., 2010). De esta manera, el tipo de estrategias de afrontamiento y particularmente las estrategias que resultan desadaptativas, como las centradas en emociones, parecen asociadas a una peor evolución clínica del asma en adultos y a un número más elevado de visitas a urgencias (González-Freire, Vázquez-Rodríguez, Marcos-Velázquez y González de la Cuesta, 2010).

En cuanto a la calidad de vida, el número de exacerbaciones (crisis) y la dificultad respiratoria (disnea) predicen negativamente la calidad de vida del paciente, es decir, se constata una peor calidad de vida con el aumento del número de crisis y con una mayor presencia de dificultad respiratoria (Villar et al., 2014).

El uso de medicación en el tratamiento de la ERC se ha relacionado también con una peor calidad de vida (Agh, Inotai y Meszaros, 2011; Theeke y Mallow, 2013). Por ejemplo, se ha apreciado que la falta de adherencia en el consumo de tabaco en pacientes con diagnóstico y tratamiento para el asma se relacionaba con una peor calidad de vida tanto física como mental, y con mayor número de hospitalizaciones (Eisner y Iribarren, 2007). De igual modo, se ha observado una correlación positiva entre la falta de adherencia a la medicación y una mayor cantidad de despertares nocturnos (Halimi et al., 2010), probablemente asociados a la dificultad respiratoria, lo cual puede generar un estado de salud más deteriorado.

1.4.3 Factores psicosociales y la enfermedad respiratoria crónica.

1.4.3.1 Factores de protección. Con respecto a este tipo de factores, en primer lugar y en lo que a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se ha encontrado evidencia de altas correlaciones positivas entre la resiliencia y la salud mental, lo cual podría estar indicando que la presencia de esta característica podría promover el control emocional (Vinaccia y Quinceno, 2011).

En lo que al control de ira se refiere, y en línea constatada en relación con la enfermedad crónica en general, se ha encontrado (Labott, Sanjabi, Jenkins y Iannuzzi, 2001) que los pacientes con EPOC manifestaban tener un menor control de la ira en comparación con el grupo control, el cual estaba compuesto por pacientes, y en algunos casos sus parejas, y no presentaban enfermedad respiratoria crónica. En este estudio, no obstante, los dos grupos de participantes empleados, tanto los enfermos como los sanos, manifestaron altos niveles de ira.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento, los pacientes con asma, con independencias de su gravedad, tienden a utilizar más y de forma adaptativa las estrategias centradas en el problema, como evitar ambientes de riesgo de forma activa para hacer frente al problema, y estrategias emocionales como la aceptación de la enfermedad o la búsqueda de apoyo emocional, antes que el apoyo instrumental, para evitar el estrés derivado de su enfermedad y mejorar el comportamiento promotor de la salud (Lind et al., 2015).

Sin embargo, hay datos que avalan que algunas de las estrategias centradas en las emociones, resultan predictoras de una autoeficacia más baja a la hora de afrontar la EPOC (Lee et al., 2014), lo cual puede ser un indicador indirecto de una menor resiliencia ante la enfermedad.

La aceptación es otro mecanismo que parece actuar como un factor modulador de la adherencia a los tratamientos en pacientes con asma (Baiardini et al., 2006). Así, se ha

encontrado que la aceptación, considerada en términos de asumir y considerar la necesidad y conveniencia del tratamiento, así como de los beneficios percibidos del mismo y su coste, se asociaban con una mejor adherencia en persona adultas con diagnóstico de asma (Chiu et al., 2014). Khmour, Hawwa, Kidney, Smyth y McElnay (2012) hallaron también que los bajos beneficios percibidos, como valorar la ineficacia de la medicación, predecían una mala adherencia a la medicación.

Por otra parte Vinaccia y Quiceno (2011) encontraron que la resiliencia correlacionó de manera positiva con la calidad de vida mental, apareciendo también el control personal como un predictor positivo de la calidad de vida mental; mientras que la preocupación acerca de las consecuencias físicas, sociales, económicas y emocionales que acarrea la enfermedad resultó ser un predictor negativo de la calidad de vida mental.

Sugieren estos autores que el control personal y la resiliencia podrían ser variables que promuevan la regulación emocional en pacientes con EPOC. En esta línea, se ha constatado que el autocontrol y el manejo ante la enfermedad, basado en automotivarse para realizar las actividades beneficiosas, en invertir recursos diversos para obtener beneficios a largo plazo y en la autoeficacia, son predictores positivos e independientes de la calidad de vida, tras controlar la dificultad respiratoria y las hospitalizaciones. Es decir, una actitud positiva y resiliente ante la auto-gestión de la enfermedad parece asociarse a una mejor calidad de vida (Benzo, Abascal-Bolado y Dulohery, 2016).

1.4.3.2 Factores de riesgo o vulnerabilidad. Considerando la enfermedad respiratoria crónica, los principales factores de riesgo o vulnerabilidad que se han apreciado, aparte del genético (Drazen, 2016; Pouladi, Bime, Garcia y Lussier, 2016), son el consumo activo o pasivo de tabaco, la contaminación ambiental o laboral y la hiperreactividad bronquial (GEMA, 2009; Jordán et al., 1998).

En cuanto al impacto que pueden tener los factores psicosociales, y en particular los emocionales, la presencia de la depresión en este tipo de pacientes es elevada (Stuart et al., 2010), aumentando su presencia el riesgo de morbi-mortalidad (Kellerman, Christensen, Baldwin y Lawton, 2010). Van Manen et al. (2002) encontraron, en pacientes con EPOC y que además tenían dificultad respiratoria severa, un mayor riesgo de desarrollar depresión en contraste con pacientes cuya dificultad respiratoria era moderada y con personas sanas que formaban el grupo control.

La ansiedad también ha revelado una alta prevalencia en pacientes con EPOC, habiendo entre un 13 y un 43% de pacientes ambulatorios en los que se han observado niveles elevados de ansiedad (Willgoss y Yohannes, 2013), así como en personas asmáticas (Fernández, 2012). La ansiedad, además, ha resultado ser predictora de la depresión a corto y largo plazo en pacientes con EPOC (Narsavage y Chen, 2008).

Tanto la depresión como la ansiedad se han asociado también con un peor control de la enfermedad en pacientes asmáticos (Liu et al., 2014).

De igual modo, se ha encontrado que parece haber una distinta asociación de la depresión y la ansiedad según sea el estado de gravedad de la EPOC, esto es, dependiendo de si la afectación del flujo respiratorio existente es leve, moderada o grave. Así, mientras que los niveles de depresión tienden a ser constantes en todos los casos, con independencia de la gravedad, el estado de ansiedad se ha visto que es mayor cuando la afectación o dificultad respiratoria es moderada o grave, es decir, los niveles de ansiedad resultan ser más elevados conforme mayor es la gravedad o la dificultad respiratoria (Kirkil, Deveci, Deveci y Atmaca, 2015).

Con respecto a la ira, se ha encontrado que niveles más elevados de ira exteriorizada se asociaba en pacientes con la presencia de EPOC, en comparación con las personas sana, (Labott et al., 2001).

Por otra parte, se ha encontrado un mayor grado de alexitimia en pacientes con EPOC (Han et al., 2011). El estudio de Amore (2013) reveló que en pacientes asmáticos, la alexitimia se asociaba con una peor función pulmonar, con un control más inefectivo de la enfermedad, con estrategias de afrontamiento como la negación y la desconexión conductual, y con una mayor ansiedad y depresión, si bien no hubo diferencias entre el grupo de pacientes con niveles elevados de alexitimia y peor función pulmonar y el grupo con bajos niveles de alexitimia y mejor función pulmonar respecto a la ansiedad y la depresión. De igual modo, la dimensión de alexitimia referida a la dificultad para identificar sentimientos se ha relacionado con más visitas a urgencias (Vazquez et al., 2010).

Respecto al riesgo, y a diferencia de lo que se ha observado en algunas enfermedades crónicas no cardiovasculares, en aquellos pacientes que padecen EPOC, la comunicación de los riesgos que implican su enfermedad parece favorecer a corto plazo, un mayor sentimiento de control y comprensión de la enfermedad, si bien este efecto no se mantiene a largo plazo (Bonsaksen et al., 2015).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el empleo de estrategias centradas en la emoción, como la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, la religión, el humor, el consumo de alcohol, el desenganche, la confrontación, la ventilación de las emociones, la aceptación, la negación, el crecimiento, la reinterpretación positiva, y las actividades de distracción y escape, han aparecido asociados con una peor evolución clínica del asma en adultos y con un número más elevado de visitas a urgencias (González-Freire et al., 2010).

Estos autores (González-Freire et al., 2010) hallaron además que estas estrategias parecían incrementarse con la percepción de gravedad que tenía el paciente de la enfermedad, estando esta percepción caracterizada por síntomas diurnos continuos, nocturnos frecuentes y por una actividad física limitada. Por otro lado, estas estrategias han aparecido también como

predictoras de depresión a corto plazo en pacientes con EPOC después de la hospitalización (Narsavage y Chen, 2008).

A la hora de examinar la relación de los factores de riesgo comentados con la adherencia a los tratamientos en la ERC, se ha encontrado una mayor evidencia en lo que a la depresión y la ansiedad respecta. En concreto, la depresión se ha asociado con una mayor proporción de individuos que han manifestado haber interrumpido el tratamiento farmacológico en la EPOC (Khdour et al., 2012; Qian et al., 2014). De igual modo, Choi, Chung y Han (2013), encontraron una peor adherencia al tratamiento farmacológico y de llevar a cabo una actuación adecuada (por ejemplo, a la hora de administrar el tratamiento o el acudir a los servicios sanitarios ante la presencia de síntomas de dificultad respiratoria manejables por el individuo) cuanto mayores eran los niveles de depresión y ansiedad. Estos datos sugieren que el tratar farmacológicamente la depresión, en presencia de la EPOC, podría aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico específico para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Sirey, Raue y Alexopoulos, 2007).

En relación con la calidad de vida, tanto la ansiedad como la depresión han demostrado contribuir a una peor calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Lavoie et al., 2006; Yildirim, Hacıhasanoğlu Aşilar, Bakar y Demir, 2013). De hecho, la calidad de vida física y la ansiedad parecen mejorar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica mediante rehabilitación respiratoria, aumentando con ella los niveles de calidad de vida física y disminuyendo los de ansiedad (Büchi, Brändli, Klingler, Klaghofer y Buddeberg, 2000).

En esta misma línea, Zoeckler, Kenn, Kuehl, Stenzel y Rief (2014) han encontrado que la rehabilitación respiratoria disminuye los niveles de ansiedad y depresión, y las percepciones negativas sobre el curso clínico de la enfermedad, esto es, sobre las consecuencias, los síntomas, el control personal, el control del tratamiento, la comprensión de

la enfermedad y la representación emocional de la misma. Además, la percepción que tenían los pacientes previa a la rehabilitación, apareció como un predictor negativo de la calidad de vida mental post rehabilitación, es decir, una percepción más positiva de la enfermedad se asoció con mejor calidad de vida mental. De ello se concluye que niveles más bajos de percepción negativa de la enfermedad previa a la rehabilitación, parecen pronosticar una mejor calidad de vida mental después de la rehabilitación.

En cuanto a las dimensiones de la alexitimia, se ha apreciado que después de controlar los aspectos sociodemográficos y clínicos, la ansiedad y la depresión, paradójicamente, una mejor calidad de vida física es previsible ante la presencia de una mayor dificultad para describir sentimientos; mientras que la presencia de mayor dificultad para identificar sentimientos se ha relacionado predictivamente con más visitas a urgencias, no mostrando ninguna asociación entre el pensamiento externo con aquellos aspectos relacionados con esta patología (Vazquez et al., 2010).

No obstante, las estrategias de afrontamiento que han resultado ser más desadaptativas, en pacientes con EPOC o con asma son las centradas en la emoción, (Hesselink et al., 2004), siendo la negación la que se ha asociado con una percepción más negativa de la calidad de vida física (González-Freire et al., 2010).

En jóvenes asmáticos, con una edad comprendida entre los 12 y los 16 años, se ha encontrado que presentan una peor calidad de vida, habiendo una asociación positiva entre las estrategias de afrontamiento de los estilos de vida restrictivos, la reevaluación positiva y la búsqueda de información con una mejor calidad de vida (Verma, M. y Verma, Sh., 2013).

1.4.4 Influencia de factores sociodemográficos y clínicos en ERC. En el caso del sexo, se ha encontrado que esta variable resulta diferenciadora en cuanto al manejo que los pacientes hacen de la ERC. Así, las mujeres con asma parecen realizar más visitas a las

urgencias no hospitalarias; mientras que los hombres con EPOC son los que tienden a hacer más visitas a urgencias hospitalarias en comparación con las mujeres (Ballester et al., 1999).

En los hombres con EPOC se han encontrado también mayores niveles de alexitimia y de dificultad para describir los sentimientos, así como de pensamiento orientado al exterior. En la faceta relativa a las dificultades para identificar sentimientos, sin embargo, las mujeres con EPOC han sido las que han mostrado una mayor puntuación (Han et al., 2011).

El género del paciente con EPOC, según Ninot et al. (2006), también parece influir sobre el tipo de estrategias utilizadas por hombres y mujeres a la hora de afrontar la rehabilitación respiratoria. En este estudio, durante la rehabilitación se observó que tanto los hombres como las mujeres mostraban un aumento en el uso de estrategias centradas en el problema y una disminución de las estrategias centradas en las emociones. Sin embargo las mujeres refirieron emplear niveles más altos de estrategias de evitación que los hombres.

Por otra parte, la duración de la enfermedad o número de años transcurridos desde el diagnóstico, se ha revelado como un predictor negativo de autoeficacia a la hora de afrontar la enfermedad en pacientes con EPOC (Lee et al., 2014).

Asimismo parece haber una relación entre la edad de los pacientes con ERC y la adherencia. En particular se ha constatado que los pacientes con EPOC parecen presentar una mayor adherencia conforme mayor es la edad (Agh et al., 2011). Estos autores encontraron una mayor adherencia en pacientes con una media de edad de 68,63, frente a los que tenían una edad media de 54,14 años. En esta línea, se encontró respecto del número de medicamentos diarios pautados, que un menor número de medicamentos diarios prescritos constituía un predictor de mejor adherencia.

La comorbilidad también se ha aparecido asociada positivamente con una peor adherencia y calidad de vida (Chen et al., 2015). Concretamente, a mayor número de

enfermedades detectadas, la presencia del diagnóstico concurrente de EPOC se ha relacionado con una peor adherencia al tratamiento farmacológico (Khdour et al., 2012).

Por otra parte, en relación con la calidad de vida, Carrasco-Garrido et al. (2009), en un estudio con 10.711 pacientes con EPOC, hallaron que las pacientes mujeres eran más jóvenes que los hombres, fumaban menos que estos, y manifestaban una mayor comorbilidad y una menor gravedad de la enfermedad. Sin embargo, pusieron de manifiesto también una peor calidad de vida, a la vez que su tratamiento generó menos gastos para el sistema sanitario en comparación con los pacientes hombres. Otros autores, por el contrario, han encontrado una mejor calidad de vida en mujeres con EPOC en contraste con la de los hombres (Kim, J. y Kim, K., 2015).

Igualmente, la edad parece estar asociada con la calidad de vida, encontrándose que enfermos pulmonares crónicos, con una edad comprendida entre los 40 y los 64 años han referido tener una peor calidad de vida (Bentsen, Rokne y Wahl, 2013), mostrándose también la presencia de mayor comorbilidad en asmáticos asociada a peor calidad de vida.

Capítulo 5. Síntesis y Conclusiones de los Aspectos Más

Relevantes de la Fundamentación Teórica

A tenor de la revisión teórica realizada y la evidencia empírica mostrada, se hace claro que el abordaje de las enfermedades crónicas, dada su incidencia y morbi-mortalidad está claramente justificado.

Dentro de las patologías crónicas, la consideración de las ECVs en general y la HTAe en particular, además de las enfermedades respiratorias crónicas, resultan particularmente importantes teniendo en cuenta que todas ellas implican un cambio en el estilo de vida, siendo este cambio más parecido en el caso de la ECV y la HTA.

Además, en las tres parece tener especial relevancia la escasa adherencia a los tratamientos, y su repercusión sobre el control y la evolución de la enfermedad; así como el impacto que esta falta de adherencia tiene sobre el funcionamiento y la calidad de vida de paciente.

La calidad de vida es en la actualidad una variable importante que se está abordando dentro de la enfermedad física crónica, y en particular en el ámbito de la ECV y en el área de la enfermedad mental, puesto que los tratamientos se dirigen, no sólo a la reducción y eliminación de la sintomatología, sino también a la potenciación de la calidad de vida del paciente, convirtiéndose así en un objetivo del tratamiento.

Teniendo en cuenta estas consideraciones se hace necesario estudiar con mayor profundidad la adherencia y la calidad de vida en los tres grupos de pacientes que se han venido definiendo: un grupo con pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial; un segundo grupo con pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad cardiovascular y, además, hipertensión; y un tercer grupo con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica (EPOC o asma).

Por otro lado, es relevante identificar los factores de vulnerabilidad y protección, bien cognitivos y/o bien emocionales, los cuales han mostrado ser claves en la evolución y complicaciones en cada una de las patologías que se contemplan en esta tesis, así como en las enfermedades crónicas en general; y examinar si, según las distintas patologías, existen diferencias y/o similitudes respecto de su influencia sobre la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos. Ello permitiría diseñar intervenciones mejor dirigidas para poder aumentar o disminuir estos factores, según sean de riesgo o de protección y lograr así mejorar la adherencia a los tratamientos y la funcionalidad de los pacientes.

El análisis de estas diferencias o similitudes, puede permitir esclarecer si son más específicas de cada enfermedad en particular o del trastorno crónico en general.

A modo de resumen de los resultados que se han encontrado en las investigaciones descritas en los capítulos precedentes, cabe señalar que el papel de los factores protectores ha sido más estudiado en la enfermedad crónica en general, y más concretamente dentro de las patologías respiratorias. En este sentido, se ha encontrado que tanto la aceptación como la resiliencia parecen modular el malestar emocional del paciente, disminuyéndolo. La aceptación de las enfermedades respiratorias crónicas, como el asma, se relaciona con una mejor adherencia al tratamiento, mientras que la resiliencia parece asociarse con una mejor respuesta física y un mayor bienestar.

Estos aspectos han sido menos tratados en el ámbito de la ECVs y la HTA. Dentro de las ECVs no hipertensivas, hay una mayor evidencia que apoya una cierta capacidad protectora de la resiliencia, relacionándola también con una mejor respuesta física y con el bienestar. El impacto de la resiliencia en pacientes con diagnóstico de HTA no ha sido constatado, si bien hay estudios (p. ej., Chan et al., 2006; Karademas y Hondronikola, 2010; Koelewijn-van Loon et al., 2010; Obiegło et al., 2016) que han demostrado la asociación de la resiliencia y la aceptación de la enfermedad con una mejor calidad de vida y entre otros

(que lo sugieren indirectamente) Lo et al. (2016), el carácter protector de los beneficios percibidos.

Igualmente, la influencia del control de la ira ha sido poco estudiada en las ECVs y la HTA, a pesar de que algún estudio ha señalado un claro efecto protector. Sin embargo, en enfermedades crónicas no cardiovasculares y en enfermedades respiratorias crónicas, sí que se ha encontrado alguna aportación que sugiere menores niveles de control de ira.

En referencia a los factores de vulnerabilidad, la depresión parecer ser una variable emocional que afecta de manera negativa a todas las patologías, si bien es en las ECVs no hipertensivas donde se ha constatado su mayor efecto sobre la vulnerabilidad.

La ansiedad también aparece como un factor de riesgo presente en las tres patologías consideradas, aunque los resultados no son del todo consistentes en los grupos de pacientes con HTA, o en el caso de la ERC, en las que el impacto de riesgo de la ansiedad parece estar modulado por la gravedad de la dificultad respiratoria o la gravedad de la enfermedad, poniendo en duda si la ansiedad actúa como un factor de riesgo o como reacción ante la enfermedad.

Respecto a la ira interiorizada, parece afectar negativamente a la ECVs y la HTA, aunque este impacto no está del todo avalado por los estudios, además de que son escasas las investigaciones que se han realizado para valorar su influencia sobre la adherencia y la calidad de vida.

De igual modo, tampoco son claros del todo los datos encontrados acerca del papel que tiene la ira exteriorizada y el riesgo percibido, habiéndose constatado respecto de éste último su dudosa intervención como elemento protector o generador de vulnerabilidad.

La desesperanza y la alexitimia son dos factores que se han investigado más dentro de la enfermedad crónica, sobre todo en relación con las ECVs y la HTA, poniéndose de

manifiesto su papel en el incremento de la vulnerabilidad del paciente. No obstante, en el caso de la alexitimia, hay datos que avalan también un cierto carácter protector.

La presencia de estos factores de riesgo y principalmente de la depresión, parecen ejercer un impacto negativo sobre la adherencia y calidad de vida en pacientes con ECV o HTA, si bien en referencia a esta última, los resultados han demostrado ser dispares.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento los resultados obtenidos son también poco clarificadores.

En relación con el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por los pacientes para manejar su enfermedad, y la capacidad de estas estrategias para favorecer una mejor o peor adaptación a la misma, se ha encontrado que en la enfermedad crónica en general, y en concreto en las ECVs, la HTA y las enfermedades respiratorias crónicas, las estrategias centradas en la tarea o el problema promueven un mejor ajuste; mientras, que las estrategias centradas en las emociones parecen asociarse con procesos desadaptativos.

En la investigación realizada con pacientes con ECV y HTA los resultados no son del todo consistentes, ya que se ha observado que el posible carácter protector de determinadas estrategias, como la negación o el distanciamiento, o de las centradas en el problema, como por ejemplo la planificación, dependería también de las fases de cada enfermedad.

Se hace evidente, por lo tanto, la necesidad de clarificar la presencia de aquellos factores de vulnerabilidad que tienen un impacto altamente negativo sobre el paciente, específicamente en lo que a la adherencia al tratamiento y a la calidad de vida se refiere. Este conocimiento, junto con la identificación de los factores de protección que podrían estar presentes o ausentes, permitiría identificar qué pacientes se encontrarían en un estado de riesgo alto, en el cual la realización de una intervención psicológica sería pertinente.

Por otro lado, se ha apreciado que la mayoría de los estudios sobre los factores de protección y vulnerabilidad se ha tendido a realizarlos de forma separada, siendo la

investigación menor cuando se trata de examinar la aportación conjunta de ambos tipos de factores.

De cara a poder establecer un continuo de riesgo-protección en el cual poder situar a los pacientes, y diseñar unas intervenciones más ajustadas al grado de riesgo que éstos manifiesten, se hace necesario conocer no solo cómo actúan ambos tipos de factores por separado, sino además explorar cuáles son las consecuencias que se derivan de su acción conjunta.

Finalmente, hay que señalar también que otras variables, como son las demográficas y algunas de naturaleza clínica, parecen asociarse con los patrones de vulnerabilidad y protección característicos de los pacientes dentro cada enfermedad, destacando en este sentido la edad, el sexo, la duración de la enfermedad y la comorbilidad. El examinar estos aspectos sociodemográficos y médicos puede contribuir a entender mejor cómo es el ajuste que presenta cada persona en relación con su patología, además de tenerlos en cuenta tanto a la hora de evaluar al paciente como de intervenir sobre él.

En resumen, los estudios revisados en esta parte introductoria de la tesis ponen en evidencia la necesidad de clarificar cómo actúan los factores, en principio, protectores y de vulnerabilidad en cada una de las enfermedades crónicas consideradas, y en particular dentro de las ECVs y la HTA. Asimismo, resulta importante examinar cómo se relacionan todas estas variables, junto con otros aspectos, como la edad del paciente, el sexo o la evolución de la enfermedad, con la posible falta de adherencia a los tratamientos y su calidad de vida.

De este modo, se puede facilitar el planteamiento de intervenciones desde la consulta de atención primaria más efectivas y eficientes, dirigidas a modificar aquellas variables que estén poniendo en riesgo al paciente, obstaculizando su proceso de ajuste a la enfermedad e impactando de manera negativa sobre su adherencia al tratamiento y sobre su calidad de vida.

II OBJETIVO E HIPÓTESIS

Dentro del marco de la presente investigación se ha optado por definir dos objetivos generales, subdividiendo cada uno de ellos en varios objetivos específicos. A su vez, se han formulado diferentes hipótesis teniendo en cuenta la evidencia científica mostrada en los estudios revisados, y se han planteado una serie de preguntas de investigación, respecto a aquellos aspectos sobre los que no se contaba con suficiente apoyo empírico como para tratarlos en forma de hipótesis.

Objetivos Generales

Primer Objetivo General

Este primer objetivo consistirá en: (1) Identificar los factores de vulnerabilidad y protección de tipo cognitivo y emocional presentes en tres tipos de pacientes crónicos: pacientes que padezcan HTA esencial (grupo HTAe), pacientes que, además de HTA, tengan alguna otra enfermedad cardiovascular no hipertensiva (grupo ECV+HTA), y pacientes que presenten enfermedad respiratoria (grupo ERC), concretamente enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma, la cual es diferente a la patología cardiovascular. Asimismo los factores de vulnerabilidad y de protección de estos tres grupos serán comparados con un grupo de pacientes no crónicos, que muestren problemas de salud agudos (grupo control); y (2) examinar las posibles diferencias que podría haber, entre los tres grupos de pacientes crónicos, con respecto a la falta de adherencia (FA) a los tratamientos y la calidad de vida.

Objetivos específico 1.1. Analizar las posibles diferencias en los tres grupos de pacientes crónicos (HTAe, ECV+HTA y ERC) con respecto a:

-Los factores de vulnerabilidad referidos a: la indefensión, la alexitimia total y las dimensiones relativas a la dificultad para identificar sentimientos y dificultad para describir sentimientos; la desesperanza total y sus tres dimensiones (afectiva, motivacional y cognitiva), la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada, la ira interiorizada y las estrategias de afrontamiento centradas en un manejo disfuncional de la emoción.

- Los factores de protección referidos a: la aceptación, los beneficios percibidos, la resiliencia, el control de la ira exteriorizada, el control de la ira interiorizada; las estrategias de afrontamiento orientadas al problema, las estrategias de afrontamiento centradas en un buen manejo de la emoción y la percepción de riesgo.

Hipótesis 1.1.1.- Se apreciarán diferencias significativas en los factores de vulnerabilidad relativos a la depresión y ansiedad en los tres grupos de pacientes con enfermedad crónica en comparación con el grupo control (pacientes que no tengan una enfermedad crónica diagnosticada). Asimismo se apreciarán diferencias en ansiedad y depresión en función de la patología crónica considerada (HTAe, ECV+HTA o ERC), siendo los pacientes con ECV+HTA los que indiquen un mayor estado de depresión y ansiedad.

Hipótesis 1.1.2.- En el grupo HTAe y en el grupo ECV+HTA se observarán niveles de ira interiorizada más elevados que en el grupo ERC y en el grupo control.

Pregunta de investigación 1.1.1.- ¿Habrá diferencias significativas con respecto a la aceptación y la resiliencia entre los pacientes que tengan algún tipo de enfermedad crónica, en comparación con el grupo control? y ¿Será el grupo ERC el que muestre mayores niveles de aceptación y resiliencia, probablemente por una menor presencia de factores de riesgo?

Pregunta de investigación 1.1.2.- ¿Habrá diferencias en los factores protectores referidos a los beneficios percibidos, el control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada según el tipo de enfermedad crónica padecido?

Pregunta de investigación 1.1.3.- ¿Existirán diferencias en los factores de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia y desesperanza) según el tipo de enfermedad crónica padecida?

Pregunta de investigación 1.1.4.- ¿Habrá diferencias significativas en el riesgo percibido, según el tipo de enfermedad crónica padecida?

Pregunta de investigación 1.1.5.- ¿Habrá diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento (las orientadas al problema, las centradas en un buen manejo de la emoción y las centradas en un manejo disfuncional de la emoción) según el tipo de enfermedad crónica padecida?

Objetivos específico 1.2. Investigar las posibles diferencias en los tres grupos de pacientes crónicos (HTAe, ECV+HTA y ERC) en relación con la falta de adherencia (FA) a los tratamientos y la calidad de vida.

Hipótesis 1.2.1.- Habrá diferencias significativas con respecto a la falta de adherencia (FA) a los tratamientos en función del tipo de patología crónica diagnosticada, siendo el grupo ECV+HTA el que refiera una menor falta de adherencia (FA).

Hipótesis 1.2.2.- Habrá diferencias significativas en la calidad de vida en función del tipo de patología crónica padecida, siendo el grupo ECV+HTA el que manifieste una menor calidad de vida, en comparación con el grupo HTAe, y el grupo de ERC.

Objetivos específico 1.3. Examinar las posibles diferencias que puede haber, en función de determinados aspectos sociodemográficos y clínicos (en concreto el sexo, la edad y la duración de la enfermedad) en los tres grupos de pacientes crónicos considerados con respecto a los factores de vulnerabilidad, los factores de protección, las estrategias de afrontamiento y la percepción de riesgo.

Hipótesis 1.3.1.- Las mujeres que padezcan ECV+HTA, como aquellas que solo tengan HTAe, presentarán más factores de vulnerabilidad y menos factores de protección que los hombres con los mismos diagnósticos.

Pregunta de investigación 1.3.1.- ¿Modulará la duración de la enfermedad las relaciones entre los factores de protección y los de vulnerabilidad en las distintas patologías diagnosticadas, generando perfiles de interacción distintos?

Pregunta de investigación 1.3.2.- ¿Serán las estrategias de afrontamiento y el riesgo percibido distintos, en función del tipo de patología crónica padecida y de las variables sociodemográficas y clínicas?

Objetivos específico 1.4. Investigar, en los tres grupos de pacientes crónicos, las posibles diferencias que puede haber en relación con la falta de adherencia (FA) a los tratamientos y la calidad de vida, en función de los aspectos sociodemográficos y clínicos (es decir, el sexo, la edad y la duración de la enfermedad).

Pregunta de investigación 1.4.1.- ¿Habrá diferencias significativas, en cada uno de los grupos de pacientes crónicos, con respecto a la calidad de vida y la falta de adherencia (FA) a los tratamientos, en función de los factores sociodemográficos y clínicos de la edad, el sexo y la duración de la enfermedad?

Segundo Objetivo General

Este segundo objetivo se basará en: (1) Examinar las relaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad y las estrategias de afrontamiento; así como la asociación de los factores de protección y vulnerabilidad con la falta de adherencia (FA) a los tratamientos y la calidad de vida, tanto en el grupo HTAe como en el grupo ECV+HTA; (2) comparar dichas relaciones en ambos grupo de pacientes con respecto a las que se observen en el grupo ERC, en el cual los pacientes presentan una enfermedad crónica diferente a la cardiovascular; y (3) determinar el valor predictivo de los factores de protección y vulnerabilidad con respecto las variables relativas a la falta de adherencia a los tratamientos y

la calidad de vida, en el grupo de pacientes (HTAe) y en el grupo (ECV+HTA), en contraste con el grupo de pacientes (ERC).

Objetivos específicos 2.1. Estudiar y comparar en los grupos de pacientes (HTAe, ECV+HTA y ERC) las relaciones de los factores de protección con los de vulnerabilidad y las estrategias de afrontamiento.

Pregunta de investigación 2.1.1.- ¿Qué tipo de asociación habrá entre los factores protectores y los factores de vulnerabilidad en cada uno de los grupos de pacientes considerados (HTAe, ECV+HTA y ERC)?

Pregunta de investigación 2.1.2.- ¿Cómo se relacionarán los factores de protección con las estrategias de afrontamiento en cada uno de los grupos de pacientes considerados (HTAe, ECV+HTA y ERC)?

Objetivos específicos 2.2. Estudiar y comparar en los grupos de pacientes (HTAe, ECV+HTA y ERC) las relaciones de los factores de protección y los factores de vulnerabilidad, con la falta de adherencia (FA) a los tratamientos y la calidad de vida.

Hipótesis 2.2.1.- Los factores protectores relativos a la aceptación y la resiliencia se asociarán positivamente con una mejor calidad de vida y con una menor falta de adherencia (FA) a los tratamientos en los tres grupos de pacientes crónicos considerados.

Hipótesis 2.2.2.- Los beneficios percibidos se asociarán positivamente con la calidad de vida y con una menor FA a los tratamientos en pacientes con HTAe y ECV+HTA.

Hipótesis 2.2.3.- La depresión, ansiedad y desesperanza se relacionarán negativamente con la calidad de vida y con una mayor FA a los tratamientos en los tres grupos de pacientes crónicos considerados.

Hipótesis 2.2.4.- En los pacientes con HTAe y los pacientes con ECV+HTA, la asociación negativa de los factores de vulnerabilidad con la calidad de vida, y de estos

factores con una FA más elevada a las pautas de los tratamientos será mayor que las relaciones encontradas en el grupo ERC.

En concreto, se espera que en los pacientes con ECV+HTA el tamaño de esta asociación sea el más grande, reflejando así un mayor grado de vulnerabilidad.

Hipótesis 2.2.5.- La expresión de la ira tanto interiorizada como exteriorizada se asociará negativamente con la calidad de vida y con una mayor FA a los tratamientos en pacientes con HTAe y ECV+HTA. Esta asociación, sin embargo, no se encontrará en el grupo de pacientes con ERC.

Pregunta de investigación 2.2.1.- ¿Cómo serán las relaciones del control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada con la calidad de vida y la FA a los tratamientos en cada uno de los grupos de pacientes considerados (HTAe, ECV+HTA y ERC)?

Pregunta de investigación 2.2.2.- ¿Cómo se asociarán la indefensión, la alexitimia total, la dificultad para describir sentimientos y la dificultad para identificar sentimientos con la calidad de vida y la FA a los tratamientos en cada uno de los grupos de pacientes considerados (HTAe, ECV+HTA y ERC)?

Pregunta de investigación 2.2.3.- ¿Cómo se asociará el riesgo percibido con la calidad de vida y la FA a los tratamientos en cada uno de los grupos de pacientes considerados (HTAe, ECV+HTA y ERC)?

Objetivos específicos 2.3. Analizar y comparar en pacientes con HTAe y en pacientes con ECV+HTA la contribución de los factores de vulnerabilidad y de los de protección en la predicción de la falta de adherencia (FA) a los tratamientos y la calidad de vida, comparando dicha contribución con la hallada en el grupo ERC.

Hipótesis 2.3.1.- Los factores protectores relativos a la aceptación y la resiliencia predecirán una mejor calidad de vida y una menor falta de adherencia en cada uno de los grupos de pacientes considerados (HTAe, ECV+HTA y ERC).

Pregunta de Investigación 2.3.1.- ¿Qué factores de vulnerabilidad predecirán una mayor FA al tratamiento y una calidad de vida más baja, controlando el efecto de los factores protectores, en los tres grupos de pacientes crónicos considerados?

Pregunta de Investigación 2.3.2.- ¿Qué otros factores de protección se asociarán con una calidad de vida más alta y una menor falta de adherencia a las pautas de los tratamientos, una vez que se haya controlado el efecto de los factores de vulnerabilidad, en los tres grupos de pacientes crónicos considerados?

III METODOLOGÍA

3.1 Participantes y Procedimiento

3.1.1 Participantes. Para seleccionar las distintas muestras de pacientes se accedió a la población adscrita a dos centros de salud de la isla de Gran Canaria, Canarias – España, concretamente, a los centros de salud de Agaete y Santa María de Guía a y tres cupos de pacientes adscritos a médicos diferentes, atendidos cada uno por un enfermero y un médico. Ello fue motivado para poder controlar la posible influencia que podrían tener las características del sistema sanitario y profesional, o el género de los profesionales que estuvieran atendiendo a dichos pacientes (Black, 1999; Burnier, 2000; Fernández, López, Comas, García y Cueto, 2003). En cada caso, la pareja de sanitarios estaba compuesta por un hombre y una mujer, médico/ca, enfermero/ra. Así el cupo 1 quedó formado por mujer/hombre; el cupo 2 por hombre/mujer; y el cupo 3 por hombre/mujer.

En principio, las poblaciones diana que conformarían los distintos grupos de estudio fueron las siguientes: Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial (HTAe), sin presencia de otra ECV; pacientes con diagnóstico de otra enfermedad cardiovascular, con o sin HTA asociada; pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica (ERC); y pacientes agudos sin diagnóstico de enfermedad crónica.

Todos ellos fueron extraídos del total de 4416 personas adscritas a los tres cupos médicos, quedando las poblaciones diana compuestas del siguiente modo: 972 personas con diagnóstico de HTA esencial; 278 pacientes con diagnóstico de ECV no hipertensiva; 320 individuos con diagnóstico de ERC. Para el grupo de personas sin diagnóstico de enfermedad crónica se utilizó el resto de población, esto es, 2846 personas.

Dos enfermedades que, en este sentido, se descartaron como objetivo de estudio de la tesis fueron por un lado, la diabetes y por otro, el cáncer.

Algunos estudios han considerado la diabetes como un factor de riesgo para otras enfermedades cardiovasculares (Kannel y McGee, 1979; Sáez, Suárez, Blanco y Gabriel,

1998); o bien han señalado que existe una elevada comorbilidad entre ellas, debido sobre todo a que aquellos pacientes afectados por la diabetes que no necesitan tratamiento con insulina (no insulín dependientes) tienen asociada una alta incidencia de obesidad (Wang, Rimm, Stampfer, Willett y Hu, 2005), la cual sí parece relacionada directamente con ECV como factor de riesgo.

Por otra parte, si bien no se ha constatado un efecto directo de la diabetes como factor de riesgo de las ECVs, dos estudios del grupo UK Prospective Diabetes Study (1998), ambos dirigidos por Turner, en los que se han controlado los niveles de glucemia y su efecto sobre las ECVs, han mostrado que este riesgo parece relativo, disminuyendo el control de niveles de glucemia los efectos microvasculares de la enfermedad, pero no la disminución de grandes eventos cardiacos, como el IAM o el ICTUS.

Por estos motivos, en la presente tesis se ha optado por admitir la diabetes, permitiendo aleatoriamente su presencia como un indicador de comorbilidad con las otras enfermedades, en aquellos pacientes de los diferentes grupos que conforman la muestra, a excepción del grupo de pacientes sin enfermedad crónica, en el que se considerará como un criterio de exclusión.

Con respecto a los pacientes afectados de cáncer (patología también descartada) se ha constatado que los pacientes oncológicos poseen un alto índice de problemas emocionales y comorbilidad psiquiátrica, presentando la mitad de ellos algún problema emocional, en forma de trastorno de adaptación, depresión, ansiedad o pérdida de la autoestima (Garrell y Gimferrer, 2014) y aunque en esta tesis se abordarán estos aspectos emocionales, se estableció que su nivel de gravedad no fuera tan alto como es más previsible encontrar en los pacientes afectos de cáncer.

Los criterios de inclusión que se emplearon para definir las poblaciones diana fueron: personas de ambos sexos sin distinción por su estado civil; edad comprendida entre los 18 y los 80 años y presencia de diagnóstico de alguna de las patologías objeto de estudio.

El diagnóstico debía estar recogido en la historia clínica según criterios fijos, para filiarlos a un grupo de estudio determinado. En el caso del grupo de HTAe debía estar recogido el diagnóstico de hipertensión arterial esencial. El grupo de ECV no hipertensiva requería el diagnóstico de Isquemia cardiaca -IAM-, ACV, insuficiencia cardiaca y patología arterial o valvular cardiaca; con o sin presencia de HTA, si bien, posteriormente, los pacientes con ECV sin presencia de hipertensión fueron excluidos por el escaso número captado, con el objetivo de conformar un grupo más homogéneo de ECV con HTA. El grupo de ERC debía componerse por personas diagnosticadas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma. En todos los grupos de enfermedad crónica, se permitió la presencia de comorbilidad con diabetes y/o hipercolesterolemia. En el caso del grupo sin enfermedad crónica, el criterio de inclusión fue pertenecer a los cupos médicos objeto de estudio, acudir accidentalmente a los servicios sanitarios y desear participar en el estudio. En este grupo se permitieron pacientes con hipercolesterolemia.

En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron, según cada grupo, aquellos pacientes que presentaban enfermedad cardiovascular o hipertensión secundaria y/o enfermedad respiratoria crónica, en el grupo con HTAe; en ECV, la presencia de enfermedad respiratoria crónica; presencia de cualquier ECV y/o HTA en el grupo con ERC; y presencia de HTA, ECV+HTA y/o ERC, en el grupo de personas sin enfermedad crónica.

En todos los grupos constituyó un criterio de exclusión la presencia de diagnóstico de cualquier otra enfermedad crónica de tipo oncológico, renal, hepático, y/o psiquiátrico, o haber estado en tratamiento psicológico durante el último año.

3.1.2 Procedimiento. En primer lugar, tras presentar el proyecto y solicitar colaboración de los directores de ambos centros de salud y de los profesionales colaboradores (sanitarios que atienden regularmente a los cupos de pacientes seleccionados), se solicitó a la Unidad de Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Área de Salud de Gran Canaria (Servicio Canario de Salud) la acreditación, autorización y aprobación ética previas del proyecto de investigación recibido el 2 de mayo de 2013 (ver Anexo B1).

Seguidamente, se procedió a pedir la información necesaria acerca de las historias clínicas informatizadas de los pacientes. Se obtuvo así un archivo “ACCESS” que contenía datos sociodemográficos, datos relativos a los hábitos de salud y toda la información referida a los diagnósticos médicos de la población adscrita a los centro de salud y médicos objeto de estudio (con un total de 4416 personas).

Si bien el estudio planteado fue longitudinal con dos fases: una inicial “línea base” y otra de seguimiento, transcurrido un año “fase de seguimiento”, en la presente tesis se ha optado por plasmar el estudio transversal, es decir, el realizado durante la línea base, debido a la gran extensión de los resultados y datos, de cara a no condicionar la estructura de la tesis.

En la línea base, mediante un procedimiento de filtrados sucesivos y utilizando los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados, se acotó la población diana a hipertensos esenciales, enfermos con enfermedad cardiovascular no hipertensiva y enfermos respiratorios, seleccionando por muestreo aleatorio sistemático una muestra de 150 pacientes para cada grupo de enfermos crónicos.

Los pacientes con HTAe y ECV seleccionados fueron captados durante sus visitas programadas a las consultas de enfermería, para el control y seguimiento de su enfermedad; los pacientes con ERC en sus visitas periódicas para conseguir medicación o cuando acudían de manera esporádica a la consulta médica. En aquellos casos en los que por distintas circunstancias no fue posible localizar a los pacientes de los grupos con enfermedad crónica,

se procedió a contactar telefónicamente con ellos. En cuanto al grupo de pacientes sin diagnóstico de enfermedad crónica, el muestreo fue no probabilístico por cuotas y accidental, estando realizado sobre la población diana en sus visitas esporádicas al centro de salud.

De las 600 personas elegidas en la línea base, se logró contactar con 447 pacientes, 57 de los cuales no quisieron participar en el estudio. A los 390 restantes se les solicitó su consentimiento para participar en el mismo y se les entregó el cuadernillo que contenía todas las escalas objeto de estudio. Los participantes debían llevárselo a casa y devolverlo cumplimentado.

Siete pacientes que presentaron ECV pero no tenían diagnóstico de HTA fueron eliminados, dado el escaso número de pacientes captados que se caracterizaban por tener ECV sin hipertensión, y por lo tanto no siendo posible evaluar en pacientes con ECV las diferencias entre aquellos que tuvieran HTA y aquellos que no la presentaran. De esta manera, el presente grupo quedó redefinido con pacientes en los cuales estaba presente alguna patología cardiovascular no hipertensiva y tenían también diagnóstico de HTAe (ECV+HTA).

Asimismo, cuatro pacientes no rellenaron adecuadamente el cuestionario y ocho casos fueron considerados atípicos o “outliers”, siendo eliminados de los análisis posteriores.

La muestra final del estudio quedó compuesta por lo tanto, por 371 personas que por grupos se distribuyó en: 132 pacientes con diagnóstico de HTAe, 66 pacientes con diagnóstico de ECV con HTAe asociada, 72 pacientes con ERC y 101 personas sin enfermedad cardiovascular, respiratoria o crónica diagnosticada.

3.2 Instrumentos de Evaluación

3.2.1 Historias de salud informatizadas de los pacientes adscritos a los centros y cupos seleccionados: Esta información fue proporcionada por el Servicio Canario de Salud, mediante un archivo “ACCESS” que contenía los datos solicitados de las historias de salud

informatizadas de los pacientes adscritos a los centros. En este archivo se encontraban datos referidos al sexo y la edad de los pacientes; la duración de su enfermedad (definida por los años transcurridos desde el diagnóstico); así como información sobre factores de riesgo autoinformados en consulta, referidas al consumo de tabaco y alcohol.

La información relativa a los factores de riesgo se categorizó de diferente manera. Con respecto al consumo de tabaco, se definieron las categorías de “no fumador” (es decir, “ni fuma ni nunca ha fumado”); “ex fumador” (“fumó, pero actualmente no lo hace”), y “fumador” (“fuma en la actualidad”). El consumo de alcohol quedó definido en “no bebedor habitual”(es decir, “no consume nada de alcohol”), y “bebedor habitual” (“consume alcohol habitualmente con independencia de la frecuencia”).

A partir de esta base de datos se definieron los criterios de inclusión y exclusión para poder establecer las poblaciones diana, y seleccionar posteriormente la muestra del estudio.

3.2.2 Cuadernillo: El cuadernillo que se entregó a los participantes fue un documento en el que se planteaban una serie de cuestiones para recabar información sociodemográfica y clínica, e incluía las diferentes escalas para medir las variables elegidas en el estudio. La información recogida a través del cuadernillo fue autoinformada. Los datos recogidos en el cuestionario permitieron, a su vez, confirmar los obtenidos a través de la historia clínica.

Información sociodemográfica: Esta información recabó mediante una serie de preguntas de aspectos sociodemográficos sobre el sexo, el estado civil y la actividad laboral: la cual se categorizó como “trabaja” y “no trabaja”.

Información clínica, relativa a la duración y comorbilidad de la enfermedad: La información relativa a la duración de la enfermedad se operativizó a través del número de años transcurridos desde el diagnóstico, categorizada en: “hasta tres años” y “más de tres años”. Respecto a la cantidad de medicación diaria que tiene pautada el paciente, se

establecieron las categorías de “ninguna” (no tiene indicada medicación diaria) y “más de 3” (tiene pautados más de tres medicamentos al día).

Evaluación de aceptación y beneficios percibidos. Se utilizó el cuestionario de cogniciones en situaciones de enfermedad (ICQ; Evers et al., 2001). Este cuestionario evalúa varios aspectos o constructos cognitivos, entre ellos la aceptación y los beneficios percibido, asociados generalmente al contacto prolongado con la enfermedad. El cuestionario consta de 18 ítems, distribuidos en tres subescalas entre ellas las mencionadas, con 6 ítems cada una de ellas. El formato de respuesta es de tipo Likert con 4 puntos (1: no; 2: algo; 3: mucho; y 4: completamente).

El test ha mostrado una buena fiabilidad en muestras de habla castellana (Vinaccia y Arango, 2003), siendo $\alpha = .86$ para la aceptación, y $\alpha = .84$ para los beneficios percibidos. En nuestro caso, se obtuvo entre un $\alpha = .70$ y $\alpha = .86$ en aceptación y en el caso de beneficios percibidos, entre $\alpha = .71$ y $\alpha = .85$.

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003). Se utilizó la traducción al castellano de Bobes et al. (2008), cedida por los autores originales para su uso exclusivo en el presente estudio, con el compromiso de indicar su reserva de derechos “Copyright” y no reproducir su escala completamente en los anexos de la presente tesis. Por este motivo, no consta en el cuadernillo incluido en los mismos (ver Anexo B5). La escala valora el conjunto de capacidades y/o habilidades y sus influencias (alta competencia personal, tenacidad, control, confianza en la intuición, tolerancia a los efectos negativos, fortaleza, aceptación positiva de los cambios, relaciones seguras y la influencia espiritual), que permiten una adaptación adecuada a las distintas situaciones de estrés. Consta de 25 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (donde 0: en absoluto; 1: rara vez; 2: a veces; 3: a menudo; y 4: casi siempre).

El test ha mostrado una alta validez y fiabilidad, siendo el alfa de Cronbach=.89 (Connor y Davidson, 2003). En la presente investigación se confirmó esta alta fiabilidad, obteniendo un alfa de Cronbach comprendido entre $\alpha=.86$ y $\alpha=.91$.

Evaluación del control de ira. Para evaluar el control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada, se emplearon las subescalas incluidas en la escala de expresión de la ira (Spielberger y Sydeman, 1994), ambas con (6 ítems), que suponen la tendencia a controlar estas emociones y recanalizarlas de forma adecuada.

Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos en nuestro estudio, fueron: entre $\alpha=.79$ y $\alpha=.81$ para el control de ira interiorizada, y entre $\alpha=.79$ y $\alpha=.86$ para el control de ira exteriorizada.

Evaluación de la indefensión. Se realizó mediante el Cuestionario de cogniciones en situaciones de enfermedad (ICQ; Evers et al., 2001) que evalúa varios aspectos o constructos cognitivos, entre ellos la indefensión, asociada generalmente al contacto prolongado con la enfermedad. El cuestionario consta de 18 ítems, distribuidos en tres subescalas entre ellas la indefensión, con 6 ítems cada una de ellas. El formato de respuesta es de tipo Likert con 4 puntos (1: no; 2: algo; 3: mucho; y 4: completamente).

El test ha mostrado una buena fiabilidad en muestras de habla castellana (Vinaccia y Arango, 2003), siendo $\alpha=.74$ para la indefensión. En nuestro caso, se obtuvo entre un $\alpha=.86$ y $\alpha=.88$ para indefensión.

Escala Toronto de Alexitimia de 20 ítems (TAS-20); Bagby, Parker y Taylor, 1994a; 1994b). Este instrumento evalúa el rasgo de alexitimia, esto es, la dificultad para identificar y describir los sentimientos, así como un estilo cognitivo orientado externamente. Compuesta de 20 ítems, tiene un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (donde 1: nada; 2: poco; 3: algo; 4: bastante; y 5: mucho). Consta de tres subescalas: la TAS 1 (7 ítems), que mide la dificultad para identificar los sentimientos; la TAS 2 (5 ítems), que evalúa la dificultad para

describir los sentimientos; y la TAS 3 (8 ítems), que mide el pensamiento utilitario y orientado hacia el exterior. Para el presente estudio se utilizarán exclusivamente las TAS 1 y 2 así como la puntuación global obtenida en la escala considerada como “alexitimia total”. Se ha excluido también el pensamiento utilitario y orientado al exterior por el bajo coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach que puso de manifiesto ($\alpha = .25$) y por su escasa relación con el resto de las variables elegidas en este estudio, según la evidencias mostrada en investigaciones previas.

La escala posee una consistencia interna apropiada (Bagby et al., 1994b; Martínez, 1996), y ha demostrado tener una fiabilidad test-retest alta (Bagby et al., 1994b; Martínez, 1996). En nuestro estudio el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue también alto respecto a TAS 1 (entre $\alpha = .85$ y $\alpha = .87$), TAS 2 ($\alpha = .67$ y $\alpha = .72$) y para alexitimia total, ($\alpha = .83$ y $\alpha = .87$).

Escala de desesperanza de Beck (BHS; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974). Este instrumento evalúa las expectativas negativas de la persona sobre su futuro. Consta de 20 ítems con un formato de respuesta verdadero o falso, que puntúan entre 0 y 1 según un patrón específico, ítem-respuesta y una tabla correctora. Con esta escala se pueden obtener puntuaciones en tres factores: el afectivo (5 ítems), referido a los sentimientos negativos sobre el futuro; el motivacional (8 ítems), que expresa pérdida de motivación, y el cognitivo (5 ítems) que alude a las expectativas negativas sobre el futuro. Dos ítems (el 5 y el 10) no computan en ninguna subescala.

La escala presenta según Beck, et, al., 1974, una buena validez y fiabilidad con un alfa de Cronbach ($\alpha = .93$). En nuestro caso se obtuvo entre un $\alpha = .84$ y $\alpha = .86$.

Cuestionario de salud del paciente para la depresión (PHQ-9). Se utilizó la escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Spitzer, Kroenke y Williams, 1999), traducida al castellano por el MAPI Research Institute, para evaluar depresión. El PHQ-9 ha sido

elaborado a partir de la Escala de Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria (PRIME-MD; Spitzer et al., 1994), creado para el diagnóstico de determinados trastornos mentales en atención primaria de salud, entre ellos la depresión.

El PHQ-9 contiene 10 ítems, si bien solo los 9 primeros se utilizan en la evaluación de los niveles de depresión, el 10 se usa para conocer cómo afecta este estado al día a día del paciente, con un marco temporal para evaluación de problemas durante las dos últimas semanas antes de la aplicación del test y con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, oscilando el rango de puntuación entre 0-3.

El PHQ-9 ha puesto de manifiesto una alta sensibilidad y especificidad, así como, validez predictiva y de constructo concurrente con los criterios establecidos en el CIE-10, para detectar depresión en pacientes castellano parlantes tratados en atención primaria de salud (Baader et al., 2012). El coeficiente alfa de Cronbach resultó alto en el presente estudio entre un $\alpha = .84$ y $\alpha = .89$.

Escala de Ansiedad. Se empleó la subescala ansiedad de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond y Snaith, 1983), la cual evalúa el nivel de ansiedad que produce el padecimiento de un problema de salud que requiere tratamiento hospitalario. Contiene 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, oscilando el rango de puntuación entre 0-3 y estando la puntuación de dos ítems invertida.

Puesto que el HADS permite cambiar el marco temporal al cual se refiere el nivel de ansiedad experimentado, en el presente estudio se tomó como marco de referencia “el último mes”.

La puntuación global obtenida a través de la HADS ha presentado correlaciones altas con la ansiedad estado ($r = .71$) (Tejero, Guimera, Farré y Peri, 1986).

Los coeficiente de fiabilidad en la presente investigación fueron elevados (entre $\alpha = .77$ y $\alpha = .89$).

Escala de Expresión de la Ira (Spielberger y Sydeman, 1994). Este instrumento forma parte del Inventario Rasgo-Estado de Ira y su Expresión (STAXI-2), adaptado del STAXI (AX; Spielberger, Jacobs, Rusell, y Crane, 1983) por Spielberger y Sydeman (1994).

La escala evalúa la forma en que una vez que el individuo se enfada, expresa dicha ira o irritación. Se compone de 24 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (donde 1: casi nunca; 2: algunas veces; 3: con frecuencia; y 4: casi siempre). Consta de cuatro subescalas, dos de ellas de control de ira exteriorizada y de control de ira interiorizadas, ya citadas. Además de la ira exteriorizada (6 ítems), que refleja la tendencia a manifestar abiertamente de forma verbal o física, los sentimientos de ira; y la ira interiorizada (6 ítems), que representa el intento de suprimir verbal o físicamente los sentimientos de enfado.

Los coeficientes alfa de Cronbach han demostrado ser adecuados (Spielberger, 1994): Ira in (entre .73 y .75) e Ira ex (entre .69 y .77). En la adaptación española del STAXI-2 de Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona (2001) para la escala total de expresión de ira $\alpha = .69$.

En nuestro estudio se obtuvieron para ira interiorizada entre $\alpha = .62$ y $\alpha = .78$; e ira exteriorizada entre $\alpha = .61$ y $\alpha = .78$.

Escala de percepción del riesgo de enfermedades cardiacas (PRHDS; Ammouri y Neuberger, 2008). Este cuestionario evalúa la percepción individual del riesgo de llegar a presentar una enfermedad cardiaca. Contiene 20 ítems con formato Likert (donde 1: totalmente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: de acuerdo; y 4: totalmente de acuerdo) de los cuales 12 puntúan de forma invertida. Asimismo comprende tres subescalas: riesgo incontrolable, que consta de 7 ítems; riesgo conocido y moderado, que consta de 6 ítems; y riesgo desconocido, que consta de 7 ítems.

La escala ha demostrado tener una buena validez y fiabilidad, con un alfa de Cronbach entre $\alpha = .68$ y $\alpha = .80$ para la escala total y sus distintas subescalas (Ammouri y

Neuberger, 2008). En la presente investigación, los coeficientes de fiabilidad fueron entre $\alpha = .33$ y $\alpha = .89$.

Cuestionario Breve de Afrontamiento (COPE; Carver, 1997). Este cuestionario permite evaluar las distintas estrategias de afrontamiento que emplea la persona para manejar su enfermedad. Se compone de 28 ítems y 14 subescalas: afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo instrumental, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual, ventilación emocional y la subescala uso de sustancias. Esta última subescala no fue incluida en el presente estudio, ya que por metodología, al realizarse la entrega del cuestionario directamente a la persona, ésta puede sentirse examinada y vigilada ante un posible uso de drogas y condicionar su respuesta a sus ítems sobre uso y consumo de otras sustancias. Y abordaremos estas estrategias en orden a su carácter adaptativo y orientado al afrontamiento activo del problema o un buen manejo de las emociones y su matiz desadaptativo respecto de las centradas en las emociones o en un manejo disfuncional de éstas.

Cada subescala consta de de dos ítems con un formato de respuesta tipo Likert (donde 0: nunca; 1: a veces; 2: casi siempre; y 3: siempre).

En la adaptación española (Morán, Landero y González, 2010) la fiabilidad obtenida se encontró entre $\alpha = .71$ y $\alpha = .80$.

En el presente estudio los coeficientes alfa fueron desiguales para las distintas subescalas, situándose entre $\alpha = .21$ y $\alpha = .84$.

Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36 Health Survey; Ware y Sherbourne, 1992). En este estudio se utilizó la adaptación española del SF-36 Health Survey (Alonso, Prieto y Antó, 1995). El cuestionario evalúa de forma genérica el estado de salud de la persona y proporciona un perfil acerca de su nivel de funcionamiento, bienestar y estado global de salud.

Consta de 36 ítems, con respuestas tipo Liker de distintos formatos y agrupados en dos componentes principales, salud física y salud mental, que a su vez constan de varias subescalas. El componente de salud física consta de las subescalas: función física con 10 ítems; rol físico con 4 ítems; dolor corporal con 2 ítems; y salud general con 5 ítems. El componente salud mental engloba las siguientes subescalas: vitalidad con 4 ítems; función social con 2 ítems; rol emocional con 3 ítems; y salud mental con 5 ítems.

El ítem 2 no forma parte de ninguna de las escalas, proporcionando información sobre el cambio de estado salud durante el año previo. Diez de los 36 ítems puntúan de forma invertida.

Tanto el cuestionario original como la adaptación plantean un intervalo entre “0” (peor estado de salud) y “100” (mejor estado de salud) y, a tal fin, plantean la transformación lineal de las puntuaciones crudas. En el presente estudio se utilizaron las puntuaciones crudas habiendo un intervalo entre “35” (peor estado de salud) y “144” (mejor estado de salud).

En el caso de la adaptación española, y de acuerdo con el test original, la fiabilidad del cuestionario fue aceptable, obteniéndose un alfa de Cronbach entre $\alpha = .71$ y $\alpha = .94$ en todas las dimensiones, excepto en la de relación social, en la cual el $\alpha = .45$ (Alonso et al., 1995).

En nuestro caso los valores obtenidos fueron similares, estando situados los coeficientes alfa de Cronbach entre $\alpha = .72$ y $\alpha = .96$ en todas las dimensiones.

Cuestionario de Falta Adherencia al tratamiento. En el grupo de pacientes con HTAe y en el de pacientes con ECV+HTA, se utilizó la escala (ADH-HTAe) elaborada por Alemán y Rueda (2013) y aplicada en un estudio piloto realizado con personas hipertensas, con el objeto de evaluar el grado de falta de adherencia al tratamiento. En la investigación presente se adaptó la subescala de apoyo familiar, la cual no había resultado fiable en el estudio original, mediante la inversión de dos de sus ítems y el traslado de un ítem de la subescala ejercicio (ítem 17) a la subescala apoyo familiar.

Tanto el test original como la adaptación consta de 21 ítems, contruidos a partir de la estructura de preguntas recogidas en el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en hipertensión arterial (MBG, Martín, Bayarre, y Grau, 2008), y el Test de Morisky-Green-Levine (Morisky, Green, y Levine, 1986). El formato de respuesta es tipo Likert, con cinco puntos (donde, 1= Nunca; 2= Pocas veces; 3= Algunas veces; 4= Muchas veces; y 5= Siempre).

La escala de FA al tratamiento en HTAe – ECV+HTA se compone además de cinco subescalas: (1) la subescala de “Incumplimiento del tratamiento médico o farmacológico” (cinco ítems), similar a la original; (2) la relativa al “Incumplimiento de las pautas de dieta” (cinco ítems), en la que dos ítems puntúan de forma invertida similar a la original, y que en el presente estudio pasará a denominarse “Incumplimiento en reducción de rutinas de riesgo” con el objetivo de adaptarla a las patologías respiratorias crónicas; (3) la subescala de “Incumplimiento de las pautas ejercicio” (tres ítems), en la que dos ítems puntúan de forma invertida y consta de un ítem menos que la original; (4) la referida al “Incumplimiento de las pautas para reducir el consumo de tabaco” (dos ítems), la cual es igual a la original y habiendo un ítem que puntúa invertido; (5) la subescala de “Incumplimiento de las pautas de consumo de alcohol indicadas” (dos ítems), igual a la original y con un ítem que puntúa de manera invertida; y (6) la subescala de “Falta de apoyo familiar” (cuatro ítems), con un ítem más que el original y tres que puntúan invertidos.

La escala ADH-HTAe fue adaptada en el presente estudio para ser aplicada en los tres grupos de pacientes crónicos.

En el grupo ERC, dentro de la subescala “Incumplimiento en reducción de rutinas de riesgo” se sustituyeron los ítems relativos con la falta de adherencia a la dieta, menos relevantes en pacientes con enfermedad respiratoria crónica, por ítems relacionados con la evitación de ambientes de riesgo y limpieza del hogar. Esta subescala mantuvo el mismo

número de ítems (cinco) que la referida a la falta de adherencia a la dieta, invirtiéndose la puntuación en dos de ellos.

Con respecto a las demás subescalas, y su aplicación dentro de este mismo grupo de pacientes con ERC, la redacción de los ítems se adaptó a su patología manteniéndose siempre la misma dirección de la respuesta. Por ejemplo: El Ítem 1, el cual en el grupo con HTAe estaba formulado como “¿Tiene problemas para tomar la medicación para la hipertensión que le ha indicado su Médico?” (ver Anexo B2), en el grupo con ERC se enunció del siguiente modo: “¿Tiene problemas para tomar la medicación (Comprimidos o inhaladores) para su problema respiratorio que le ha indicado su Médico?” (ver Anexo B3).

Dentro del grupo de personas sin enfermedad crónica, se mantuvieron las mismas subescalas empleadas con el grupo HTAe, junto con la de “Incumplimiento en reducción de rutinas de riesgo”. Ello fue debido a que en consulta son aspectos de estilo de vida y conductas de riesgo que se abordan de forma general y preventiva en la atención de cualquier adulto. La redacción de los ítems fue modificada y se mantuvo también la misma dirección que en el grupo con HTAe. Así, por ejemplo, el Ítem 1 fue formulado, en el grupo sin enfermedad crónica, del siguiente modo: “¿Tiene problemas para tomar la medicación que le suele indicar su Médico?” (ver Anexo B4).

La escala total y la mayoría de las subescalas han demostrado tener unos coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach altos, comprendidos entre $\alpha = .72$ y $\alpha = .89$ (Alemán y Rueda, 2013). El coeficiente fue, sin embargo, muy bajo en el caso de la escala relativa a la baja adherencia por falta de apoyo familiar ($\alpha = .37$).

En el presente estudio los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach fueron moderados, tanto para la escala total y el total de la población ($\alpha = .61$), por grupos de pacientes (entre $\alpha = .59$ y $\alpha = .71$), como para el conjunto de subescalas y el total de la muestra (entre $\alpha = .42$ y $\alpha = .74$), por grupos de pacientes (entre $\alpha = .25$ y $\alpha = .85$).

3.3 Análisis Estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el programa (SPSS) Statistics Program of Social Science, versión 21.0 para Windows.

Para calcular las diferencias según el tipo de enfermedad, se llevaron a cabo una serie de análisis de varianza multivariados (MANOVAs), en los cuales se calculó el estadístico Lambda de Wilk, y el estadístico F de Fischer-Snedecor; y varios análisis de varianza univariados (ANOVAs), en aquellas variables que mostraron tener una alta correlación con la variables dependientes introducidas en los MANOVAs. En los ANOVAs se halló también el estadístico F de Fischer-Snedecor.

Los cuatro primeros MANOVAs tuvieron como objeto determinar, respectivamente, el grado de asociación del tipo de enfermedad crónica (factor fijo) con las variables dependientes, siendo éstas: los factores de protección (es decir, aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control de ira interiorizada, y control de ira exteriorizada); los factores de vulnerabilidad (es decir, indefensión, alexitimia total, desesperanza, ansiedad, depresión, ira exteriorizada, ira interiorizada y percepción de riesgo total); las estrategias de afrontamiento; y las subescalas de falta de adherencia al tratamiento (es decir, FA medicación, FA a rutinas de riesgo, FA al ejercicio, FA a disminución del consumo de tabaco, FA disminución del consumo de alcohol y FA por apoyo familiar).

En los análisis de varianza univariados (ANOVAs) realizados para comprobar las diferencias en función del tipo de enfermedad crónica, las variables dependientes introducidas fueron: como factores de vulnerabilidad, las subescalas de alexitimia (dificultad para identificar sentimientos y la dificultad para describir sentimientos); las subescalas de desesperanza (factor afectivo, factor motivacional y factor cognitivo); y las subescalas de riesgo percibido total (incontrolable, conocido/moderado y desconocido). En cuanto a la FA a

los tratamientos, se consideró como variable dependiente la FA global, y respecto a calidad de vida todas sus subescalas, además de la calidad de vida total.

A continuación, y antes de analizar las diferencias según los aspectos sociodemográficos y clínicos, se procedió a examinar el grado de asociación entre ellos en función del tipo de enfermedad crónica. Las variables sociodemográficas y clínicas consideradas fueron el sexo, la edad, la duración de la enfermedad y la cantidad de medicación diaria pautada. En estos análisis se llevó a cabo la prueba de Chi cuadrado (χ^2), además de la correlación eta para las variables nominales y de intervalo.

Además, se procedió a comprobar las interrelaciones entre los factores de protección y vulnerabilidad, así como entre falta de adherencia a los tratamientos y calidad de vida mediante un análisis correlacional, con la finalidad de definir las variables dependientes que se introducirían en los análisis de varianza.

Seguidamente, con el objetivo de detectar las asociaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas con los factores de protección y vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento, la FA a los tratamientos global y todas sus subescalas y calidad de vida total y las subescalas de calidad de vida física y mental en cada uno de los distintos grupos de pacientes, se procedió a realizar varios análisis de varianza multivariados (MANCOVAs) y univariados (ANCOVAs).

La edad fue introducida como covariable, y se utilizaron como factores fijos el sexo, la duración de la enfermedad y su interacción. En los MANCOVAs se calculó el estadístico Lambda de Wilk, y tanto en ANCOVAs como en MANCOVAs el estadístico *F* de Fischer-Snedecor, con un nivel de significación $p < .05$.

Primero, conjuntamente para variables protectoras y de vulnerabilidad, se llevaron a cabo dos tipos de MANCOVAs, teniendo en cuenta la alta correlación entre algunas variables dependientes. En uno, se introdujeron como variables dependientes, la aceptación, los

beneficios percibidos, la resiliencia, el control ira exteriorizada, el control ira interiorizada, la indefensión, la alexitimia total, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada, la ira interiorizada y el riesgo percibido total. En el otro, las variables dependientes fueron: las subescalas de dificultad para identificar sentimientos, la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza afectiva, la desesperanza motivacional, la desesperanza cognitiva, el riesgo incontrolable, el riesgo conocido / moderado y el riesgo desconocido.

En segundo lugar, para estrategias de afrontamiento se diseñó otro MANCOVA introduciéndose todas las estrategias consideradas como variables dependientes.

Por último, se realizaron otros MANCOVAs, siendo las variables dependientes la calidad de vida total y las distintas subescalas relativas a la FA a los tratamientos; y una serie de ANCOVAs, empleando, como variables dependientes, la FA global, la calidad de vida física y calidad de vida mental, dada su alta correlación con el resto de variables.

A continuación, para examinar las relaciones entre la FA a los tratamientos y la calidad de vida con los factores de protección, los de vulnerabilidad y las estrategias de afrontamiento, se obtuvieron en cada uno de los grupos de enfermos crónicos, las respectivas correlaciones, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Posteriormente, se efectuaron diferentes análisis de regresión múltiple para predecir, por un lado, la FA a los tratamientos, y por otro, la calidad de vida.

En el caso de la FA a los tratamientos se introdujeron, como variables criterio, la FA global y FA a cada una de las pautas relacionadas con el tratamiento.

Con respecto a la calidad de vida, las variables criterio elegidas fueron: la calidad de vida global, la calidad de vida física y la calidad de vida mental; y, como variables predictoras, se fueron introduciendo sucesivamente y en bloque las diferentes variables sociodemográficas y clínicas; los factores de protección; y los de vulnerabilidad,

considerando que previamente dichas variables hubieran correlacionado de modo significativo con cada una de las variables criterio en cada uno de los grupos.

En todos los análisis el nivel de significación que se empleó fue $p < .05$.

IV RESULTADOS

APARTADO I

En el presente apartado se describen las características sociodemográficas y clínicas puestas de manifiesto por la muestra total y los cuatro grupos de pacientes considerados. Además, se relatan los estadísticos descriptivos para las diferentes variables psicosociales o elementos cognitivos contemplados como factores de protección o de vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento, la falta de adherencia a los tratamientos y la calidad de vida en los cuatro grupos de pacientes; también, los expreados por la inspección preliminar de supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad de las diferentes variables y las decisiones metodológicas adoptadas en la preparación de datos para su posterior análisis.

4.1 Características Descriptivas y Clínicas de la Muestra y los Grupos de Pacientes

4.1.1 Composición de los grupos de pacientes. La muestra inicial se compuso de 379 pacientes. Sin embargo, un análisis preliminar de los datos, utilizando diagramas de tallo, puso de manifiesto la existencia de una serie de casos atípicos ($n=8$). Se optó por la eliminación de dichos casos dado que, aun después de transformar algunas de las variables de estudio, seguían manteniéndose como casos extremos.

De este modo la muestra final estuvo formada por 371 personas quienes recibían atención sanitaria primaria en el Servicio Canario de Salud (Gerencia de Atención Primaria de Las Palmas) y en dos centros de salud del norte de la isla de Gran Canaria (el Centro de Salud de Agaete y el Centro de Salud de Santa María de Guía).

La muestra se distribuyó en 4 grupos: Un primer grupo (Grupo HTAe) estuvo constituido por pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial ($N=132$), sin que tuvieran ninguna otra enfermedad cardiovascular o crónica asociada. Un segundo grupo (Grupo ECV+HTA) estuvo formado por pacientes diagnosticados de otra enfermedad cardiovascular, además de tener hipertensión arterial esencial diagnosticada ($N=66$). Un tercer grupo (Grupo ERC) se compuso de pacientes diagnosticados de enfermedad

respiratoria crónica sin que presentaran ninguna otra enfermedad crónica o cardiovascular ($N=72$). Por último, un cuarto grupo (Grupo No E.C.) estuvo integrado por pacientes que no tenían ningún diagnóstico de enfermedad cardiovascular o crónica ($N=101$) (Figura 1).

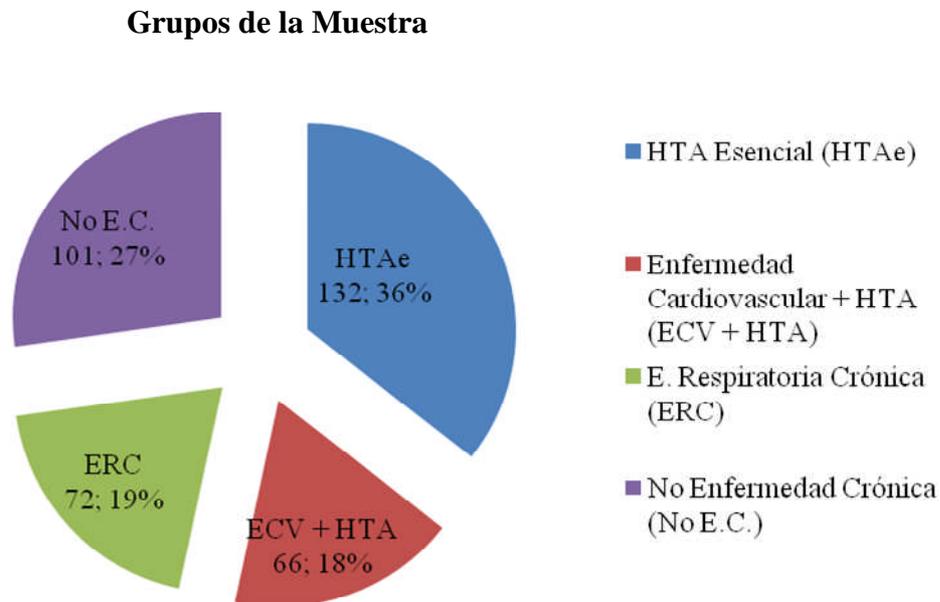


Figura 1: Distribución por grupos de la muestra total del estudio.

4.1.2 Características sociodemográficas de la muestra total y los grupos.

4.1.2.1 Muestra total. La muestra total se compuso de 159 hombres (42.86%) y 212 mujeres (57.14%). La edad media fue de 53.94 años ($DT=15.97$), estando el rango de edad comprendido entre los 18 y los 80 años.

Respecto al estado civil un 19.4% estaba soltero, un 62.3% casado, un 7.8% divorciado, un 9.9% viudo y un 0.5% vivía en pareja. En cuanto a la actividad laboral, el 35.6% se encontraba activo laboralmente y el 64.4% no tenía actividad laboral (ver Tabla 1).

4.1.2.2 Grupos.

A. *Grupo diagnosticado de hipertensión arterial esencial (HTAe).* La edad media de los 132 pacientes que formaron el grupo HTAe, es decir, diagnosticados

únicamente de hipertensión arterial esencial, fue de 58.57 años ($DT=12.16$) estando el rango de edad comprendido entre los 23 y los 80 años.

Respecto al estado civil un 11.4% estaba soltero, un 66.7% casado, un 9.1% divorciados, y el 12.9% estaba viudo. En relación con la actividad laboral, el 34.1% estaba activo laboralmente y el 65.9% no tenía actividad laboral alguna (ver Tabla 1).

B. Grupo diagnosticado de otra enfermedad cardiovascular, además de tener diagnóstico de hipertensión arterial esencial (ECV+HTA). La edad media del grupo ECV+HTA, es decir, de los pacientes que tenían un diagnóstico de otra enfermedad cardiovascular además de hipertensión esencial, fue de 66.79 años ($DT=10.28$), estando el rango comprendido entre los 42 y 80 años.

Respecto al estado civil el 3.0% estaba soltero, el 68.2% casado, el 16.7% divorciado y viudos el 12.1%. En cuanto a la actividad laboral, un 13.6% estaba activo laboralmente y un 86.4% no ejercía actividad laboral alguna (ver Tabla 1).

C. Grupo diagnosticado de enfermedad respiratoria crónica (ERC). En el grupo diagnosticado de enfermedad respiratoria crónica (ERC) la edad media fue de 46.32 años ($DT=17.70$), estando el rango de edad comprendido entre los 18 y los 76 años.

Respecto al estado civil, un 34.7% estaba soltero, un 54.2% casado, un 1.4% divorciado, y un 9.7% estaba viudo. En cuanto a la actividad laboral, el 44.4% se encontraba activo laboralmente y el 55.6% no tenía actividad laboral alguna (ver Tabla 1).

D. Grupo sin ningún diagnóstico de enfermedad crónica (No E.C.). En el grupo de pacientes que no presentaban diagnóstico alguno de enfermedad crónica la edad media fue de 44.94 años ($DT=14.08$), estando el rango de edad comprendido entre los 18 y los 76 años.

Respecto al estado civil, el 29.7% estaba soltero, el 58.4% casado, el 5.0% divorciado, otro 5.0% estaba viudo, y el 2.0% vivía en pareja. En relación con la actividad laboral, el 54.5% estaba activo y el 45.5% no ejercía actividad laboral alguna (ver Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra total y los grupos seleccionados

	HTAe	ECV+HTA	ERC	No Enfermedad	Muestra Total
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sexo					
Hombre	51 (38.6%)	40 (60.6%)	30 (41.7%)	38 (37.6%)	159 (42.9%)
Mujer	81 (61.4%)	26 (39.4%)	42 (58.3%)	63 (62.4%)	212 (57.1%)
Estado Civil					
Soltero	15 (11.4%)	2 (3.0%)	25 (34.7%)	30 (29.7%)	72 (19.4%)
Casado	88 (66.7%)	45 (68.2%)	39 (54.2%)	59 (58.4%)	231 (62.3%)
Divorciado	12 (9.1%)	11 (16.7%)	1 (1.4%)	5 (5.0%)	29 (7.8%)
Viudo	17 (12.9%)	8 (12.1%)	7 (9.7%)	5 (5.0%)	37 (9.9%)
En pareja	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.0%)	2 (0.5%)
Actividad Laboral					
Trabaja	45 (34.1%)	9 (13.6%)	32 (44.4%)	46 (45.5%)	132 (35.6%)
No trabaja	87 (65.9%)	57 (86.4%)	40 (55.6%)	55 (54.5%)	239 (64.4%)
Edad					
<i>M (DT)</i>	58.57 (12.16)	66.79 (10.28)	46.32 (17.70)	44.94 (14.08)	53.94 (15.97)

4.1.3 Características clínicas de la muestra total y los grupos.

4.1.3.1 Muestra total. En relación con la variable relativa a la duración de la enfermedad, esto es, los años que habían transcurrido desde el diagnóstico o momento en el que éste había quedado reflejado en su historia clínica, se crearon dos categorías fijándose como punto de corte el transcurso de tres años desde que el diagnóstico fue registrado. Dichas categorías fueron: (a) pacientes con hasta tres años desde el diagnóstico; y (b) pacientes con más de tres años desde el diagnóstico.

En el caso del grupo de pacientes que no tenían enfermedad crónica alguna, se consideró el siguiente criterio para establecer, en su lugar, otras dos categorías: (a) No tomar

ningún medicamento, o llevar tomándolo durante tres o menos años; y (b) llevar tomando algún medicamento durante más de tres años (ver Tabla 2).

Los 371 pacientes de la muestra total fueron agrupados en cada una de estas dos categorías según el número de años transcurridos desde el diagnóstico. En total, 174 pacientes presentaron un diagnóstico con una duración inferior o igual a los tres años. Y 197 exhibieron un diagnóstico con una duración superior a los tres años.

Con respecto al número de medicamentos tomados a diario por la muestra total, el promedio fue de 2.26 ($DT=1.89$). Un 32.6% no tomaba a diario ningún medicamento mientras que un 67.4% tomaba uno o más medicamentos. Por otra parte, un 58.2% de la muestra total no presentó ninguna comorbilidad, mientras que un 41.8% sí mostró comorbilidad con otros problemas de salud (ver Tabla 2).

En relación con la conducta de consumo de tabaco, el 60.4% de la muestra se mostró no fumador, el 24.3% exfumador y el 15.4% fumador. Y respecto al consumo de bebidas alcohólicas, el 80.1% indicó no consumir alcohol, mientras el 19.9%, manifestó consumirlo (ver Tabla 2).

4.1.3.2 Grupos.

A. *Grupo diagnosticado de hipertensión arterial esencial (HTAe).* Atendiendo al número de años transcurridos desde el diagnóstico, los participantes de este grupo se distribuyeron en: (a) 60 pacientes con un diagnóstico cuya duración era inferior o igual a los tres años; y (b) 72 pacientes con un diagnóstico cuya una duración era superior a los tres años.

La media de medicamentos que los pacientes de ese grupo tomaban al día era de 2.52 ($DT= 1.53$). Un 0.8% no tomaba ningún medicamento a diario para el tratamiento de su enfermedad crónica, mientras que un 99.2% tomaba uno o más medicamentos.

Respecto a la comorbilidad, un 47.0% no la presentó, mientras que el 53% restante sí mostró comorbilidad con otras patologías. En particular, un 53% señaló tener otro problema de salud y un 41.7% presentó dos 2 patologías, concretamente diabetes y/o hipercolesterinemia.

En cuanto a la conducta de consumo de tabaco y/o consumo de bebidas alcohólicas: el 63.6% manifestó ser no fumador, el 22.0% exfumador y el 14.4% fumador. Asimismo, el 81.1%, puso de manifiesto no consumir alcohol, mientras que el 18.9% indicó consumirlo (ver Tabla 2).

B. Grupo diagnosticado de otra enfermedad cardiovascular, además de tener diagnóstico de hipertensión arterial esencial (ECV+HTA). Los pacientes diagnosticados de ECV, y que además padecían HTAe, se agruparon del siguiente modo, teniendo en cuenta el número de años transcurridos desde el diagnóstico: (a) 19 pacientes con un diagnóstico cuya duración era inferior o igual a los tres años; y (b) 47 pacientes con un diagnóstico cuya una duración era superior a los tres años (ver Tabla 2).

Considerando el número de medicamentos que tomaban a diario, la media en este grupo fue de 4.21 ($DT= 1.22$). Respecto al tratamiento de sus patologías crónicas, todos los participantes de este grupo señalaron tomar, de forma diaria, algún medicamento relacionado con dichas patologías. En concreto, un 56.1% de la muestra refirió tomar un solo medicamento, mientras que el 43.9% restante tomaba 2 o más medicamentos para su enfermedad crónica.

Respecto a la comorbilidad, el 36.4% de estos pacientes no la presentaron, mientras que el 63.6% restante sí mostró comorbilidad con otras patologías, situándose la línea base de la “no comorbilidad” en una ECV asociada a hipertensión. En particular, un 30.3% manifestó tener otro problema de salud, un 28.8% refirió tener 2 patologías y el 4.5% presentó 3 patologías, concretamente diabetes y/o hipercolesterinemia y/o otra ECV (IAM, ACV, etc.).

En cuanto a la conducta de consumo de tabaco y/o consumo de bebidas alcohólicas, el 68.2% indicó ser no fumador, el 28.8% exfumador y el 3.0% fumador. De igual modo, el 89.4% reveló no consumir alcohol y el 10.6% indicó consumirlo (ver Tabla 2).

C. *Grupo diagnosticado de enfermedad respiratoria crónica (ERC).* De acuerdo con el número de años transcurridos desde el diagnóstico, los pacientes de este grupo se dividieron las siguientes categorías: (a) 19 pacientes con un diagnóstico cuya duración era inferior o igual a los tres años; y (b) 53 pacientes con un diagnóstico cuya duración era superior a los tres años (ver Tabla 2).

Con respecto al número de medicamentos que tomaban a diario, la media en este grupo fue de 2.36 ($DT= 1.99$). En relación con su enfermedad crónica, un 26.4% no tomaba ningún medicamento diario, mientras que el 73.6% señaló tomar 1 o más medicamentos al día.

En cuanto a la comorbilidad, el 62.5% de los pacientes no la presentó, mientras que el 37.5% restante sí mostró comorbilidad con otras patologías. En particular, un 29.2% tenía otro problema de salud y un 8.3% presentó dos patologías, concretamente diabetes y/o hipercolesterinemia.

En relación con la conducta de consumo de tabaco y/o consumo de bebidas alcohólicas, el 43.1%, reveló ser no fumador, el 25.0% exfumador y el 31.9% fumador. Asimismo, el 69.4% puso de manifiesto no consumir alcohol mientras que el 30.6% refirió consumirlo (ver Tabla 2).

D. *Grupo sin ningún diagnóstico de enfermedad crónica (No E.C.).* Atendiendo al número de años transcurridos desde el inicio en la toma de algún medicamento de manera habitual, los pacientes de este grupo, que no presentaban ningún diagnóstico de enfermedad crónica, se distribuyeron del siguiente modo: (a) 76 personas que refirieron no tomar medicamentos o llevaban tomando habitualmente alguno durante menos

de tres años; y (b) 25 personas que indicaron llevar tomando algún medicamento durante tres o más años (ver Tabla 2).

La totalidad de los participantes señalaron no consumir diariamente ningún tipo de fármaco para ninguna patología crónica, manifestando, en cambio, tomar diariamente una media de 0.57 ($DT = .93$) medicamentos para el tratamiento de otras patologías agudas (ver Tabla 2).

Respecto a la comorbilidad, un 76.2% de los pacientes de este grupo no la presentó, mientras que el 23.8% sí mostró comorbilidad con otra patología, en particular con la hipercolesterolemia.

En relación a la conducta de consumo de tabaco y/o consumo de bebidas alcohólicas, el 63.4% se mostró no fumador, el 23.8% exfumador y el 12.9% fumador. De igual modo el 80.2% puso de manifiesto no consumir alcohol mientras que el 19.8% sí refirió consumirlo (ver Tabla 2).

Tabla 2

Características clínicas de la muestra total y los grupos seleccionados

	HTAe	ECV+HTA	ERC	No E.C.	Muestra Total
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>
Número de años desde diagnóstico					
Hasta tres	60 (45.5%)	19 (28.8%)	19 (26.4%)	76 (75.3%) ¹	174 (46.9%)
Más de tres	72 (54.5%)	47 (71.2%)	53 (73.6%)	25 (24.8%) ²	197 (53.1%)
Número medicamentos/ Día (enfermedad crónica)					
Ninguno	1 (0.8%)	0 (0.0%)	19 (26.4%)	101(100.0%)	121 (32.6%)
Uno	101 (76.5%)	37 (56.1%)	39 (54.2%)	0 (0.0%)	177 (47.7%)
Dos	19 (14.4%)	16 (24.2%)	9 (12.5%)	0 (0.0%)	44 (11.9%)
Tres	7 (5.3%)	8 (12.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (4.0%)
> 3	4 (3.0%)	5 (7.6%)	5 (6.9%)	0 (0.0%)	14 (3.8%)

*Nota:*¹ No toman medicamentos o llevan menos de tres años tomando habitualmente algo. ² Tiempo tomando algún medicamento no diariamente. ³ Línea base una ECV más HTAe.

Tabla 2 “Continuación”

Características clínicas de la muestra total y los grupos seleccionados

	HTAe	ECV+HTA	ERC	No E.C.	Muestra Total
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>N</i> (%)
Comorbilidad					
Sí	62 (47,0%)	42 (63,6%)	27 (37,5%)	24 (23,8%)	156 (42,0%)
No	70 (53,0%)	24 (36,4%)	45 (62,5%)	77 (76,2%)	215 (58,0%)
Número de patologías comórbidas					
Ninguna	70 (53,0%)	24 (36,4%) ³	45 (62,5%)	77 (76,2%)	216 (58,2%)
Una	55 (41,7%)	20 (30,3%) ³	21 (29,2%)	24 (23,8%)	120 (32,3%)
Dos	7 (5,3%)	19 (28,8%) ³	6 (8,3%)	0 (0,0%)	32 (8,6%)
Tres	0 (0,0%)	3 (4,5%) ³	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (0,8%)
> Tres	0 (0,0%)	0 (0,0%) ³	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tipo de patología comórbida					
IAM	0 (0,0%)	33 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33 (8,89%)
ACV	0 (0,0%)	20 (30,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (5,39%)
Diabetes	27 (20,5%)	23 (34,8%)	8 (11,1%)	0 (0,0%)	58 (15,63%)
Hipercolesterolemia	42 (31,8%)	27 (40,9%)	25 (34,7%)	24 (23,8%)	118 (31,8%)
Otras cardiopatías	0 (0,0%)	32 (48,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	32 (8,62%)
Total (M;DT)					
Medicamentos/día (enfermedad crónica o aguda)	2.52(1.53)	4.21 (1.22)	2.36 (1.99)	.57 (.93)	2.26 (1.89)
Patologías comórbidas	.52 (.59)	1.02 (.92)	.46 (.64)	.24 (.42)	.52 (.68)
Consumo Tabaco					
No fumador	84 (63,6%)	45 (68,2%)	31 (43,1%)	64 (63,4%)	224 (60,4%)
Ex fumador	29 (22,0%)	19 (28,8%)	18 (25,0%)	24 (23,8%)	90 (24,3%)
Fumador	19 (14,4%)	2 (3,0%)	23 (31,9%)	13 (12,9%)	57 (15,4%)
Consumo Alcohol					
No bebedor habitual	107 (81,1%)	59 (89,4%)	50 (69,4%)	81 (80,2%)	297 (80,1%)
Bebedor habitual	25 (18,9%)	7 (10,6%)	22 (30,6%)	20 (19,8%)	74 (19,9%)

Nota:¹ No toman medicamentos o llevan menos de tres años tomando habitualmente algo. ² Tiempo tomando algún medicamento no diariamente. ³ Línea base una ECV más HTAe.

En resumen, de acuerdo con el tipo de patología comórbida que podían presentar los cuatro grupos que constituyeron la muestra de este estudio, se caracterizaron por los siguientes aspectos (ver Tabla 3):

- (A) Grupo HTAe: Pacientes diagnosticados de HTA esencial, los cuales podían presentar también diabetes y/o hipercolesterolemia ($N=132$).
- (B) Grupo ECV+HTA: Pacientes con un diagnóstico de una o más enfermedad cardiovascular y con diagnóstico de HTA esencial, pudiendo presentar también diabetes y/o hipercolesterolemia ($N=66$).
- (C) Grupo ERC: Pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica, que podían tener también diabetes y/o hipercolesterolemia ($N=72$).
- (D) Grupo No E.C.: Pacientes que no padecían HTAe, ECV, problemas respiratorios ni diabetes u otra enfermedad crónica, pudiendo presentar hipercolesterolemia ($N=101$).

Tabla 3

Distribución de los grupos de la muestra atendiendo al tipo de patologías comórbidas

	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Grupo HTAe⁽¹⁾	132	(35.58%)
Grupo ECV+HTA⁽¹⁾	66	(17.79%)
Grupo ERC (sin HTAe ni ECV)⁽¹⁾	72	(19.41%)
Grupo No E.C.⁽²⁾	101	(27.22%)
Muestra Total	371	(100%)

¹ Pueden presentar colesterol elevado y/o diabetes.

² Sin ninguna enfermedad crónica incluidas HTAe^(Hipertensión arterial), ECV^(Enfermedad cardiovascular no hipertensiva), problemas respiratorios y/o diabetes, pueden presentar colesterol elevado.

4.1.4 Estadísticos descriptivos de la variables psicosociales.

A. Factores de protección. En relación con los factores de protección considerados, el grupo sin enfermedad crónica obtuvo la puntuación media en aceptación más baja, mientras que la puntuación media más elevada se encontró en el grupo ECV+HTA. A la inversa sucedió con la resiliencia: la puntuación media más alta se observó en el grupo sin enfermedad crónica y la más baja en el grupo ECV+HTA. En el grupo sin enfermedad crónica se constató también la puntuación promedio más alta en control de la ira

exteriorizada, mientras que los pacientes con ERC fueron los que mostraron la puntuación más elevada en control interiorizada (ver Tabla 5).

Tabla 4

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de los factores de protección en la muestra total

	Media (DT)	Rango Real	Rango Posible
Aceptación	17.50 (4.51)	6-24	6-24
Beneficios Percibidos	15.36 (4.62)	6-24	6-24
Resiliencia	69.51 (16.37)	9-100	0-100
Control ira exteriorizada	17.59 (4.34)	8-24	6-24
Control ira interiorizada	16.87 (4.26)	6-24	6-24

Tabla 5

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de los factores de protección en los grupos de la muestra

	HTAe M (DT)	ECV+HTA M (DT)	ERC M (DT)	No E. C. M (DT)
Aceptación	18.20 (4.48)	17.74 (3.33)	17.54 (3.76)	16.42 (5.47)
Beneficios Percibidos	15.41 (4.48)	15.64 (3.75)	14.46 (4.16)	15.77 (5.52)
Resiliencia	68.27 (17.41)	62.23 (17.33)	72.64 (13.97)	73.64 (14.11)
Control ira exterior	17.17 (4.30)	17.87 (4.48)	17.26 (4.75)	18.18 (3.95)
Control ira interior	16.19 (4.37)	16.13 (3.49)	18.25 (4.67)	17.25 (4.02)

Tabla 6

Rangos de puntuación de los factores de protección en los grupos de la muestra

	HTAe (Rango Real) Rango Posible	ECV+HTA (Rango Real) Rango Posible	ERC (Rango Real) Rango Posible	No E. C. (Rango Real) Rango Posible
Aceptación	(6-24) 6-24	(12-24) 6-24	(9-23) 6-24	(6-24) 6-24
Beneficios Percibidos	(6-24) 6-24	(10-24) 6-24	(8-23) 6-24	(6-24) 6-24
Resiliencia	(9-100) 0-100	(25-95) 0-100	(41-95) 0-100	(38-100) 0-100
Control ira exteriorizada	(8-24) 6-24	(8-24) 6-24	(8-24) 6-24	(9-24) 6-24
Control ira interiorizada	(7-24) 6-24	(10-24) 6-24	(7-24) 6-24	(6-24) 6-24

B. Factores de vulnerabilidad. Con respecto a los factores de vulnerabilidad, los cuales englobaron la indefensión, la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos, la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza total y sus subdimensiones (desesperanza afectiva, desesperanza motivacional y desesperanza cognitiva), la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada, la ira interiorizada, y el riesgo percibido total y sus subdimensiones (riesgo incontrolable, riesgo conocido/moderado, y riesgo desconocido), se apreció que los pacientes con ECV+HTA fueron los que puntuaron más alto en indefensión, desesperanza y depresión, en contraste con el grupo que no padecía ninguna enfermedad crónica, que fueron los que menor puntuación obtuvieron en estas variables. Los pacientes con ERC fueron los que mostraron mayores niveles de alexitimia mientras que los pacientes con HTAe fueron los que puntuaron más alto en ansiedad. Con respecto a estas dos variables, el grupo de pacientes que no padecía ninguna enfermedad fueron los que menor puntuación obtuvieron. Este grupo también fue el que indicó mayor grado de ira exteriorizada, siendo los pacientes con ECV+HTA los que puntuaron más bajo en esta variable. Con respecto a la interiorizada la puntuación más elevada fue la obtenida por los pacientes con ECV+HTA (ver Tabla 8).

En cuanto a la variable de riesgo percibido, el nivel más elevado de riesgo percibido total, riesgo incontrolable y riesgo conocido fue señalado por los pacientes con ECV+HTA, mientras que los pacientes con ERC mostraron la puntuación más alta en riesgo desconocido (ver Tabla 8).

Tabla 7

Descriptivos de los factores de vulnerabilidad en la muestra total

	Media (DT)	Rango Real	Rango Posible
Indefensión	10.18 (4.28)	6-24	6-24
Alexitimia total	29.12 (9.39)	12-56	12-60
Dif. identificar sentimientos (DIS)	16.15 (6.31)	7-35	7-35
Dif. describir sentimientos (DDS)	12.97 (4.44)	5-25	5-25
Desesperanza total	3.64 (9.20)	0-20	0-20
Desesp. Afectiva	.73 (4.28)	0-5	0-5
Desesp. Motivacional	1.09 (4.51)	0-8	0-8
Desesp. Cognitiva	1.48 (4.62)	0-5	0-5
Depresión	6.78 (5.74)	0-27	0-27
Ansiedad	6.07 (4.18)	0-20	0-21
Ira exteriorizada	10.13 (3.12)	6-21	6-24
Ira interiorizada	12.72 (3.93)	6-24	6-24
Riesgo percibido total	49.81 (6.65)	27-72	20-80
Riesgo incontrolable	14.95 (5.23)	7-28	7-28
Riesgo conocido/moderado	17.53 (2.97)	6-24	6-24
Riesgo desconocido	17.34 (3.19)	6-24	6-24

Tabla 8

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de los factores de vulnerabilidad en los grupos de la muestra

	HTAe M (DT)	ECV+HTA M (DT)	ERC M (DT)	No E. C. M (DT)
Indefensión	9.34 (4.09)	12.24 (4.47)	10.92 (4.46)	9.42 (3.74)
Alexitimia total	29.03(10.07)	29.64 (9.48)	31.04 (9.79)	27.53 (7.84)
Dif. identificar sentimientos(DIS)	16.48 (6.31)	16.24 (6.07)	17.89 (7.52)	14.43 (5.06)
Dif. describir sentimientos (DDS)	12.55 (4.70)	13.39 (4.42)	13.15 (4.41)	13.11 (4.15)
Desesperanza total	42.95 (8.68)	45.62 (5.07)	42.92 (8.46)	41.60 (11.86)
Desesp. Afectiva	9.34 (4.09)	12.24 (4.47)	10.92 (4.46)	9.42 (3.74)
Desesp. Motivacional	18.20 (4.48)	17.74 (3.33)	17.54 (3.76)	16.42 (5.47)
Desesp. Cognitiva	15.41 (4.48)	15.64 (3.75)	14.46 (4.16)	15.77 (5.52)
Depresión	6.53 (5.45)	8.65 (6.86)	6.39 (5.46)	6.16 (5.33)
Ansiedad	6.46 (4.68)	6.06 (4.23)	6.42 (3.85)	5.32 (3.61)
Ira exteriorizada	10.01 (2.94)	9.95 (3.12)	10.21 (3.65)	10.35 (2.97)
Ira interiorizada	12.30 (3.49)	13.27 (3.80)	12.75 (4.50)	12.87 (4.11)

Tabla 8 “Continuación”

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de los factores de vulnerabilidad en los grupos de la muestra

	HTAe M (DT)	ECV+HTA M (DT)	ERC M (DT)	No E. C. M (DT)
Riesgo percibido total	49.67 (7.13)	54.08 (6.71)	49.21 (5.15)	47.62 (5.65)
Riego incontrolable	14.95 (5.01)	19.42 (4.57)	13.64 (4.97)	12.94 (4.34)
Riesgo conocido/moderado	17.52 (3.59)	17.92 (2.48)	17.81 (2.17)	17.08 (2.82)
Riesgo desconocido	17.20 (3.57)	16.73 (2.78)	17.76 (3.31)	17.60 (2.77)

Tabla 9

Rangos de puntuación de los factores de vulnerabilidad en los grupos de la muestra

	HTAe (Rango Real) Rango Posible	ECV+HTA (Rango Real) Rango Posible	ERC (Rango Real) Rango Posible	No E. C. (Rango Real) Rango Posible
Indefensión	(6-24) 6-24	(6-22) 6-24	(6-21) 6-24	(6-24) 6-24
Alexitimia total	(12-56) 12-60	(14-53) 12-60	(12-51) 12-60	(12-42) 12-60
Dif. identificar sentimientos	(7-35) 7-35	(7-32) 7-35	(7-35) 7-35	(7-26) 7-35
Dif. describir sentimientos	(5-25) 5-25	(5-23) 5-25	(5-22) 5-25	(5-23) 5-25
Desesperanza total	(0-20) 0-20	(0-19) 0-20	(0-16) 0-20	(0-13) 0-20
Desesperanza Afectiva	(0-5) 0-5	(0-5) 0-5	(0-4) 0-5	(0-3) 0-5
Desesperanza Motivacional	(0-8) 0-8	(0-7) 0-8	(0-8) 0-8	(0-7) 0-8
Desesperanza Cognitiva	(0-5) 0-5	(0-5) 0-5	(0-4) 0-5	(0-4) 0-5
Depresión	(0-27) 0-27	(0-24) 0-27	(0-21) 0-27	(0-24) 0-27
Ansiedad	(0-20) 0-21	(0-16) 0-21	(0-14) 0-21	(0-16) 0-21
Ira exteriorizada	(6-19) 6-24	(6-19) 6-24	(6-19) 6-24	(6-21) 6-24
Ira interiorizada	(6-24) 6-24	(7-22) 6-24	(6-22) 6-24	(6-24) 6-24
Riego incontrolable	(7-26) 7-28	(8-28) 7-28	(7-26) 7-28	(7-24) 7-28
Riesgo conocido/moderado	(6-24) 6-24	(12-23) 6-24	(14-22) 6-24	(10-22) 6-24
Riesgo desconocido	(6-24) 6-24	(11-24) 6-24	(12-24) 6-24	(9-23) 6-24

C. Estrategias de afrontamiento. Respecto a las estrategias de afrontamiento, el grupo de HTAe fue el que obtuvo la puntuación más elevada en la estrategia de apoyo emocional mientras que en la estrategia de religión el grupo ECV+HTA fue el que puntuó más alto. En cuanto a las estrategias de apoyo instrumental y aceptación, la puntuación más alta se observó en el grupo de ERC. Y en las estrategias de afrontamiento activo y planificación, los pacientes que no tenían enfermedad crónica alguna fueron las que mostraron mayor puntuación (ver Tabla 11).

Tabla 10

Descriptivos de las estrategias de afrontamiento en la muestra total

	Media (DT)	Rango Real	Rango Posible
E. Afrontamiento activo	3.97 (1.24)	0-6	0-6
E. Planificación	3.15 (1.34)	0-6	0-6
E. Apoyo emocional	3.32 (1.59)	0-6	0-6
E. Apoyo instrumental	3.06 (1.32)	0-6	0-6
E. Religión	2.45 (2.05)	0-6	0-6
E. Reevaluación positiva	3.01 (1.41)	0-6	0-6
E. Aceptación	3.97 (1.28)	0-6	0-6
E. Negación	1.46 (1.29)	0-6	0-6
E. Humor	1.75 (1.49)	0-6	0-6
E. Autodistracción	3.10 (1.53)	0-6	0-6
E. Autoinculpación	1.86 (1.45)	0-6	0-6
E. Desconexión conductual	.99 (1.25)	0-6	0-6
E. Ventilación emocional	1.89 (1.33)	0-6	0-6

Tabla 11

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de las estrategias de afrontamiento en los grupos de la muestra

	HTAe	ECV+HTA	ERC	No E. C.
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
E. Afrontamiento activo	3.87 (1.42)	3.85 (1.04)	4.01 (1.18)	4.15 (1.14)
E. Planificación	3.08 (1.38)	2.67 (1.28)	3.24 (1.26)	3.49 (1.29)
E. Apoyo emocional	3.51 (1.71)	2.92 (1.43)	3.35 (1.56)	3.31 (1.53)
E. Apoyo instrumental	3.14 (1.43)	2.97 (1.16)	3.19 (1.42)	2.92 (1.18)
E. Religión	2.73 (2.07)	2.97 (2.33)	1.69 (1.84)	2.27 (1.83)
E. Reevaluación positiva	3.02 (1.49)	2.50 (1.44)	3.22 (1.36)	3.17 (1.25)
E. Aceptación	3.95 (1.27)	3.94 (1.50)	4.40 (1.19)	3.69 (1.12)
E. Negación	1.57 (1.46)	1.30 (1.06)	1.29 (1.14)	1.52 (1.27)
E. Humor	1.55 (1.60)	1.30 (.87)	2.25 (1.74)	1.96 (1.36)
E. Autodistracción	2.95 (1.56)	2.98 (1.70)	3.21 (1.52)	3.29 (1.39)

Tabla 11 “Continuación”

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de las estrategias de afrontamiento en los grupos de la muestra

	HTAe M (DT)	ECV+HTA M (DT)	ERC M (DT)	No E. C. M (DT)
E. Autoinculpación	1.83 (1.38)	1.50 (1.53)	2.00 (1.61)	2.03 (1.35)
E. Desconexión conductual	1.20 (1.44)	.95 (1.10)	.81 (1.13)	.85 (1.12)
E. Ventilación emocional	1.83 (1.24)	1.30 (1.03)	2.36 (1.52)	2.02 (1.34)

Tabla 12

Rangos de puntuación de las estrategias de afrontamiento en los grupos de la muestra

	HTAe (Rango Real) Rango Posible	ECV+HTA (Rango Real) Rango Posible	ERC (Rango Real) Rango Posible	No E. C. (Rango Real) Rango Posible
E. Afrontamiento activo	(0-6) 0-6	(2-6) 0-6	(1-6) 0-6	(1-6) 0-6
E. Planificación	(0-6) 0-6	(0-5) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6
E. Apoyo emocional	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6
E. Apoyo Instrum.	(0-6) 0-6	(1-6) 0-6	(0-6) 0-6	(1-6) 0-6
E. Religión	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6
E. Reevaluación positiva	(0-6) 0-6	(1-6) 0-6	(1-6) 0-6	(1-6) 0-6
E. Aceptación	(1-6) 0-6	(2-6) 0-6	(0-6) 0-6	(1-6) 0-6
E. Negación	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-5) 0-6	(0-6) 0-6
E. Humor	(0-6) 0-6	(0-3) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6
E. Autodistracción	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6
E. Autoinculpación	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6
E. Desconexión conductual	(0-6) 0-6	(0-4) 0-6	(0-4) 0-6	(0-4) 0-6
E. Ventilación emocional	(0-6) 0-6	(0-5) 0-6	(0-6) 0-6	(0-6) 0-6

D. Variables criterio: Falta de adherencia al tratamiento y calidad de vida.

En cuanto a las variables relativas a la falta de adherencia (FA) al tratamiento, la FA global, en el grupo de ERC se encontraron los mayores promedios en la FA en la toma de

medicación y la FA respecto a pautas de consumo de tabaco y alcohol, observándose, a su vez, las puntuaciones más bajas en estas subescalas, a excepción de la FA a las pautas relacionadas con el alcohol, en el grupo con ECV+HTA. Por otro lado, en el grupo con HTAe, se constató la puntuación más alta con respecto a la FA reducción de rutinas de riesgo (dieta) (ver Tabla 14).

Tabla 13

Descriptivos de las variables relativas la falta de adherencia en la muestra total

	Media (DT)	Rango Real	Rango Posible
Falta de adherencia global	46.36 (9.01)	25-75	21-105
FA a la medicación	8.07 (3.76)	5-21	5-25
FA a la reducción de rutinas de riesgo¹	14.30 (4.02)	5-25	5-25
FA al Ejercicio	7.65 (3.13)	3-15	3-15
FA disminución tabaco	2.78 (1.84)	2-10	2-10
FA disminución alcohol	2.53 (1.39)	2-10	2-10
FA por apoyo familiar	11.03 (3.50)	4-19	4-20

¹En los grupos HTAe (hipertensión arterial esencial), ECV+HTA (enfermedad cardiovascular + hipertensión) y No E. C. (pacientes sin enfermedad crónica), esta variable señala FA a la dieta; y en el grupo de ERC, esta variable se refiere a la FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar.

Tabla 14

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de las variables relativas a la falta de adherencia en los grupos de la muestra

	HTAe M (DT)	ECV+HTA M (DT)	ERC M (DT)	No E. C. M (DT)
Falta de adherencia global	45.85 (9.80)	43.85 (7.66)	49.61 (8.97)	46.36 (8.21)
FA a la medicación	6.95 (3.05)	6.32 (2.19)	9.94 (4.28)	9.35 (4.03)
FA a la reducción de rutinas de riesgo¹	15.10 (4.17)	13.64 (4.32)	14.36 (3.73)	13.64 (3.68)
FA al Ejercicio	7.58 (3.28)	8.20 (3.10)	7.40 (3.01)	7.54 (3.02)
FA disminución tabaco	2.58 (1.65)	2.52 (1.57)	3.47 (2.20)	2.74 (1.89)
FA disminución alcohol	2.40 (1.32)	2.58 (1.40)	2.78 (1.58)	2.48 (1.34)
FA por apoyo familiar	11.23 (3.72)	10.61 (3.17)	11.65 (3.15)	10.60 (3.61)

¹En los grupos HTAe (hipertensión arterial esencial), ECV+HTA (enfermedad cardiovascular + hipertensión) y No E. C. (pacientes sin enfermedad crónica), esta variable señala FA a la dieta; y en el grupo de ERC, esta variable se refiere a la FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar.

Tabla 15

Rangos de puntuación de las variables relativas a la falta de adherencia en los grupos de la muestra

	HTAe (Rango Real) Rango Posible	ECV+HTA (Rango Real) Rango Posible	ERC (Rango Real) Rango Posible	No E. C. (Rango Real) Rango Posible
Falta de adherencia global	(25-75) 21-105	(28-61) 21-105	(30-74) 21-105	(28-69) 21-105
FA a la medicación	(5-21) 5-25	(5-13) 5-25	(5-19) 5-25	(5-20) 5-25
FA a la reducción de rutinas de riesgo¹	(5-25) 5-25	(7-23) 5-25	(8-22) 5-25	(5-21) 5-25
FA al Ejercicio	(3-15) 3-15	(3-14) 3-15	(3-15) 3-15	(3-14) 3-15
FA disminución tabaco	(2-10) 2-10	(2-9) 2-10	(2-8) 2-10	(2-10) 2-10
FA disminución alcohol	(2-10) 2-10	(2-7) 2-10	(2-8) 2-10	(2-10) 2-10
FA por apoyo familiar	(4-19) 4-20	(4-16) 4-20	(4-18) 4-20	(4-18) 4-20

¹En los grupos HTAe (hipertensión arterial esencial), ECV+HTA (enfermedad cardiovascular + hipertensión) y No E. C. (pacientes sin enfermedad crónica), esta variable señala FA a la dieta; y en el grupo de ERC, esta variable se refiere a la FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar.

En lo concerniente a la calidad de vida y sus diferentes subescalas, los mayores promedios se observaron en todos los casos en los pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica, mientras que los promedios más bajos los obtuvieron los pacientes con ECV+HTA (ver Tabla 17).

Tabla 16

Descriptivos de las variables relativas a la calidad de vida en el total de la muestra

	Media (DT)	Rango Real	Rango Posible
Calidad de Vida total	109.70 (20.24)	47-144	35-144
C. V. Física global	57.97 (10.79)	27-74	21-74
C. V. Mental global	51.73 (11.01)	19-70	14-70
C. V. Función física	25.94 (4.97)	10-30	10-30
C. V. Rol físico	6.99 (1.54)	4-8	4-8
C. V. Dolor corporal	7.95 (2.38)	2-11	2-11

Tabla 16 “Continuación”

Descriptivos de las variables relativas a la calidad de vida en el total de la muestra

	Media (DT)	Rango Real	Rango Posible
C. V. Dolor corporal	7.95 (2.38)	2-11	2-11
C. V. Salud general	17.09 (4.15)	5-25	5-25
C. V. Vitalidad	16.44 (4.28)	4-24	4-24
C. V. Función social	8.15 (2.02)	2-10	2-10
C. V. Rol emocional	5.23 (1.17)	3-7	3-6
C. V. Salud mental	21.91 (4.92)	6-30	5-30

Tabla 17

Descriptivos (Medias y Desviaciones típicas) de las variables relativas a la calidad de vida en los grupos de la muestra

	HTAe M (DT)	ECV+HTA M (DT)	ERC M (DT)	No E. C. M (DT)
C. de Vida total	109.50 (20.92)	100.98 (19.56)	105.75 (22.46)	118.48 (14.01)
C.V. Física global	58.05 (9.99)	51.12 (10.51)	55.79 (12.13)	63.89 (7.34)
C.V. Mental global	51.45 (12.09)	49.86 (10.23)	49.96 (11.79)	54.58 (8.81)
C.V. Función física	26.04 (4.66)	22.42 (5.35)	25.89 (5.53)	28.15 (3.11)
C.V. Rol físico	7.05 (1.51)	6.44 (1.65)	6.67 (1.80)	7.51 (1.11)
C.V. Dolor corporal	7.88 (2.45)	7.26 (2.66)	7.61 (2.24)	8.72 (2.01)
C.V. Salud general	17.08 (3.77)	15.00 (3.75)	15.63 (4.71)	19.50 (3.14)
C.V. Vitalidad	16.61 (4.55)	15.35 (3.72)	15.53 (5.03)	17.57 (3.29)
C.V. Función Social	8.16 (2.03)	7.68 (2.38)	8.07 (1.87)	8.51 (1.82)
C.V. Rol emocional	5.23 (1.21)	5.17 (1.21)	4.82 (1.19)	5.55 (.99)
C.V. Salud mental	21.45 (5.47)	21.67 (4.81)	21.54 (4.96)	22.94 (4.05)

Tabla 18

Rangos de puntuación de las variables relativas a la calidad de vida en los grupos de la muestra

	HTAe (Rango Real) Rango Posible	ECV+HTA (Rango Real) Rango Posible	ERC (Rango Real) Rango Posible	No E. C. (Rango Real) Rango Posible
C. de Vida total	(54-144) 35-144	(47-137) 35-144	(54-140) 35-144	(75-140) 35-144
C.V. Física global	(29-74) 21-74	(27-71) 21-74	(27-72) 21-74	(41-74) 21-74
C.V. Mental global	(19-70) 14 -70	(20-69) 14 -70	(26-70) 14 -70	(25-68) 14 -70
C.V. Función física	(10-30) 10-30	(11-30) 10-30	(10-30) 10-30	(14-30) 10-30
C.V. Rol físico	(4-8) 4-8	(4-8) 4-8	(4-8) 4-8	(4-8) 4-8

Tabla 18 “Continuación”

Rangos de puntuación de las variables relativas a la calidad de vida en los grupos de la muestra

	HTAe (Rango Real) Rango Posible	ECV+HTA (Rango Real) Rango Posible	ERC (Rango Real) Rango Posible	No E. C. (Rango Real) Rango Posible
C.V. Dolor corporal	(2-11) 2-11	(2-11) 2-11	(2-11) 2-11	(2-11) 2-11
C.V. Salud general	(9-25) 5-25	(6-23) 5-25	(5-23) 5-25	(12-25) 5-25
C.V. Vitalidad	(4-24) 4-24	(6-24) 4-24	(4-24) 4-24	(9-24) 4-24
C.V. Función Social	(2-10) 2-10	(2-10) 2-10	(3-10) 2-10	(2-10) 2-10
C.V. Rol emocional	(3-7) 3-6	(3-6) 3-6	(3-6) 3-6	(3-6) 3-6
C.V. Salud mental	(6-30) 5-30	(9-30) 5-30	(10-30) 5-30	(10-29) 5-30

4.1.5 Inspección preliminar de los supuestos de normalidad, linealidad y

homocedasticidad de las variables. Antes de comenzar a realizar los análisis estadísticos pertinentes, se comprobaron los supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad de todas las variables, y se procedió a transformar aquellas cuyos parámetros de asimetría y curtosis eran excesivos con el objeto de ajustarlos y poder garantizar la necesaria homogeneidad de las varianzas (LEVENE > .05).

Aquellas variables que presentaron unos valores en asimetría o curtosis superiores a 1.2 o inferiores a -1.2, fueron transformadas. Para ello se utilizaron las reglas de la escalera propuesta por Turkey (1977). Este procedimiento tiene en cuenta que la asimetría presentada por la variable inicialmente fuese: bien positiva, es decir, que los valores estuvieran distribuidos en los gráficos de hojas y tallos tuvieran una mediana y una concentración de casos en los valores inferiores de la distribución, y una cola hacia valores altos; o que la asimetría fuera negativa, esto es, que los valores distribuidos en los gráficos de hojas y tallos tuvieran una mediana y una concentración de casos en los valores superiores de la distribución, con una cola hacia los valores bajos. El procedimiento considera, además, que

haya una escalera o tipos distintos de transformaciones, atendiendo a la fortaleza o debilidad de la asimetría desde el valor teórico ideal “.0 ±1.0”.

En la Tabla 19 se muestran las variables que fueron transformadas así como el tipo de transformación que se procedió a hacer.

Después de las transformaciones realizadas, los datos de asimetría y curtosis mejoraron en el caso de: aceptación, indefensión, desesperanza total, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, depresión, ira exteriorizada, las estrategias de afrontamiento de religión, negación, humor, autoinculpación y desconexión conductual, FA a la medicación, FA tabaco, FA alcohol, C.V. física global, C.V. mental global, C.V. función física, C.V. rol físico (ver Tablas A1 y A2, en páginas 410 y 412).

En el caso de algunas variables con estadísticos ligeramente desajustados, como dos subescalas de calidad de vida (función social y rol emocional) en el grupo sin enfermedad crónica (No E.C.); el factor cognitivo de la desesperanza en el grupo HTAe; y la estrategia de afrontamiento de aceptación en el grupo ERC, no mejoraron con las transformaciones. Por lo cual, dado que este resultado se constató sólo en uno de los grupos de la muestra, se optó por mantenerlas sin transformar, conociendo y aceptando las limitaciones que podrían proporcionar sus inferencias.

En relación con las variables de falta de adherencia respecto a las pautas sobre consumo de tabaco y alcohol, no fue posible mejorar del todo su distribución y eliminar los casos atípicos. Sin embargo, puesto que sí se redujo su asimetría y curtosis, y dada la relevancia que tenían estas variables a la hora de abordar los objetivos de la presente investigación, se optó por mantenerlas transformadas, conociendo las posibles limitaciones que sus inferencias podían generar.

En general, se consiguió mejorar con las transformaciones los datos de asimetría, curtosis y homocedasticidad de la mayor parte de las variables mencionadas, disminuyendo también el número de casos atípicos, además de los 8 que se habían eliminado previamente.

Tabla 19

Tipo de transformación llevada a cabo en algunas de las variables psicosociales utilizadas en el estudio

Variable	Transformación	Variable	Transformación
C.V. Física global	X^3	Desesp. Afectiva	SQRT (Raiz ² de X)
C.V. Mental global	X^2	Desesp. Motivacional	SQRT (Raiz ² de X)
C.V. Función física	X^3	Desesp. Cognitiva	SQRT (Raiz ² de X)
C.V. Rol físico	X^3	Depresión	SQRT (Raiz ² de X)
FA Medicación	$-1/X$	E. Religión	SQRT (Raiz ² de X)
FA Tabaco	$-1/X^2$	E. Negación	SQRT (Raiz ² de X)
FA Alcohol	$-1/X^2$	E. Humor	SQRT (Raiz ² de X)
Indefensión	SQRT (Raiz ² de X)	E. Autoinculpación	SQRT (Raiz ² de X)
Desesperanza total	SQRT (Raiz ² de X)		

APARTADO II

En él se detallan los resultados encontrados en cuanto a las diferencias en factores de vulnerabilidad, protección, estrategias de afrontamiento, falta de adherencia a los tratamientos y calidad de vida en función del tipo de enfermedad.

4.2 Diferencias en las Variables Psicosociales en los Grupos de Pacientes en Función del Tipo de Enfermedad

Antes de examinar las posibles diferencias significativas que, en función del tipo de enfermedad, podía haber en las distintas variables incluidas en el estudio, se hallaron, en primer lugar, las correlaciones existentes entre las variables agrupadas dentro de los factores protectores, los factores de vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento, las pautas relativas a la falta de incumplimiento al tratamiento y las referidas a la calidad de vida, respectivamente.

4.2.1 Diferencias en los factores de protección en función del tipo de enfermedad.

En referencia a los factores de protección relativos a la aceptación, los beneficios percibidos, la resiliencia, el control de la ira interiorizada, y el control de la ira exteriorizada, se observaron unas correlaciones positivas y significativas. Su tamaño fue moderado, oscilando entre .19 y .68, lo cual hizo posible introducirlas, de forma conjunta y como variables dependientes, en el MANOVA (ver Tabla A3, en pág. 413 y las 63, 64 y 65, en apartado 4.5.1, pág. 248).

El MANOVA que se llevó a cabo para determinar las diferencias en los factores de protección en función del tipo de enfermedad, resultó significativo (Lambda de Wilks = .81; $F_{(15, 1002)} = 5.19, p < .001$), con una potencia estadística $(1 - \beta)$ igual a 1 y un Eta cuadrado parcial (η_p^2) de .06, explicando las distintas patologías algo más del 6% de las diferencias en factores protectores. El análisis de varianza posterior reflejó diferencias significativas con respecto al nivel de resiliencia ($F_{(3, 370)} = 8.06, p < .001, \eta_p^2 = .06$), el control de la ira

interiorizada ($F_{(3, 370)} = 4.68, p < .05, \eta_p^2 = .03$) y la aceptación de la enfermedad ($F_{(3, 370)} = 3.10, p = .05, \eta_p^2 = .02$).

En particular, se constataron niveles más elevados de aceptación en los pacientes con diagnóstico de HTAe ($M=18.20$), frente al grupo de pacientes sin enfermedad crónica ($M=16.42$); y una menor resiliencia en el grupo ECV+HTA ($M=62.23$), en comparación con el grupo de las personas diagnosticadas de enfermedad respiratoria crónica ($M=72.64$) y con el grupo de pacientes sin enfermedad crónica ($M=73.64$). Asimismo, el grupo de las personas diagnosticadas de enfermedad respiratoria mostraron un control de la ira interiorizada más elevado ($M=18.25$) que el informado por el grupo de personas con diagnóstico de ECV+HTA ($M=16.14$) y el grupo de personas con HTAe ($M=16.20$) (ver Tablas 20 y 21, y Figura 2).

Tabla 20

Análisis multivariado para los factores de protección según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-\beta</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i>	<i>ECV+HTA</i>	<i>ERC</i>	<i>No EC</i>
					M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Estadístico Multivariado	5.19***	15,1002	.06	1.0				
Aceptación	3.10**	3,370	.02	.72	18.20 (4.48)	17.74 (3.33)	17.54 (3.76)	16.42 (5.47)
Beneficios percibidos	1.26	3,370	.01	.33	15.41 (4.48)	15.64 (3.75)	14.46 (4.16)	15.77 (5.52)
Resiliencia	8.06***	3,370	.06	.99	68.27 (17.41)	62.23 (17.3)	72.64 (13.97)	73.64 (14.11)
Control de ira exteriorizada	1.27	3,370	.01	.34	17.17 (4.30)	17.88 (4.48)	17.26 (4.75)	18.19 (3.95)
Control de ira interiorizada	4.68**	3,370	.03	.89	16.20 (4.37)	16.14 (3.49)	18.25 (4.67)	17.26 (4.02)

** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 21

Análisis post hoc (Bonferroni) para MANOVA de los factores protectores en función del tipo de enfermedad

<i>Variable dependiente</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Diferencia de medias t</i>
Aceptación	HTAe (M= 18.20)	ECV+HTA (M= 17.74)	.45
		E. Respiratoria crónica (M=17.54)	.66
		No enfermedad crónica (M= 16.42)	1.78**
Resiliencia	ECV+HTA (M= 62.23)	HTAe (M= 68.27)	-6.05
		E. Respiratoria crónica (M=72.64)	-10.41**
		No enfermedad crónica (M=73.64)	-11.42**
Control de ira interiorizada	HTAe (M= 16.20)	ECV+HTA (M= 16.14)	.06
		E. Respiratoria crónica (M=18.25)	-2.05**
	ECV+HTA (M= 16.14)	No enfermedad crónica (M=17.26)	-1.06
		E. Respiratoria crónica (M= 18.25)	-2.11**

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

**p < .05.

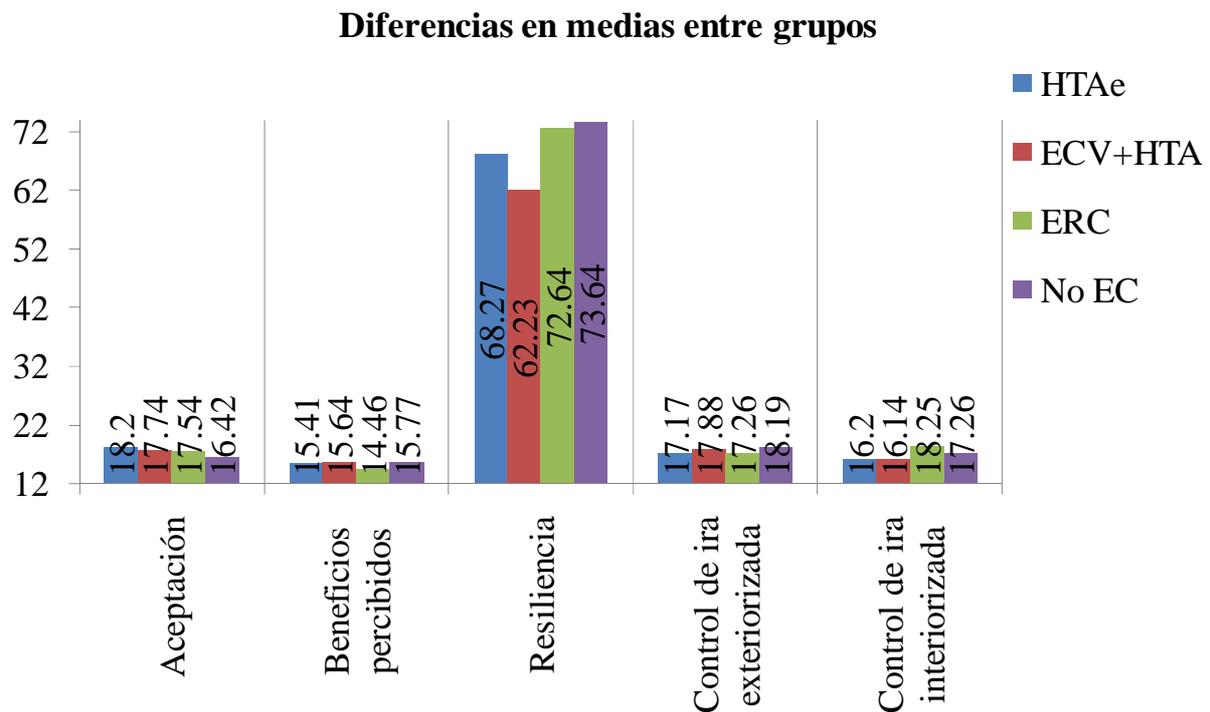


Figura 2: Diferencias en medias entre grupos para los factores de protección.

4.2.2 Diferencias en los factores de vulnerabilidad en función del tipo de enfermedad. En lo que respecta a los factores de vulnerabilidad considerados (indefensión, alexitimia total y sus subescalas; desesperanza y sus subescalas; ansiedad; depresión; ira exteriorizada; ira interiorizada; y percepción de riesgo y sus subescalas), los resultados mostraron, en el grupo de pacientes con ECV+HTA, una alta correlación entre las puntuaciones totales en desesperanza y alexitimia con sus respectivas subescalas (entre .81 y .88 en el caso de la alexitimia; y entre .84 y .93 en el caso de la desesperanza total con sus subescalas); así como entre el riesgo percibido total y la subescala de riesgo incontrolable ($r=.72$). Por este motivo, con dichas subescalas, se optó por llevar a cabo un análisis de varianza univariado, en lugar de introducirlas en el MANOVA, con el fin de examinar las posibles diferencias que podía haber en ellas en función del tipo de enfermedad.

Por otra parte se detectó una correlación, con un tamaño de moderado a alto, entre la ansiedad y depresión ($r > .71$) si bien solo en el grupo ECV+HTA. Puesto que con el resto de factores de vulnerabilidad las correlaciones de la ansiedad y la depresión fueron bajas o moderadas (entre .26 y .68), ambas fueron introducidas en un MANOVA como variables dependientes (ver Tablas A4, A5, A6 y A7, páginas entre 414 y 417) para analizar las diferencias en función del tipo de enfermedad.

El análisis de varianza multivariado resultó significativo (Lambda de Wilks = .74; $F_{(24, 1044)} = 4.57, p < .001$), con una potencia de 1.0 y una $\eta_p^2 = .09$, explicando el tipo de enfermedad el 9% de las diferencias en factores de vulnerabilidad. Se apreciaron diferencias significativas en indefensión ($F_{(3, 370)} = 9.47, p < .001, \eta_p^2 = .07$), desesperanza total ($F_{(3, 370)} = 9.02, p < .001, \eta_p^2 = .06$) y riesgo percibido total ($F_{(3, 370)} = 14.26, p < .001, \eta_p^2 = .10$).

En concreto, se observaron mayores niveles de indefensión en los pacientes con diagnóstico de ECV+HTA ($M=3.43$), en comparación con el grupo HTAe ($M=2.99$) y con el grupo de pacientes sin enfermedad crónica ($M=3.01$). Igualmente el grupo de pacientes con

ECV+HTA presentó un mayor grado de desesperanza total ($M=2.14$) y de riesgo percibido total ($M=54.08$) en comparación con los otros tres grupos (pacientes con HTAe: $M=1.60$ en desesperanza total y $M=49.67$ en riesgo percibido total; pacientes con enfermedad respiratoria crónica: $M=1.59$ en desesperanza total y en riesgo percibido total $M=49.21$; y pacientes sin enfermedad crónica: $M= 1.37$ en desesperanza total y $M=47.62$ en riesgo percibido total) (ver Tablas 22 y 23, y Figura 3).

Tabla 22

Análisis multivariado para los factores de vulnerabilidad según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-β</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i>	<i>ECV+HTA</i>	<i>ERC</i>	<i>No EC</i>
					M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Estadístico Multivariado	4.57***	24,1044	.09	1.0				
Indefensión	9.47***	3,370	.07	.99	2.99 (.61)	3.43 (.65)	3.24 (.64)	3.01 (.58)
Alexitimia total	2.05	3,370	.01	.52	29.03 (10.07)	29.64 (9.48)	31.04 (9.79)	27.53 (7.84)
Desesperanza total	9.02***	3,370	.06	.99	1.60 (.97)	2.14 (1.06)	1.59 (.97)	1.37 (.80)
Depresión	1.62	3,370	.01	.42	2.24 (1.22)	2.59 (1.38)	2.21 (1.21)	2.22 (1.10)
Ansiedad (Último mes)	1.64	3,370	.01	.43	6.46 (4.68)	6.06 (4.23)	6.42 (3.85)	5.32 (3.61)
Ira exteriorizada	.31	3,370	.00	.11	10.01 (2.94)	9.95 (3.12)	10.21 (3.65)	10.35 (2.97)
Ira interiorizada	.98	3,370	.00	.26	12.30 (3.49)	13.27 (3.80)	12.75 (4.50)	12.87 (4.11)
Riesgo percibido total	14.26***	3,370	.10	1.0	49.67 (7.13)	54.08 (6.71)	49.21 (5.15)	47.62 (5.65)

*** $p < .001$.

Tabla 23

Análisis post hoc (Bonferroni) para MANOVA de los factores de vulnerabilidad en función del tipo de enfermedad

<i>Variable dependiente</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Diferencia de medias</i> <i>t</i>
Indefensión	HTAe (<i>M</i> = 2.99)	<i>ECV+HTA (M= 3.43)</i>	-.44**
		<i>E. Respiratoria crónica (M= 3.24)</i>	-.24**
		<i>No enfermedad crónica (M= 3.01)</i>	-.01
	ECV+HTA (<i>M</i> = 3.43)	<i>No enfermedad crónica (M= 3.01)</i>	.42**
Desesperanza total	ECV+HTA (<i>M</i> = 2.14)	<i>HTAe (M= 1.60)</i>	.53**
		<i>E. Respiratoria crónica (M= 1.59)</i>	.55**
		<i>No enfermedad crónica (M= 1.37)</i>	.77*
Riesgo percibido total	ECV+HTA (<i>M</i> = 54.08)	<i>HTAe (M= 49.67)</i>	4.40**
		<i>E. Respiratoria crónica (M= 49.21)</i>	4.87**
		<i>No enfermedad crónica (M= 47.62)</i>	6.45**

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

**p <.05.

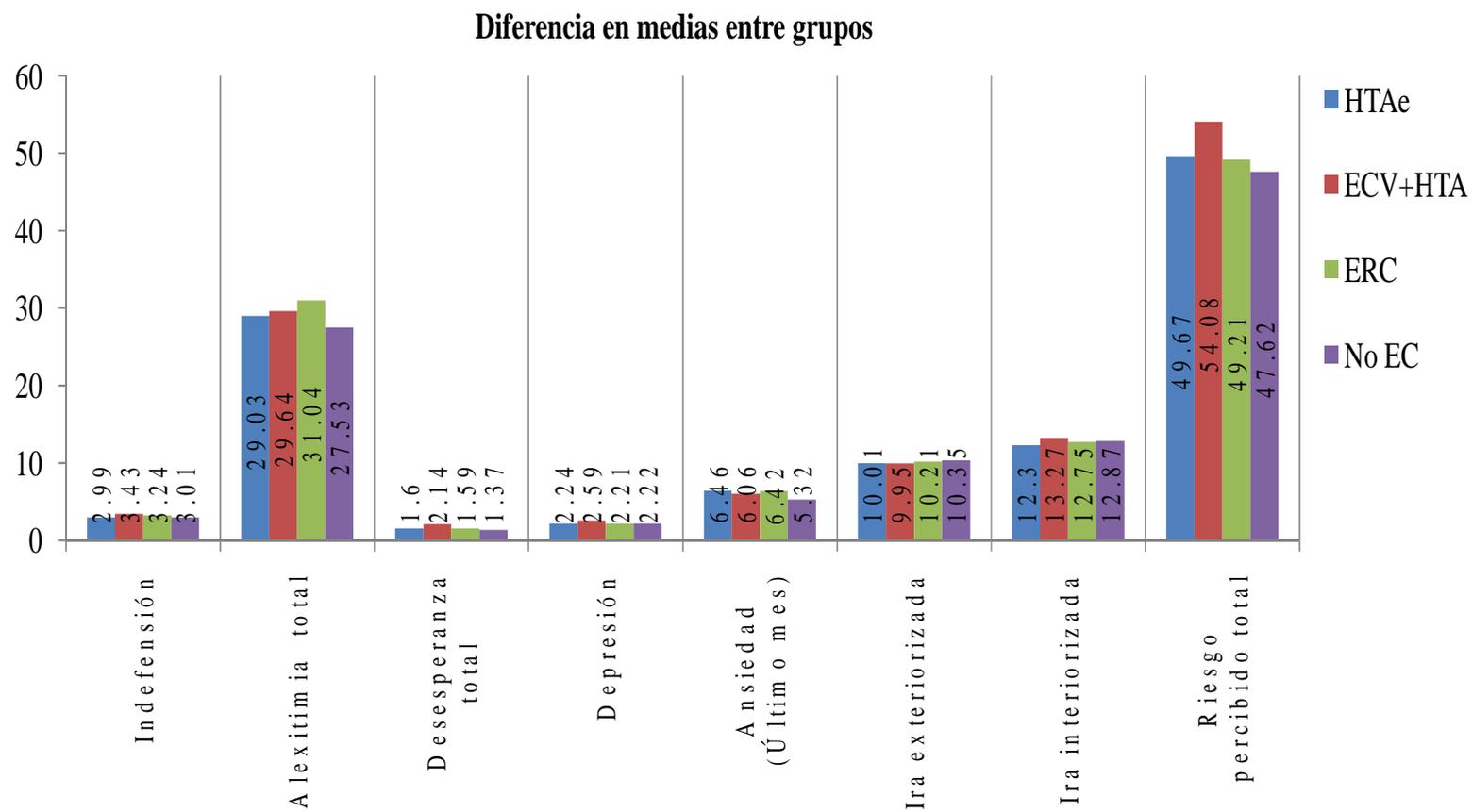


Figura 3: Diferencias en medias entre grupos para los factores de vulnerabilidad.

Los análisis univariados realizados con las distintas subescalas de alexitimia, desesperanza y riesgo percibido (ver Tablas 24 y 25, y Figura 4), pusieron de manifiesto diferencias significativas, con una potencia entre $1-\beta = .80$ y $1-\beta = 1.0$, en las variables relativas a la dificultad para identificar sentimientos ($F_{(3,370)} = 4.58, p < .05, \eta_p^2 = .03$), la desesperanza afectiva ($F_{(3, 370)} = 6.88, p < .001, \eta_p^2 = .05$), la desesperanza motivacional ($F_{(3, 370)} = 9.54, p < .001, \eta_p^2 = .07$), la desesperanza cognitiva ($F_{(3, 370)} = 3.69, p < .05, \eta_p^2 = .02$) y el riesgo incontrolable ($F_{(3, 370)} = 27.32, p < .001, \eta_p^2 = .18$).

En particular, se encontró que el grupo de pacientes con enfermedad respiratoria crónica presentaba una mayor dificultad para identificar sentimientos ($M=17$), en comparación con los pacientes sin enfermedad crónica ($M=14.43$). Asimismo, el grupo de pacientes con ECV+HTA y el grupo con HTAe informaron de mayores niveles en desesperanza afectiva ($M=.76$ y $M=.54$, respectivamente) en contraste con los pacientes sin enfermedad crónica ($M=.30$).

Finalmente el grupo ECV+HTA obtuvo unas puntuaciones en desesperanza motivacional y riesgo percibido incontrolable significativamente más altas ($M=1.08$ y $M=19.42$, respectivamente) que las halladas en de los otros tres grupos (pacientes con HTAe: $M=.57$ en desesperanza motivacional y $M=14.95$ en riesgo percibido incontrolable; pacientes con ERC: $M=.61$ en desesperanza motivacional y $M=13.64$ en riesgo percibido incontrolable; y pacientes sin enfermedad crónica: $M=.41$ en desesperanza motivacional y $M=12.94$ en riesgo percibido incontrolable). Mientras, el grupo con ECV+HTA manifestó mayores niveles de desesperanza cognitiva respecto del grupo No E.C. ($M=1.94$ y $M=1.28$, respectivamente).

Tabla 24

Análisis univariados para las subdimensiones referidas a la alexitimia, la desesperanza y el riesgo percibido según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-β</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i>	<i>ECV+ HTA</i>	<i>ERC</i>	<i>No EC</i>
					<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
Dificultad para identificar sentimientos	4.58**	3.370	.03	.88	16.48 (6.31)	16.24 (6.07)	17.89 (7.52)	14.43 (5.06)
Dificultad para describir sentimientos	.65	3.370	.00	.18	12.55 (4.70)	13.39 (4.42)	13.15 (4.41)	13.11 (4.15)
Desesperanza factor afectivo	6.88***	3.370	.05	.97	.54 (.71)	.76 (.68)	.56 (.67)	.30 (.51)
Desesperanza factor motivacional	9.54***	3.370	.07	.99	.57 (.79)	1.08 (.92)	.61 (.84)	.41 (.70)
Desesperanza factor cognitivo	3.69**	3.370	.02	.80	1.45 (1.39)	1.94 (1.50)	1.39 (1.25)	1.28 (1.05)
Riesgo percibido incontrolable	27.32***	3.370	.18	1.0	14.95 (5.01)	19.42 (4.57)	13.64 (4.97)	12.94 (4.34)
Riesgo percibido conocido/mod.	1.37	3.370	.01	.36	17.52 (3.59)	17.92 (2.48)	17.81 (2.17)	17.08 (2.82)
Riesgo percibido desconocido	1.54	3.370	.01	.40	17.20 (3.57)	16.73 (2.78)	17.76 (3.31)	17.60 (2.77)

p*<.05; *p*<.001.

Tabla 25

Análisis post hoc (Bonferroni) para ANOVAs de las subdimensiones de los factores de vulnerabilidad en función del tipo de enfermedad

<i>Variable dependiente</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Diferencia de medias t</i>
Dificultad para identificar sentimientos	E. Respiratoria crónica (<i>M</i> =17.89)	<i>HTAe (M= 16.48)</i>	1.41
		<i>ECV+HTA (M= 16.24)</i>	1.65
		<i>No enfermedad crónica (M= 14.43)</i>	3.46**
Desesperanza factor afectivo	No enfermedad crónica (<i>M</i> =.30)	<i>HTAe (M=.54)</i>	-.23**
		<i>ECV+HTA (M=.76)</i>	-.46**
		<i>E. Respiratoria crónica (M=.56)</i>	-.25
Desesperanza factor motivacional	ECV+HTA (<i>M</i> =1.08)	<i>HTAe (M=.57)</i>	.50**
		<i>E. Respiratoria crónica (M=.61)</i>	.46**
		<i>No enfermedad crónica (M=.41)</i>	.66**

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

***p* <.05.

Tabla 25 “Continuación”

Análisis post hoc (Bonferroni) para ANOVAs de las subdimensiones de los factores de vulnerabilidad en función del tipo de enfermedad

Variable dependiente	Tipo de enfermedad	Tipo de enfermedad	Diferencia de medias <i>t</i>
Desesperanza factor cognitivo	ECV+HTA (M=1.94)	HTAe (M= 1.45)	.49
		E. Respiratoria crónica (M= 1.39)	.55
		No enfermedad crónica (M= 1.28)	.66**
Riesgo percibido incontrolable	HTAe (M= 14.95)	No enfermedad crónica (M= 12.94)	2.01**
	ECV+HTA (M=19.42)	HTAe (M= 14.95)	4.47**
		E. Respiratoria crónica (M= 13.64)	5.79**
		No enfermedad crónica (M= 12.94)	6.48**

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

**p <.05.

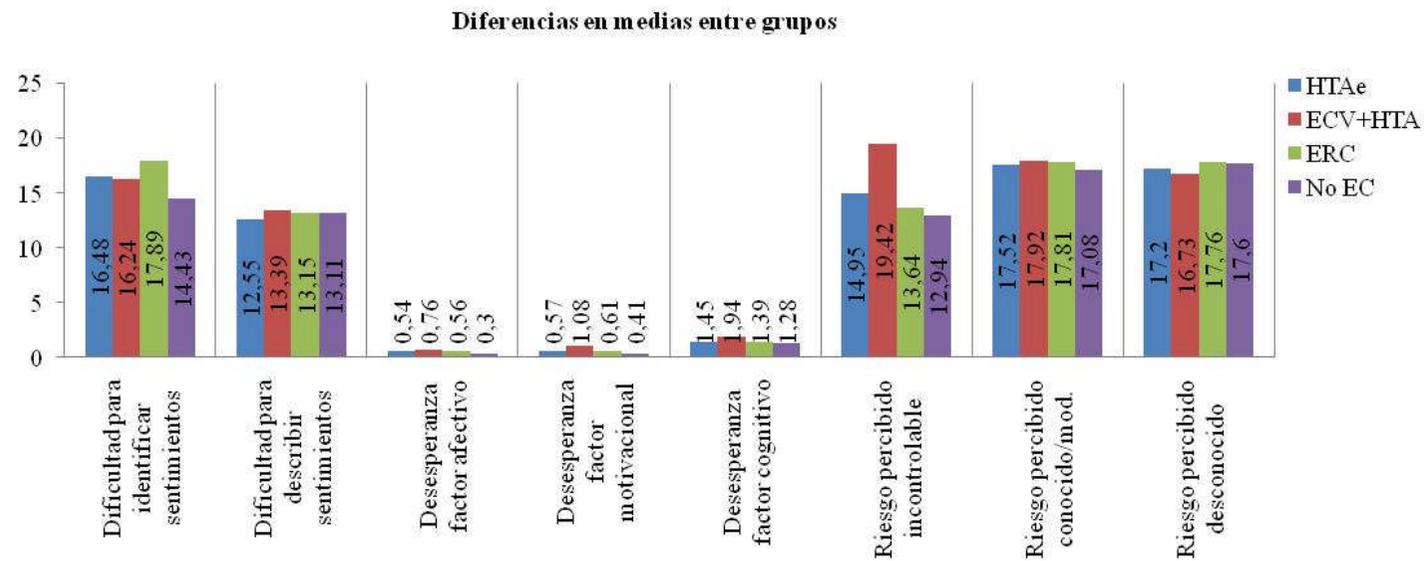


Figura 4: Diferencias en medias entre grupos para subescalas de los factores de vulnerabilidad.

4.2.3 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del tipo de enfermedad. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las correlaciones entre todas las estrategias mostraron un tamaño que osciló entre .17 y .67 para los cuatro grupos (ver Tabla A8, A9, A 10 y A 11, página 418). Este dato permitió introducirlas conjuntamente como variables dependientes en el MANOVA, con el objeto de examinar las posibles diferencias que podía haber en la utilización de las estrategias en función del grupo de pacientes.

Dicho análisis multivariado (ver Tabla 26) resultó significativo (Lambda de Wilks = .72; $F_{(39,1051)} = 3.09, p < .001$), con una $1-\beta = 1.0$ y una eta parcial $\eta_p^2 = .10$, que indica que el 10% de la variabilidad en las estrategias de afrontamiento depende de la existencia o no de las patologías crónicas consideradas. El análisis de varianzas posterior reveló diferencias significativas con respecto a las estrategias de planificación ($F_{(3, 370)} = 5.35, p < .05, \eta_p^2 = .04$), apoyo en la religión ($F_{(3, 370)} = 5.37, p < .05, \eta_p^2 = .04$), reevaluación positiva ($F_{(3, 370)} = 3.99, p < .05, \eta_p^2 = .03$), aceptación ($F_{(3, 370)} = 4.43, p < .05, \eta_p^2 = .03$), humor ($F_{(3, 370)} = 6.61, p < .001, \eta_p^2 = .05$), autoinculpación ($F_{(3, 370)} = 2.64, p < .05, \eta_p^2 = .02$) y ventilación emocional ($F_{(3, 370)} = 8.07, p < .001, \eta_p^2 = .06$).

En concreto, se observó que las personas con un diagnóstico de ECV+HTA presentaban un nivel más bajo de planificación ($M=2.67$), reevaluación positiva ($M=2.50$), autoinculpación ($M=.98$) y ventilación emocional ($M=1.30$) en comparación con los pacientes sin diagnóstico de enfermedad crónica ($M=3.49$; $M=3.17$; $M=1.27$; y $M=2.02$, respectivamente). En la misma línea, los pacientes con ECV+HTA informaron de menores niveles de reevaluación positiva ($M=3.22$) y ventilación emocional ($M=2.36$) que las personas con enfermedad respiratoria crónica ($M=2.36$) (ver Figuras 5 y 6). Con respecto a esta última estrategia los pacientes con ECV+HTA mostraron un nivel menor en comparación con los pacientes diagnosticados de HTAe ($M=1.83$).

Por otra parte, los pacientes con enfermedad respiratoria crónica expresaron un mayor uso de la aceptación ($M=4.40$) como estrategia de afrontamiento en contraste con los pacientes sin enfermedad crónica ($M=3.69$). Los pacientes con HTAe manifestaron menores niveles en la estrategia de humor ($M=.94$) en comparación con los enfermos respiratorios crónicos ($M=1.28$) y los pacientes sin enfermedad crónica ($M=1.28$). Asimismo, el grupo de pacientes diagnosticados de ECV+HTA y el grupo de pacientes con diagnóstico de HTAe indicaron un uso de la religión más elevado ($M=1.44$ y $M=1.42$, respectivamente) que el informado por el grupo de personas con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica ($M=.95$) (ver Tabla 27 y Figuras 5 y 6).

Tabla 26

Análisis multivariado para las estrategias de afrontamiento según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-β</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i>	<i>ECV+HTA</i>	<i>ERC</i>	<i>No EC</i>
					M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Estadístico Multivariado	3.09***	39,1051	.10	1.0				
Afrontamiento activo	1.21	3,370	.01	.32	3.87 (1.42)	3.85 (1.04)	4.01 (1.18)	4.15 (1.14)
Planificación	5.35**	3,370	.04	.93	3.08 (1.38)	2.67 (1.28)	3.24 (1.26)	3.49 (1.29)
Apoyo emocional	1.98	3,370	.01	.50	3.51 (1.71)	2.92 (1.43)	3.35 (1.56)	3.31 (1.53)
Apoyo instrumental	.90	3,370	.00	.24	3.14 (1.43)	2.97 (1.16)	3.19 (1.42)	2.92 (1.18)
Religión	3.37**	3,370	.04	.93	1.42 (.84)	1.44 (.94)	.95 (.88)	1.26 (.81)
Reevaluación positiva	3.89**	3,370	.03	.82	3.02 (1.49)	2.50 (1.44)	3.22 (1.36)	3.17 (1.25)

** $p < .05$; *** $p < .001$

Tabla 26 “Continuación”

Análisis multivariado para las estrategias de afrontamiento según el tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-β</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i>	<i>ECV+</i>	<i>ERC</i>	<i>No EC</i>
					M (<i>DT</i>)	M (<i>DT</i>)	M (<i>DT</i>)	M (<i>DT</i>)
Aceptación	4.43**	3,370	.03	.87	3.95 (1.27)	3.94 (1.50)	4.40 (1.19)	3.69 (1.12)
Negación	.32	3,370	.00	.11	.99 (.76)	.96 (.60)	.92 (.66)	1.02 (.68)
Humor	6.61***	3,370	.05	.97	.94 (.81)	1.00 (.54)	1.28 (.78)	1.28 (.55)
Autodistracción	1.17	3,370	.01	.31	2.95 (1.56)	2.98 (1.70)	3.21 (1.52)	3.29 (1.39)
Autoinculpación	2.64**	3,370	.02	.64	1.17 (.67)	.98 (.73)	1.22 (.70)	1.27 (.63)
Desconexión conductual	2.26	3,370	.01	.57	1.20 (1.44)	.95 (1.10)	.81 (1.13)	.85 (1.12)
Ventilación emocional	8.07***	3,370	.06	.99	1.83 (1.24)	1.30 (1.03)	2.36 (1.52)	2.02 (1.34)

p*<.05; *p*<.001.

Tabla 27

Análisis post hoc (Bonferroni) para MANOVA de las estrategias de afrontamiento en función del tipo de enfermedad

<i>Variable dependiente</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Diferencia de medias</i> t
Planificación	ECV+HTA (M= 2.67)	<i>HTAe (M= 3.08)</i>	-.42
		<i>E. Respiratoria crónica (M=3.24)</i>	-.57
		<i>No enfermedad crónica (M= 3.49)</i>	-.82**
Reevaluación positiva	ECV+HTA (M= 2.50)	<i>HTAe (M=3.02)</i>	-.52
		<i>E. Respiratoria crónica (M=3.22)</i>	-.72**
		<i>No enfermedad crónica (M=3.17)</i>	-.67**
Autoinculpación	ECV+HTA (M= .98)	<i>HTAe (M= 1.17)</i>	-.18
		<i>E. Respiratoria crónica (M=1.22)</i>	-.24
		<i>No enfermedad crónica (M= 1.27)</i>	-.29**
Ventilación emocional	ECV+HTA (M= 1.30)	<i>HTAe(M= 1.83)</i>	-.53**
		<i>E. Respiratoria crónica (M=2.36)</i>	-1.06**
		<i>No enfermedad crónica (M= 2.02)</i>	-.72**
	HTAe (M=1.83)	<i>E. Respiratoria crónica (M=2.36)</i>	-.53**
Aceptación	E. Respiratoria crónica (M= 4.40)	<i>HTAe (M= 3.95)</i>	.45
		<i>ECV+HTA (M= 3.94)</i>	.46
		<i>No enfermedad crónica (M= 3.69)</i>	.71**
Humor	HTAe (M= .94)	<i>ECV+HTA (M= 1.00)</i>	-.06
		<i>E. Respiratoria crónica (M=1.28)</i>	-.33**
		<i>No enfermedad crónica (M= 1.28)</i>	-.34**
Religión	E. Respiratoria crónica (M= .95)	<i>HTAe (M= 1.42)</i>	-.46**
		<i>ECV+HTA (M= 1.44)</i>	-.48**
		<i>No enfermedad crónica(M= 1.26)</i>	-.30

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

** $p < .05$.

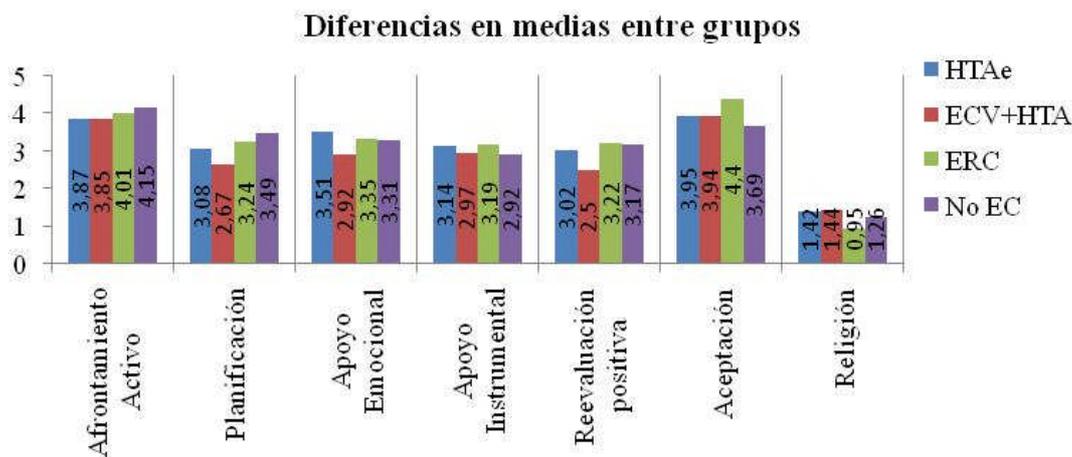


Figura 5: Diferencias en medias entre grupos para las estrategias de afrontamiento adaptativas.

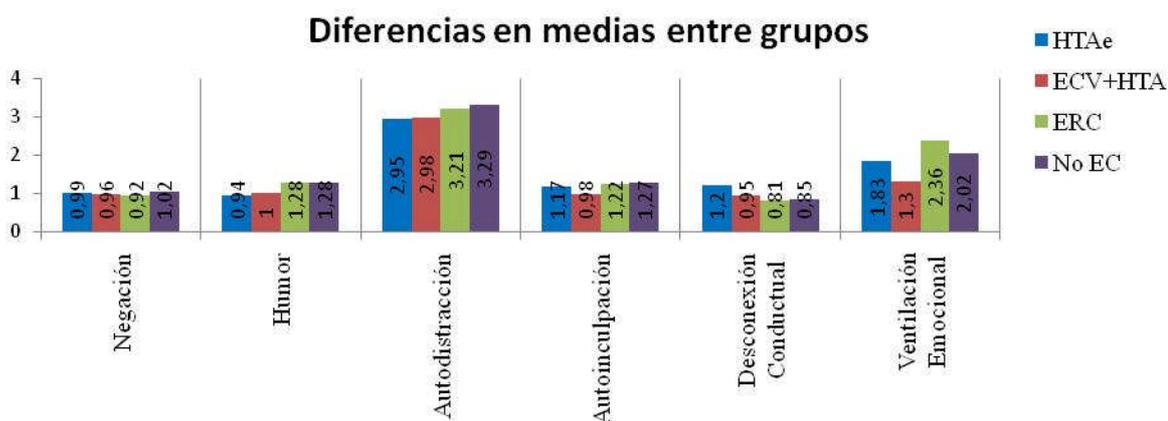


Figura 6 Diferencias en medias entre grupos para las estrategias de afrontamiento desadaptativas.

4.2.4 Diferencias en la falta de adherencia al tratamiento en función del tipo de enfermedad. Las variables relativas a la falta de adherencia (FA) al tratamiento comprendieron exactamente: la FA global, la FA a la medicación, la FA a la reducción de rutinas de riesgo (concretamente, la FA a la dieta en los grupos HTAe, ECV+HTA y No E. C.; y la FA a la evitación de ambientes de riesgo, esto es, lugares con presencia

de humos, tabaco, plantas, y consejos limpieza del hogar, en el grupo de ERC); la FA al ejercicio, la FA a las pautas relativas al consumo de tabaco, la FA a las pautas relativas al consumo de alcohol y la FA por no tener apoyo familiar.

El análisis correlacional puso de manifiesto un tamaño de las correlaciones que osciló entre .17 y .69 para los tres grupos. No obstante, en el grupo de pacientes con HTAe, la correlación entre la FA global y la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) fue elevada ($r > .74$) (ver Tablas A12, A13, A14 y A15, en pág. 422).

De este modo se realizó, por una parte, un MANOVA para examinar en qué medida los tres grupos de pacientes diferían en relación con las distintas dimensiones de la FA al tratamiento, y por otra, un ANOVA para examinar las diferencias que podía haber entre los grupos con respecto a la FA global.

El ANOVA respecto a la FA global mostró una potencia de .92 y resultó significativo ($F_{(3, 370)} = 5.13, p < .05, \eta_p^2 = .04$), revelando que un 4% de las diferencias en la FA al tratamiento global estarían explicadas por las diferencias en el tipo de enfermedad. En concreto, los pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica presentaron una mayor FA global ($M = 49.61$) en comparación con los pacientes con ECV+HTA ($M = 43.85$) y con los pacientes con HTAe ($M = 45.85$) (ver Tablas 28 y 29).

Por otra parte, el análisis multivariado que se llevó a cabo con las distintas variables relativas a la falta de adherencia al tratamiento también resultó significativo ($1-\beta = 1.0$; Lambda de Wilks = .75; $F_{(18, 1024)} = 5.86, p < .001, \eta_p^2 = .08$). En particular se obtuvieron diferencias significativas con respecto a la FA a la medicación ($F_{(3, 370)} = 24.06, p < .001, \eta_p^2 = .16$), siendo esta variable la que explicó el mayor porcentaje de varianza, exactamente un 16%, con respecto a la FA a los tratamientos debida al tipo de enfermedad o diagnóstico.

Asimismo se apreciaron diferencia significativas en cuanto a la FA a la reducción de las rutinas de riesgo (concretamente, FA a la dieta en los grupos (HTAe, ECV+HTA y No E. C.) y FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar, en el grupo de ERC) ($F_{(3, 370)} = 3.28$. $p < .05$, $\eta_p^2 = .02$), y a la FA a las pautas referidas a la disminución del consumo de tabaco ($F_{(3, 370)} = 6.46$. $p < .001$, $\eta_p^2 = .05$).

Respecto a la FA a la medicación tanto los pacientes con ECV+HTA ($M = -.17$), como los pacientes con HTAe ($M = -.16$) se mostraron más cumplidores, en comparación con los pacientes con enfermedad respiratoria crónica ($M = -.11$) y los pacientes sin diagnóstico de enfermedad crónica ($M = -.12$). En cuanto a la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) las personas con HTAe ($M = 15.10$) resultaron más incumplidoras en comparación con los pacientes que no tenían diagnóstico de enfermedad crónica ($M = 13.64$). Y con respecto a la FA para seguir los consejos de disminución del consumo de tabaco, los pacientes con HTAe ($M = -.22$), los que presentaban ECV+HTA ($M = -.22$) y los pacientes sin enfermedad crónica ($M = -.21$) señalaron una peor falta de adherencia que los pacientes con enfermedad respiratoria crónica ($M = -.17$) (ver Tablas 30 y 31).

Tabla 28

Análisis univariado para la falta de adherencia global al tratamiento según tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-β</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i>	<i>ECV+HTA</i>	<i>ERC</i>	<i>No EC</i>
					M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Falta de adherencia global	5.13**	3,370	.04	.92	45.85 (9.80)	43.85 (7.66)	49.61 (8.97)	46.36 (8.21)

** $p < .05$.

Tabla 29

Análisis post hoc (Bonferroni) significativo para ANOVA de falta de adherencia global del tratamiento en función del tipo de enfermedad

<i>Variable dependiente</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Diferencia de medias</i> <i>t</i>
Falta de adherencia global	E. Respiratoria crónica (M= 49.61)	<i>HTAe</i> (M=45.85)	3.76**
		<i>ECV+HTA</i> (M=43.85)	5.76**
		<i>No enfermedad crónica</i> (M=46.36)	3.25

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

**p <.05.

Tabla 30

Análisis multivariado para las variables relativas a la falta de adherencia al tratamiento según tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-β</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i>	<i>ECV+HTA</i>	<i>ERC</i>	<i>No EC</i>
					M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Estadístico Multivariado	5.86***	18,1024	.08	1.0				
FA a la medicación	24.06***	3,370	.16	1.0	-.16 (.04)	-.17 (.03)	-.11 (.04)	-.12 (.05)
FA a la reducción de rutinas de riesgo¹	3.28**	3,370	.02	.74	15.10 (4.17)	13.64 (4.32)	14.36 (3.73)	13.64 (3.68)
FA al Ejercicio	.87	3,370	.00	.24	7.58 (3.28)	8.20 (3.10)	7.40 (3.01)	7.54 (3.02)
FA disminución tabaco	6.46***	3,370	.05	.96	-.22 (.07)	-.22 (.07)	-.17 (.10)	-.21 (.08)
FA disminución alcohol	1.75	3,370	.01	.45	-.22 (.06)	-.21 (.07)	-.20 (.08)	-.21 (.07)
FA por apoyo familiar	1.73	3,370	.01	.45	11.23 (3.72)	10.61 (3.17)	11.65 (3.15)	10.60 (3.61)

¹En los grupos HTAe (hipertensión arterial esencial), ECV+HTA (enfermedad cardiovascular + hipertensión) y No E. C. (pacientes sin enfermedad crónica), FA a la dieta y en el grupo de ERC, FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar.

p <.05; *p <.001.

Tabla 31

Análisis post hoc (Bonferroni) significativos para las variables relativas a la falta de adherencia del tratamiento en función del tipo de enfermedad

<i>Variable dependiente</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Diferencia de medias t</i>
FA a la medicación	HTAe (M=-.16)	<i>ECV+HTA (M= -.17)</i>	.00
		<i>E. Respiratoria crónica (M= -.11)</i>	-.04**
		<i>No enfermedad crónica (M= -.12)</i>	-.03**
	ECV+HTA (M=-.17)	<i>E. Respiratoria crónica (M= -.11)</i>	-.05**
		<i>No enfermedad crónica (M= -.12)</i>	-.04**
FA a la reducción de rutinas de riesgo¹	HTAe (M=15.10)	<i>ECV+HTA (M=13.64)</i>	1.46
		<i>E. Respiratoria crónica (M=14.36)</i>	.74
		<i>No enfermedad crónica (M=13.64)</i>	1.45**
FA a las pautas de disminución de tabaco	E. Respiratoria crónica (M= -.17)	<i>HTAe (M=-.22)</i>	.04**
		<i>ECV+HTA (M= -.22)</i>	.05**
		<i>No enfermedad crónica (M=-.21)</i>	.04**

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

¹En los grupos HTAe (hipertensión arterial esencial), ECV+HTA (enfermedad cardiovascular + hipertensión) y No E. C. (pacientes sin enfermedad crónica), FA a la dieta y en el grupo de ERC, FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar.

** $p < .05$.

4.2.5 Diferencias en la calidad de vida en función del tipo de enfermedad.

Con respecto a la calidad de vida total (C.V. total), las dimensiones relativas a la C.V. Física global y C.V. Mental global, y las subdimensiones que componen dichas dimensiones, se procedió a realizar un ANOVA para examinar las posibles diferencias que había en estas variables en función del tipo de enfermedad. No se procedió a realizar ningún MANOVA dado que se obtuvo una alta correlación de la C.V. total con la C.V. Física global y la C.V. Mental global (entre .81 y .93), así como unas correlaciones también elevadas entre cada una de estas dimensiones y sus respectivas subdimensiones (ver Tablas A16, A17, A18, y A19, en pág. 424).

Los ANOVAs pusieron de manifiesto diferencias significativas con respecto a las dimensiones de la calidad de vida, con una potencia entre $1-\beta = .76$ y $1-\beta = 1.0$, entre los grupos de pacientes.

En relación con la C.V. total ($F_{(3, 370)} = 12.36, p < .001, 1-\beta = 1.0, \eta_p^2 = .09$), como muestran las Tablas 32 y 33, se constató que los pacientes sin enfermedad crónica informaban de un mayor nivel de calidad de vida total ($M=118.48$), en comparación con cualquiera de los otros tres grupos (HTAe: $M=109.50$; ECV+HTA: $M=100.98$; y ERC: $M=105.75$). Asimismo, los pacientes del grupo HTAe tuvieron una puntuación significativamente más alta en esta variable en contraste con los pacientes del grupo ECV+HTA.

De esta manera, los ANOVAs reflejaron diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida física global ($F_{(3, 370)} = 26.06, p < .001, 1-\beta = 1.0, \eta_p^2 = .17$), y sus distintas subdimensiones: función física ($F_{(3, 370)} = 23.88, p < .001, \eta_p^2 = .16$), rol físico ($F_{(3, 370)} = 8.43, p < .001, \eta_p^2 = .06$), dolor corporal ($F_{(3, 370)} = 6.14, p < .001, \eta_p^2 = .04$) y salud general ($F_{(3, 370)} = 23.55, p < .001, \eta_p^2 = .16$).

Considerando la calidad de vida física global, se apreció que los pacientes del grupo HTAe presentaban en esta variable un nivel significativamente más elevado ($M=212.000$) que el mostrado por el grupo de pacientes ECV+HTA ($M=150.000$).

En cuanto a la subdimensión de calidad de vida - función física se encontró un nivel significativamente más alto en pacientes con HTAe ($M=196.000$) y en pacientes con enfermedad respiratoria crónica ($M=19.100$), en comparación con el grupo de pacientes con ECV+HTA ($M=7.700$). De igual modo, en las subdimensiones de rol físico y salud general, los pacientes con HTAe puntuaron significativamente más alto ($M=394.6$ y $M=17.08$, respectivamente) que el grupo de pacientes con ECV+HTA ($M=317.1$ y $M=15.00$, en el mismo orden).

Por otra parte, se apreció que el grupo de pacientes que no tenía ninguna enfermedad crónica manifestaba una puntuación más alta, tanto en la calidad de vida física global como en las distintas subdimensiones, en comparación con el resto de los

tres grupos. La única excepción se detectó en la subdimensión de rol físico, en la cual no se observaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica y el grupo de pacientes con HTAe.

Finalmente, los ANOVAs indicaron diferencias significativas con respecto a la calidad de vida mental global ($F_{(3, 370)} = 3.40, p < .05, 1-\beta = .76, \eta_p^2 = .02$), y las subdimensiones de vitalidad ($F_{(3, 370)} = 5.11, p < .05, \eta_p^2 = .04$) y rol emocional ($F_{(3, 370)} = 5.76, p < .05, \eta_p^2 = .04$). En concreto se observó que en calidad de vida mental global y vitalidad, los pacientes sin enfermedad crónica puntuaban significativamente más alto ($M=3.000$ y $M=17.57$, respectivamente) que los pacientes con ECV+HTA ($M=2.500$ y $M=15.35$, respectivamente); mientras que en rol emocional los pacientes sin enfermedad crónica obtuvieron una mayor puntuación ($M=5.55$) en comparación con los pacientes con enfermedad respiratoria crónica ($M=4.82$).

Tabla 32

Análisis univariados para las variables de calidad de vida según tipo de enfermedad presentada por los grupos de pacientes

	<i>F</i>	<i>gl</i>	η_p^2	<i>1-β</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>			
					<i>HTAe</i> M (<i>DT</i>)	<i>ECV+HTA</i> M (<i>DT</i>)	<i>ERC</i> M (<i>DT</i>)	<i>No EC</i> M (<i>DT</i>)
C.V. total	12.36***	3,370	.09	1.0	109.50 (20.92)	100.98 (19.56)	105.75 (22.46)	118.48 (14.01)
C.V. Física global	26.06***	3,370	.17	1.0	212.000 (91.000)	150.000 (87.000)	196.000 (97.000)	270.000 (77.000)
C.V. Mental global	3.40**	3,370	.02	.76	2.700 (1.100)	2.500 (1.000)	2.600 (1.100)	3.000 (800)
C.V. Función física	23.88***	3,370	.16	1.0	19.100 (7.700)	13.100 (8.000)	19.400 (8.100)	23.000 (5.800)
C.V. Rol físico	8.43***	3,370	.06	.99	394.6 (178.3)	317.1 (190.8)	356.5 (203.6)	448.9 (136.8)
C.V. Dolor corporal	6.14***	3,370	.04	.96	7.88 (2.45)	7.26 (2.66)	7.61 (2.24)	8.72 (2.01)
C.V. Salud general	23.55***	3,370	.16	1.0	17.08 (3.77)	15.00 (3.75)	15.63 (4.71)	19.50 (3.14)
C.V. Vitalidad	5.11**	3,370	.04	.92	16.61 (4.55)	15.35 (3.72)	15.53 (5.03)	17.57 (3.29)
C.V. Función Social	2.31	3,370	.01	.58	8.16 (2.03)	7.68 (2.38)	8.07 (1.87)	8.51 (1.82)
C.V. Rol emocional	5.76**	3,370	.04	.94	5.23 (1.21)	5.17 (1.21)	4.82 (1.19)	5.55 (.99)
C.V. Salud mental	2.05	3,370	.01	.52	21.45 (5.47)	21.67 (4.81)	21.54 (4.96)	22.94 (4.05)

p*<.05; *p*<.001.

Tabla 33

Análisis post hoc (Bonferroni) significativos para las variables relativas a la calidad de vida en función del tipo de enfermedad

<i>Variable dependiente</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Tipo de enfermedad</i>	<i>Diferencia de medias t</i>
C.V. total	No enfermedad crónica (M=118.48)	HTAe (M=109.50)	8.98**
		ECV+HTA (M=100.98)	17.49**
		E. Respiratoria crónica (M=105.75)	12.73**
	HTAe (M=109.50)	ECV+HTA (M=100.98)	8.52**
C.V. Física global	ECV+HTA (M=150.000)	HTAe (M=212.000)	-61729.**
		E. Respiratoria crónica (M=196.000)	-45928.**
		No enfermedad crónica (M=270.000)	-120156.**
	No enfermedad crónica (M=270.000)	HTAe (M=212.000)	58426.**
		E. Respiratoria crónica (M=196.000)	74227.**
C.V. Mental global	No enfermedad crónica (M=3.000)	HTAe (M=2.700)	263.5
		ECV+HTA (M=2.500)	466.8**
		E. Respiratoria crónica (M=2.600)	423.4
C.V. Función física	ECV+HTA (M=13.100)	HTAe (M=19.100)	-6068.**
		E. Respiratoria crónica (M=19.400)	-6276.**
		No enfermedad crónica (M=23.000)	-9918.**
	No enfermedad crónica (M= 23.000)	HTAe (M=19.100)	3849.**
		E. Respiratoria crónica (M=19.400)	3641.**
C.V. Rol físico	No enfermedad crónica (M=448.9)	HTAe (M=394.6)	54.25
		ECV+HTA (M=317.1)	131.7**
		E. Respiratoria crónica (M=356.5)	92.40**
	HTAe (M=394.6)	ECV+HTA (M=317.1)	77.47**
C.V. Dolor corporal	No enfermedad crónica (M=8.72)	HTAe (M=7.88)	.84**
		ECV+HTA (M=7.26)	1.47**
		E. Respiratoria crónica (M=7.61)	1.11**
C.V. Salud general	No enfermedad crónica (M=19.50)	HTAe (M=17.08)	2.43**
		ECV+HTA (M=15.00)	4.50**
		E. Respiratoria crónica (M=15.63)	3.88**
	HTAe (M=17.08)	ECV+HTA (M=15.00)	2.08**
C.V. Vitalidad	No enfermedad crónica (M=17.57)	HTAe (M=16.61)	.97
		ECV+HTA (M=15.35)	2.23**
		E. Respiratoria crónica (M=15.53)	2.05 **
C.V. Rol emocional	No enfermedad crónica (M=5.55)	HTAe (M=5.23)	.32
		ECV+HTA (M=5.17)	.39
		E. Respiratoria crónica (M=4.82)	.74**

Nota: Solo se muestran diferencias de medias entre grupos significativas.

** $p < .05$.

APARTADO III

En este apartado se describen los resultados en diferencias halladas en factores de vulnerabilidad, protección y estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad y su interacción en cada grupo de pacientes crónicos, así como los criterios que, referidos a las correlaciones entre las variables, se emplearon para examinar las diferencias según el sexo y la duración de la enfermedad.

4.3 Diferencias en los Factores de Protección, Vulnerabilidad y las Estrategias de Afrontamiento en Función del Sexo y la Duración de la Enfermedad

4.3.1 Diferencias en los factores de protección y de vulnerabilidad.

4.3.1.1 Relación entre las variables sociodemográficas y clínicas en los tres grupos de pacientes. El análisis de las diferencias con respecto a los factores de protección y vulnerabilidad, en función de determinados aspectos sociodemográficos y clínicos, se planteó en los tres grupos de pacientes crónicos. Estas diferencias no se tuvieron en cuenta, sin embargo, en el caso del grupo de pacientes sin diagnóstico de enfermedad crónica ya que en éste no se evaluó la duración de la enfermedad al no padecer ninguna patología crónica. Este aspecto relativo a la duración de la enfermedad, por el contrario, sí se tuvo en cuenta en el resto de los grupos.

En primer lugar se halló el grado de relación que podía haber entre algunas variables sociodemográficas y clínicas las cuales, de acuerdo con los estudios revisados, podían estar relacionados con los factores de protección y vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento y las variables criterio (esto es, la falta de adherencia al tratamiento y la calidad de vida). Estas variables fueron, en particular, el sexo, la edad, la duración de la enfermedad, el grado de comorbilidad y la cantidad de medicación diaria pautada.

Con respecto a la variable edad, si bien suele darse una asociación positiva entre ésta y la incidencia de la enfermedad, en los grupos de pacientes incluidos en la presente

investigación, la distribución según la edad y la incidencia, conjuntamente considerada, no fue similar. Ello podría deberse a la presencia de distintas estructuras de edad en los grupos de paciente contemplados, grupos en los que las diferentes enfermedades se asocian de distinta manera con una mortalidad más temprana o tardía, siendo su incidencia también distinta; o bien por las posibles diferencias que podría haber en cuanto a los niveles de susceptibilidad ante los determinantes de la enfermedad.

Por ello, se procedió a crear una variable combinada, en la cual se establecieron los grupos de edad atendiendo a estas relaciones edad/incidencia. Esta variable se denominó “grupos de edad ajustados según incidencia”, empleándose en adelante el nombre abreviado de “grupos edad/incidencia”.

Concretamente, se crearon dos grupos: uno de mayor edad y otro de menor edad, fijándose un punto de corte distinto en cada grupo de pacientes según fuera la incidencia de la patología que tuvieran.

Así, para los pacientes con ECV+HTA, en los cuales se aprecia una mayor incidencia de la enfermedad a partir de los 70 años, se fijó como punto de corte la edad de 65 años para establecer los dos grupos en función de la edad y la incidencia conjuntamente consideradas.

En los pacientes con HTAe, puesto que los mayores índices de incidencia se aprecian a partir de los 60 años, el punto de corte fijado fue de 55. Mientras que, en el caso de los pacientes con ERC, dado que la instauración de la enfermedad no asmática (EPOC) suele ocurrir en torno a los 40 y las mayores complicaciones a partir de los 55 años, se consideró como punto de corte la edad de 45 años.

Por último, para los pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica se utilizó como punto de corte la media aritmética de los tres grupos de enfermos, esto es, 55 años (ver Tabla 34).

Tabla 34

Distribución de las muestras en función de la variable “grupos edad/incidencia”

<i>Grupos edad/incidencia</i>	<i>n (%)</i>
HTAe	
1. Menor edad: hasta los 55 años incluidos	54 (40.9%)
2. Mayor edad: más de 55 años	78 (59.1%)
ECV+HTA	
3. Menor edad: hasta los 65 años incluidos	22 (33.3%)
4. Mayor edad: más de 65 años	44 (66.7%)
ERC	
5. Menor edad: hasta los 45 años incluidos	36 (50%)
6. Mayor edad: más de 45 años	36 (50%)
Sin enfermedad crónica	
7. Menor edad: hasta los 55 años incluidos	83 (82.2%)
8. Mayor edad: más de 55 años	18 (17.8%)

La distribución de las muestras por grupos según la duración de la enfermedad (años desde el diagnóstico) y el sexo en los pacientes se muestra en la Tabla 35.

En relación con los pacientes con HTAe, el grupo de hasta 3 años desde el diagnóstico estuvo formado por 60 pacientes (45.5%), 23 hombres (38.3%) y 37 mujeres (61.7%); mientras que el grupo de más de 3 años de diagnóstico se compuso de 72 pacientes (54.5%), en concreto 28 hombres (38.9%) y 44 mujeres (61.1%).

Con respecto a los pacientes con diagnóstico de ECV+HTA, el grupo de hasta 3 años desde el diagnóstico estuvo formado por 19 pacientes (28.8%), 6 hombres (31.6%) y 13 mujeres (68.4%); y el grupo de más de 3 años de diagnóstico se compuso de 47 pacientes (71.2%), de los cuales 34 fueron hombres (72.3%) y 13 mujeres (27.7%). En relación con los pacientes con ERC, el grupo de hasta 3 años desde el diagnóstico estuvo compuesto por 19 pacientes (26.4%), 14 hombres (73.7%) y 5 mujeres (26.3%); mientras que el grupo de más de 3 años de diagnóstico englobó a 53 pacientes (73.6%), de los cuales 16 fueron hombres (30.2%) y 37 mujeres (69.8%).

Tabla 35

Distribución de los grupos de pacientes en función de la duración de la enfermedad y el sexo

	Duración de la enfermedad: <i>Hasta 3 años desde el diagnóstico</i>		Duración de la enfermedad: <i>Más de 3 años desde el diagnóstico</i>		Totales <i>N (%)</i>
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
HTAe	60 (45.5%)		72 (54.5%)		132
	23 (38.3%)	37 (61.7%)	28 (38.9%)	44 (61.1%)	(35.58%)
ECV	19 (28.8%)		47 (71.2%)		66
+ HTA	6 (31.6%)	13 (68.4%)	34 (72.3%)	13 (27.7%)	(17.79%)
ERC	19 (26.4%)		53 (73.6%)		72
	14 (73.7%)	5 (26.3%)	16 (30.2%)	37 (69.8%)	(19.41%)

En relación con la distribución de las muestras en función de los grupos edad/incidencia y el sexo, se constató que en el grupo de personas con diagnóstico de HTAe, el grupo de menor edad, con un rango de edad entre 23 y 55 años, estuvo formado por 16 hombres y 38 mujeres. El grupo de mayor edad, entre los 56 y los 80 años, se compuso de 35 hombres y 43 mujeres (ver Tabla 36).

En el grupo de pacientes con ECV+HTA, el grupo de menor edad, entre los 42 y los 65 años se compuso por 15 hombres y 7 mujeres. El grupo de mayor edad, entre los 66 y 80 años, estuvo formado por 25 hombres y 29 mujeres (ver Tabla 36).

Finalmente, con respecto al grupo de pacientes con diagnóstico de ERC, el grupo de menor edad, entre los 18 y los 45 años, estuvo formado por 12 hombres y 24 mujeres; mientras que el grupo de mayor edad, entre los 46 y los 76 años, estuvo formado por 18 hombres y 18 mujeres (ver Tabla 36).

Tabla 36

Distribución de los grupos de pacientes según grupos edad/incidencia y sexo

	<i>Grupos edad/incidencia:</i>		<i>Grupos edad/incidencia:</i>		<i>Totales</i> <i>N (%)</i>
	<i>Menor edad</i>		<i>Mayor edad</i>		
	<i>Hombre</i> <i>n (%)</i>	<i>Mujer</i> <i>n (%)</i>	<i>Hombre</i> <i>n (%)</i>	<i>Mujer</i> <i>n (%)</i>	
HTAe	54 (40.9%)		78 (59.1%)		132
	16 (29.6%)	38 (70.4%)	35 (44.9%)	43 (55.1%)	(35.58%)
ECV	22 (33.3%)		44 (66.7%)		66
+	15 (68.2%)	7 (31.8%)	25 (56.8%)	29 (43.2%)	(17.79%)
HTA	36 (50%)		36 (50%)		72
ERC	12 (33.3%)	24 (66.7%)	18 (50%)	18 (50%)	(19.41%)

Nota: Para pacientes con HTAe “menor edad” = entre 23 y 55 años, y “mayor edad” = entre 56 y 80 años. Para pacientes con ECV+HTA “menor edad” = entre 42 y 65 años, y “mayor edad” entre 66 y 80 años. Y para pacientes con ERC “menor edad”= entre 18 y 45 años, y “mayor edad” = entre 46 y 76 años.

Para analizar la relación entre las distintas variables sociodemográficas y clínicas, se utilizaron la prueba Chi Cuadrado y la correlación Eta.

Los resultados pusieron de manifiesto, en primer lugar, una relación significativa entre el sexo y la duración de la enfermedad (número de años desde el diagnóstico), tanto en el grupo de los pacientes con ECV+HTA como en el grupo de pacientes con ERC. En el primer grupo se constató que había más hombres con más años de diagnóstico ($\chi^2_{(1)} = 9.41, p < .05$; correlación Eta $r=.37, p<.05$), mientras que en el grupo de pacientes con ERC se apreció que eran las mujeres las que presentaban más años de diagnóstico y ($\chi^2_{(1)} = 10.88, p < .05$; correlación Eta $r=.38, p<.05$).

De igual modo se observó una relación significativa entre el sexo y el grado de comorbilidad, tanto en el grupo de pacientes con ECV+HTA como en el de pacientes con ERC. En ambos grupos se constató una mayor comorbilidad en el caso de los hombres en comparación con las mujeres ($\chi^2_{(3)} = 9.52, p < .05$; correlación Eta $r=.38, p<.05$, en el grupo ECV+HTA; y $\chi^2_{(2)} = 7.63, p < .05$; correlación Eta $r=.32, p<.05$, en el grupo ERC).

Por otro lado se apreció que en el grupo de pacientes con HTAe, conforme mayor era la edad/incidencia, más larga era también la duración de la enfermedad, es decir, más años habían pasado desde el diagnóstico ($\chi^2_{(1)} = 7.02, p < .05$; correlación Eta $r=.23, p<.05$). Asimismo, en el grupo de pacientes ERC, se constató una relación positiva de la comorbilidad con la edad/incidencia ($\chi^2_{(2)} = 8.22, p < .05$; correlación Eta $r=.33, p<.05$), esto es, la comorbilidad era más elevada en el grupo que presentaba mayor edad, siendo también más elevada la comorbilidad conforme mayor era la duración de la enfermedad ($\chi^2_{(2)} = 14.43, p < .05$; correlación Eta $r=.44, p<.05$).

También se observó que la medicación diaria pauta era mayor conforme más alta era la edad/incidencia, y conforme también habían transcurrido más años desde el diagnóstico (mayor duración de la enfermedad), tanto en el grupo de pacientes con ECV+HTA ($\chi^2_{(3)} = 12.59, p < .05$; y correlación Eta $r=.43, p<.05$ entre medicación diaria y edad/incidencia; $\chi^2_{(3)} = 9.81, p < .05$; y correlación Eta $r=.38, p<.05$ entre medicación diaria y duración de la enfermedad) como en el grupo de pacientes con ERC ($\chi^2_{(3)} = 33.64, p < .001$; y correlación Eta $r=.68, p<.001$ entre medicación diaria y edad/incidencia; $\chi^2_{(3)} = 11.22, p < .05$; y correlación Eta $r=.39, p<.05$ entre medicación diaria y duración de la enfermedad).

Estos resultados preliminares permitieron definir las variables que se introdujeron en los MANCOVAs y en los ANCOVAs que se realizaron a continuación. Así, las variables independientes que se emplearon en estos análisis fueron el sexo y la duración de la enfermedad (esto es, años transcurridos desde el diagnóstico), mientras que la variable “grupos edad/incidencia” se introdujo como una covariante. El hecho de introducir esta variable como covariante se produjo después de haber comprobado que, en el grupo con HTAe, a pesar de su relación con duración de la enfermedad, su introducción como variable covariante afectaba al modelo obtenido con el MANCOVA.

($F_{(11,117)} = 2.90, p < .05$). Sin embargo, en relación con su interacción con la duración de la enfermedad no se encontraron diferencias, dentro del grupo de pacientes con HTAe, en los modelos obtenidos, tanto si dicha variable era introducida como variable independiente (MANOVA) o como covariable (MANCOVA) (ver Tabla 37).

Asimismo, la comorbilidad y la medicación diaria pautadas fueron descartadas como posibles covariables, teniendo en cuenta las relaciones descritas en los grupos de pacientes con ECV+HTA y ERC. Así, en ambos grupos, se apreció una mayor comorbilidad en los pacientes hombres, al igual que los pacientes con una mayor duración de su diagnóstico fueron los que manifestaron una mayor cantidad de medicación diaria pautada.

4.3.1.2 Intercorrelación entre los factores de protección y entre los factores de vulnerabilidad. Por otra parte se halló la intercorrelación entre las variables psicosociales protectoras (aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada y control ira interiorizada) y de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total).

El tamaño de las correlaciones entre los factores de protección (ver apartado 4.5.1, página 248), de estos con los factores de vulnerabilidad (ver apartado 4.5.2, página 250), y el de las correlaciones entre los factores de vulnerabilidad por otra (ver Tablas A4, A5 y A6, en pág. 414), no fue, en ningún caso, superior a .70. La única excepción se encontró en las correlaciones entre los factores de vulnerabilidad, con altas correlaciones de las subescalas de desesperanza afectiva, motivacional y cognitiva con la desesperanza total, y en las también elevadas correlaciones de las dimensiones relativas a la dificultad para identificar sentimientos y la dificultad para describir sentimientos con la alexitimia total.

Teniendo en cuenta la detección de estas altas correlaciones y para poder determinar también las diferencias en estas subescalas (desesperanza afectiva, motivacional y cognitiva; y dificultad para identificar sentimientos y dificultades para describir sentimientos) en función del sexo y de la duración de la enfermedad, se llevaron a cabo dos MANCOVAs.

En el primero de ellos se introdujeron la aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada, control ira interiorizada, indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total como variables dependientes.

En el segundo MANCOVA las variables dependientes seleccionadas fueron las subescalas de alexitimia (dificultad identificar sentimientos y dificultad describir sentimientos), las subescalas de desesperanza (afectiva, motivacional y factor cognitivo) y las de riesgo percibido (incontrolable, conocido/moderado y desconocido).

En ambos MANCOVAs las variables independientes fueron el sexo y la duración de la enfermedad, introduciéndose la variable grupos edad/incidencia como una covariante.

4.3.1.3 Diferencias en los factores de protección y de vulnerabilidad en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de hipertensión arterial esencial (HTAe). En el caso del grupo de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial esencial, el primer MANCOVA, en el cual se valoraron las diferencias en indefensión, aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada, control de la ira exteriorizada, control de la ira interiorizada y riesgo percibido total, en función del sexo y la duración de la enfermedad, puso de manifiesto

la existencia de diferencias significativas (Lambda de Wilks = .01; $F_{(13, 115)} = 760.97$, $p < .001$).

En concreto se apreciaron diferencias significativas solo en función del sexo, con una potencia $1-\beta = .90$ y una eta parcial $\eta_p^2 = .18$. Ni el efecto de la duración de la enfermedad ni la interacción entre el sexo y la duración de la enfermedad fueron significativos.

Los contrastes univariados posteriores pusieron de manifiesto, en concreto, que los niveles de resiliencia ($F_{(1,131)} = 4.20$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .03$), alexitimia total ($F_{(1,131)} = 8.68$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .06$), depresión ($F_{(1,131)} = 10.57$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .07$) y ansiedad ($F_{(1,131)} = 8.90$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .06$) eran significativamente distintos en función del sexo. Así, dentro de este grupo, las mujeres puntuaron significativamente más alto en alexitimia total, depresión y ansiedad en comparación con los hombres, mientras que en resiliencia la puntuación de las mujeres resultó significativamente más baja que la obtenida por los hombres (ver Tablas 37 y 38).

Respecto a las posibles diferencias en las subescalas de alexitimia (es decir, dificultad para identificar sentimientos y dificultad para describir sentimientos), las subescalas de desesperanza (esto es, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional y desesperanza cognitiva) y las subescalas de riesgo total (esto es, riesgo incontrolable, riesgo conocido / moderado y riesgo desconocido), si bien el MANCOVA resultó significativo (Lambda de Wilks = .03; $F_{(8,120)} = 375.23$, $p < .001$), no se constataron diferencias significativas en función del sexo ($F_{(8,120)} = .89$, $p = .09$), la duración de enfermedad ($F_{(8,120)} = .92$, $p = .25$) o la interacción entre ambas variables ($F_{(8,120)} = .92$, $p = .33$).

Tabla 37

MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total) y los factores de protección (aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada y control ira interiorizada) en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado Lambda Wilks= .01**	.82**		.85		.89		.76**	
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$
Aceptación	1.94** (13,115)	.18 (.90)	1.52 (13,115)	.11 (.80)	1.00 (13,115)	.10 (.57)	2.65** (13,115)	.23 (.98)
Beneficios percibidos	.06 (1,131)	.00 (.05)	.24 (1,131)	.00 (.07)	.00 (1,131)	.00 (.05)	.02 (1,131)	.00 (.05)
Resiliencia	.01 (1,131)	.00 (.05)	.43 (1,131)	.00 (.10)	.58 (1,131)	.00 (.11)	.08 (1,131)	.00 (.05)
Control ira exteriorizada	4.20** (1,131)	.03 (.53)	3.01 (1,131)	.02 (.40)	.02 (1,131)	.00 (.05)	.00 (1,131)	.00 (.05)
Control ira interiorizada	.17 (1,131)	.00 (.06)	.30 (1,131)	.00 (.08)	5.07** (1,131)	.03 (.60)	5.67** (1,131)	.04 (.65)
Indefensión	1.40 (1,131)	.01 (.21)	.00 (1,131)	.00 (.05)	.03 (1,131)	.00 (.05)	8.09** (1,131)	.06 (.80)
Alexitimia total	.82 (1,131)	.00 (.14)	.01 (1,131)	.00 (.05)	.02 (1,131)	.00 (.05)	.02 (1,131)	.00 (.05)
Desesperanza total	8.68** (1,131)	.06 (.83)	.50 (1,131)	.00 (.10)	2.16 (1,131)	.01 (.30)	.09 (1,131)	.00 (.06)
Depresión	3.24 (1,131)	.02 (.43)	1.16 (1,131)	.00 (.18)	.39 (1,131)	.00 (.09)	.72 (1,131)	.00 (.13)
Ansiedad	10.57** (1,131)	.07 (.89)	.46 (1,131)	.00 (.10)	.95 (1,131)	.00 (.16)	2.60 (1,131)	.02 (.36)
Ira exteriorizada	8.90** (1,131)	.06 (.84)	.10 (1,131)	.00 (.06)	1.06 (1,131)	.00 (.17)	5.43** (1,131)	.04 (.63)
Ira interiorizada	.70 (1,131)	.00 (.13)	1.19 (1,131)	.00 (.19)	.45 (1,131)	.00 (.10)	7.84** (1,131)	.05 (.79)
Riesgo percibido total	1.75 (1,131)	.01 (.26)	3.73 (1,131)	.02 (.48)	.17 (1,131)	.00 (.07)	5.77** (1,131)	.04 (.66)
	2.80 (1,131)	.02 (.38)	2.33 (1,131)	.01 (.32)	1.70 (1,131)	.01 (.25)	2.30 (1,131)	.01 (.32)

** $p < .05$.

Tabla 38

Medias marginales estimadas (MME) obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (alexitimia total, depresión y ansiedad) y los factores de protección (resiliencia) en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Resiliencia	72.45**	66.05**
Alexitimia total	25.88**	31.13**
Depresión	1.81**	2.50**
Ansiedad	4.97**	7.39**

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A23, en pág. 431).

** $p < .05$.

4.3.1.4 Diferencias en los factores protección y de vulnerabilidad en

función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de

ECV+HTA. En cuanto a las posibles diferencias observadas en el grupo ECV+HTA respecto a los factores de vulnerabilidad y de protección, el MANCOVA realizado puso de relieve diferencias significativas en función del efecto conjunto del sexo y la duración de la enfermedad (Lambda de Wilks = .00; $F_{(13,49)} = 437.50$, $p < .001$) sobre las variables de indefensión, aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada, control de la ira exteriorizada, control de la ira interiorizada y el riesgo percibido total.

Los contrastes univariados mostraron, por un lado, diferencias en función del sexo, con una potencia = 1.0 y una eta parcial al cuadrado = .57, en ira exteriorizada ($F_{(1,65)} = 6.54$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .09$), depresión ($F_{(1,65)} = 11.79$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .16$), ansiedad ($F_{(1,65)} = 6.20$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .09$) y riesgo total percibido ($F_{(1,65)} = 5.87$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .08$) (ver Tablas 39 y 40). De este modo se observó que los pacientes hombres con ECV+HTA informaban de un mayor grado de ira exteriorizada y riesgo percibido, y un

menor nivel de depresión y ansiedad, en comparación con lo manifestado por las mujeres con ECV+HTA.

Por otro lado los contrastes univariados también indicaron diferencias significativas en depresión ($F_{(1,65)}=16.33, p<.001, \eta_p^2= .21$), ira interiorizada ($F_{(1,65)}=6.72, p<.05, \eta_p^2= .09$) y alexitimia total ($F_{(1,65)}= 6.85, p<.05, \eta_p^2= .10$) según la duración de la enfermedad, $1-\beta= .98$ y $\eta_p^2= .44$. En particular se apreció que, en el grupo de pacientes con un diagnóstico de hasta 3 años, los niveles de depresión, ira interiorizada y alexitimia total eran significativamente más elevados que los señalados por el grupo con un diagnóstico de más de 3 años de duración (ver Tablas 39 y 40).

Asimismo se encontró un efecto interactivo significativo entre el sexo y la duración de la enfermedad, con una potencia = $.98$ y $\eta_p^2= .46$, sobre la depresión ($F_{(1,65)}= 24.00, p<.001, \eta_p^2= .28$) y la ansiedad ($F_{(1,65)}= 8.67, p<.05, \eta_p^2= .12$) (ver Tablas 39 y 40). Así, los hombres que presentaban una duración de la enfermedad superior a los 3 años desde el diagnóstico, tenían un nivel de depresión y ansiedad (Media marginal estimada (MME)= 3.01 y $MME=6.40$, respectivamente), significativamente más elevado que el mostrado por las mujeres con más de 3 años de diagnóstico ($MME=2.80$ y $MME=5.89$, respectivamente) (ver Figuras 7 y 8).

Tabla 39

MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total) y los factores de protección (aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada y control ira interiorizada) en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado Lambda Wilks= .009***	.42***		.55**		.53**		.60**	
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$
Aceptación	5.17*** (13,49)	.57 (1.0)	3.02** (13,49)	.44 (.98)	3.27** (13,49)	.46 (.98)	2.47** (13,49)	.39 (.94)
Beneficios percibidos	.88 (1,65)	.01 (.15)	3.04 (1,65)	.04 (.40)	1.12 (1,65)	.01 (.18)	.00 (1,65)	.00 (.05)
Resiliencia	1.69 (1,65)	.02 (.24)	.26 (1,65)	.00 (.08)	.00 (1,65)	.00 (.05)	.01 (1,65)	.00 (.05)
Control ira exteriorizada	.11 (1,65)	.00 (.06)	.93 (1,65)	.01 (.15)	.95 (1,65)	.05 (.43)	.09 (1,65)	.00 (.06)
Control ira interiorizada	.09 (1,65)	.00 (.06)	1.78 (1,65)	.02 (.26)	3.15 (1,65)	.04 (.41)	.80 (1,65)	.01 (.14)
Indefensión	.78 (1,65)	.01 (.14)	.34 (1,65)	.00 (.08)	.30 (1,65)	.00 (.08)	1.23 (1,65)	.02 (.19)
Alexitimia total	2.37 (1,65)	.03 (.33)	.91 (1,65)	.01 (.15)	.01 (1,65)	.00 (.05)	.00 (1,65)	.00 (.05)
Desesperanza total	.54 (1,65)	.00 (.11)	6.85** (1,65)	.10 (.73)	3.22 (1,65)	.05 (.42)	10.12** (1,65)	.14 (.87)
Depresión	.23 (1,65)	.00 (.07)	.71 (1,65)	.01 (.13)	3.30 (1,65)	.01 (.16)	.00 (1,65)	.00 (.05)
Ansiedad	11.79** (1,65)	.16 (.92)	16.33*** (1,65)	.21 (.97)	24.00*** (1,65)	.28 (.99)	11.69** (1,65)	.16 (.92)
Ira exteriorizada	6.20** (1,65)	.09 (.68)	2.12 (1,65)	.03 (.30)	8.67** (1,65)	.12 (.82)	3.05 (1,65)	.04 (.40)
Ira interiorizada	6.54** (1,65)	.09 (.71)	3.38 (1,65)	.05 (.44)	.24 (1,65)	.00 (.07)	2.25 (1,65)	.03 (.31)
Riesgo percibido total	.06 (1,65)	.00 (.05)	6.72** (1,65)	.09 (.72)	.80 (1,65)	.01 (.14)	5.45** (1,65)	.08 (.63)
	5.87** (1,65)	.08 (.66)	1.13 (1,65)	.01 (.18)	.05 (1,65)	.00 (.05)	2.52 (1,65)	.04 (.34)

** $p < .05$; *** $p < .001$

Tabla 40

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada, alexitimia total y riesgo percibido total) en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	Sexo		Duración de la enfermedad	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Depresión	1.47 _a **	2.66 _a **	1.36 _b ***	2.77 _b ***
Ansiedad	3.71 _a **	6.77 _a **	ns	ns
Ira exteriorizada	10.38 _a **	8.23 _a **	ns	ns
Ira interiorizada	ns	ns	11.02 _b **	13.85 _b **
Alexitimia total	ns	ns	23.84 _b **	30.86 _b **
Riesgo percibido total	55.36 _a **	50.78 _a **	ns	ns

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A24, en pág. 432).

Subíndices iguales indican diferencias significativas en función de las dos variables independientes: el sexo _(a), y la duración de la enfermedad _(b).

** $p < .05$; *** $p < .001$.

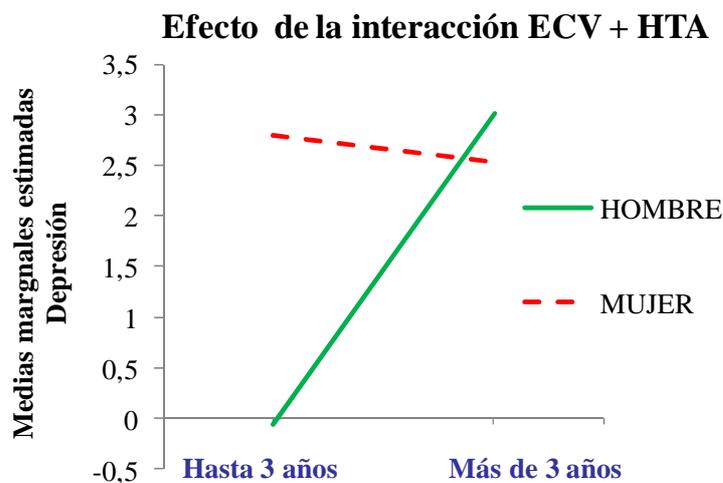


Figura 7: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la depresión, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA.

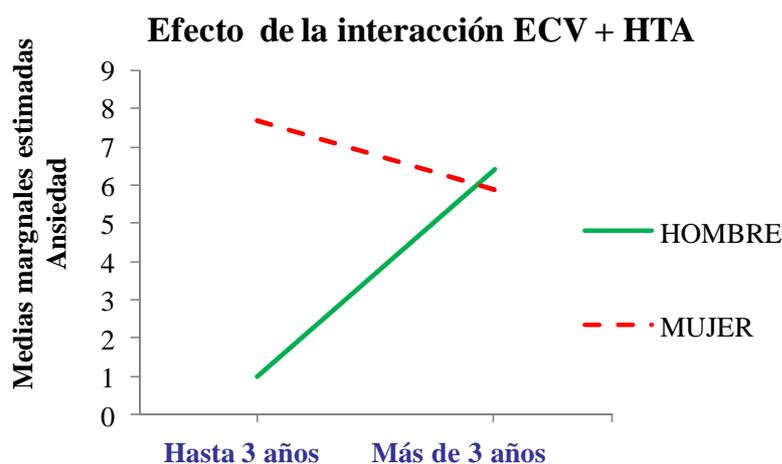


Figura 8: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la ansiedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA.

Por otra parte el MANCOVA, empleando como variables dependientes las subescalas de alexitimia (es decir, dificultad para identificar los sentimientos y dificultad para describir los sentimientos), las subescalas de desesperanza (esto es, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional y desesperanza cognitiva) y las subescalas de riesgo total (esto es, riesgo incontrolable, riesgo conocido/moderado y riesgo desconocido) puso de relieve también diferencias significativas (Lambda de Wilks = .02; $F_{(8,54)} = 253.07, p < .001$). En concreto se apreció un efecto principal por parte del sexo ($F_{(8,54)} = 4.13, p < .001, 1-\beta = .97, \eta_p^2 = .36$) y la duración de la enfermedad ($F_{(8,54)} = 4.83, p < .001, 1-\beta = .99, \eta_p^2 = .45$) sin que la interacción entre estas dos variables resultara significativo (ver Tabla 41).

Los contrastes univariados revelaron diferencias significativas, en función del sexo, en las subescalas de riesgo incontrolable ($F_{(1,65)} = 4.18, p < .05, \eta_p^2 = .06$), riesgo desconocido ($F_{(1,65)} = 3.69, p = .05, \eta_p^2 = .05$) y dificultad para identificar sentimientos ($F_{(1,65)} = 3.80, p = .05, \eta_p^2 = .05$), si bien en estos dos últimos ANOVAs la significación obtenida fue marginal (ver Tabla 41).

De esta forma las mujeres presentaron una puntuación más alta en dificultad para identificar sentimientos y una puntuación más baja en riesgo incontrolable y riesgo desconocido, en comparación con las halladas en los hombres, siendo, no obstante, todas estas diferencias marginalmente significativas (ver Tabla 42).

De igual modo, en la subescala relativa a la dificultad para identificar sentimientos, se apreciaron diferencias en función de la duración de la enfermedad ($F_{(1,65)}= 21.13, p<.001, \eta_p^2= .25$), siendo la dificultad para identificar sentimientos, en el grupo de pacientes que tenía un diagnóstico con una duración de más de 3 años, significativamente mayor que en el grupo de pacientes cuyo diagnóstico tenía una duración de hasta 3 años. Igualmente la interacción entre el sexo y la duración de la enfermedad puso de manifiesto mayores niveles de dificultad para identificar sentimientos en los hombres, en contraste con las mujeres, conforme aumentaba el número de años desde el diagnóstico (ver Tabla A25).

Tabla 41

MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (subescalas de dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza cognitiva, riesgo incontrolable, riesgo conocido / moderado y riesgo desconocido) en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado	.63**		.54***		.77		.71**	
Lambda Wilks= .02***								
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$
Dificultad para identificar sentimientos	3.83** (8.54)	.38 (.97)	5.66*** (8.54)	.45 (.99)	2.00 (8.54)	.22 (.76)	2.71** (8.54)	.19 (.96)
Dificultad para describir sentimientos	3.80* (1,65)	.05 (.48)	21.13*** (1,65)	.25 (.99)	7.09** (1,65)	.10 (.74)	14.42*** (1,65)	.05 (.47)
Desesperanza afectiva	.64 (1,65)	.01 (.12)	.02 (1,65)	.00 (.05)	.22 (1,65)	.00 (.07)	3.69* (1,65)	.01(.18)
Desesperanza motivacional	.67 (1,65)	.01 (.12)	.27 (1,65)	.00 (.08)	2.06 (1,65)	.03 (.29)	1.12 (1,65)	.00 (.10)
Desesperanza factor cognitivo	1.27 (1,65)	.02 (.19)	2.23 (1,65)	.03 (.31)	1.73 (1,65)	.02 (.25)	.44 (1,65)	.00 (.05)
Riesgo percibido incontrolable	1.42 (1,65)	.02 (.21)	.00 (1,65)	.00 (.05)	5.23** (1,65)	.07 (.61)	.03 (1,65)	.00 (.05)
Riesgo conocido/moderado	4.18** (1,65)	.06 (.52)	1.75 (1,65)	.02 (.25)	.09 (1,65)	.00 (.06)	.05 (1,65)	.03 (.29)
Riesgo percibido desconocido	.15 (1,65)	.00 (.06)	.00 (1,65)	.00 (.05)	.19 (1,65)	.00 (.07)	2.04 (1,65)	.06 (.49)
	3.69* (1,65)	.05 (.47)	.12 (1,65)	.00 (.06)	.37 (1,65)	.00 (.09)	3.90* (1,65)	.19 (.96)

* $p=.05$; ** $p<.05$; *** $p<.001$.

Tabla 42

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (subescalas de dificultad para identificar sentimientos, riesgo incontrolable y riesgo desconocido) en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Dificultad para identificar sentimientos	12.63 _a *	15.69 _a *	10.55 _b ***	17.77 _b ***
Riesgo percibido incontrolable	20.20 _a **	17.48 _a **	ns	ns
Riesgo percibido desconocido	17.17 _a *	15.63 _a *	ns	ns

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A25, en pág. 433).

Subíndices iguales indican diferencias significativas en función de las dos variables independientes: el sexo ^(a), y la duración de la enfermedad ^(b).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

4.3.1.5 Diferencias en los factores de protección y de vulnerabilidad en

función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ERC.

En el caso de los pacientes que presentaban enfermedad respiratoria crónica (ERC), el MANCOVA realizado puso de manifiesto el efecto conjunto, y significativo, del sexo y la duración de la enfermedad sobre las variables de indefensión, aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada, control de la ira exteriorizada, control de la ira interiorizada y riesgo percibido total (Lambda de Wilks = .00; $F_{(13,55)} = 475.35$, $p < .001$).

Asimismo se observó un efecto principal por parte del sexo ($F_{(13,55)} = 2.67$, $p < .05$, $1-\beta = .96$, $\eta_p^2 = .38$), y la duración de la enfermedad ($F_{(13,55)} = 3.52$, $p < .05$, $1-\beta = .99$, $\eta_p^2 = .45$), y un efecto interactivo entre estas dos variables ($F_{(13,55)} = 6.92$, $p < .001$, $1-\beta = 1.0$, $\eta_p^2 = .62$) (ver Tabla 43).

Considerando el sexo, se constataron diferencias significativas en la ira interiorizada ($F_{(1,71)} = 8.69$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .11$), el control de la ira exteriorizada ($F_{(1,71)} = 7.37$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .09$) y el control de la ira interiorizada ($F_{(1,71)} = 11.96$, $p < .05$,

$\eta_p^2 = .15$) (ver Tabla 43), encontrándose que las mujeres puntuaban significativamente más alto en todas estas variables en comparación con los hombres (ver Tabla 44).

En función de la duración de la enfermedad, también se observaron diferencias significativas en la aceptación ($F_{(1,71)} = 11.71, p < .05, \eta_p^2 = .14$), los beneficios percibidos ($F_{(1,71)} = 16.57, p < .001, \eta_p^2 = .19$), la depresión ($F_{(1,71)} = 13.80, p < .001, \eta_p^2 = .17$) y el control de la ira exteriorizada ($F_{(1,71)} = 4.56, p < .05, \eta_p^2 = .06$).

En particular, el grupo de pacientes cuyo diagnóstico era superior a los 3 años indicó tener un nivel de depresión mayor que el manifestado por el grupo de pacientes cuya duración de éste era de hasta 3 años. Sin embargo, con respecto al control de ira exteriorizada, la aceptación y los beneficios percibidos, el grupo de pacientes con más de 3 años de diagnóstico señaló unos niveles significativamente más bajos, en comparación con los indicados por aquellos con una duración del diagnóstico de hasta 3 años (ver Tablas 43 y 44).

Por otro lado, se obtuvo un efecto interactivo entre el sexo y la duración de la enfermedad con respecto a los beneficios percibidos ($F_{(1,71)} = 4.89, p < .05, \eta_p^2 = .06$), la depresión ($F_{(1,71)} = 5.85, p < .05, \eta_p^2 = .08$), la ira interiorizada ($F_{(1,71)} = 9.83, p < .05, \eta_p^2 = .12$), el control de la ira exteriorizada ($F_{(1,71)} = 5.82, p < .05, \eta_p^2 = .06$), el control de la ira interiorizada ($F_{(1,71)} = 4.87, p < .05, \eta_p^2 = .08$), la alexitimia total ($F_{(1,71)} = 4.61, p < .05, \eta_p^2 = .06$) y el riesgo percibido total ($F_{(1,71)} = 5.97, p < .05, \eta_p^2 = .08$) (ver Tabla 43).

Por una parte, el grupo de pacientes hombres con un diagnóstico de más de 3 años presentó un nivel de ira interiorizada ($MME=2.80$) y de riesgo percibido total ($MME=51.37$) más alto que el que se constató en el grupo de mujeres con una duración del diagnóstico de más de 3 años ($MME=2.55$ y $MME=47.69$, respectivamente) (ver Figuras 9 y 10).

Por otra parte, el grupo de pacientes hombres con más de 3 años de diagnóstico puntuó significativamente más alto en el control de la ira exteriorizada ($MME=16.67$) y el control de la ira interiorizada ($MME=17.44$), en contraste con el grupo de pacientes hombres con un diagnóstico cuya duración era de hasta 3 años ($MME=16.32$ y $MME=15.44$, respectivamente) (ver Figuras 11 y 12).

En cuanto a los beneficios percibidos, el grupo de hombres con un diagnóstico de hasta 3 años obtuvo una puntuación significativamente más alta ($MME=17.49$) que la reflejada por el grupo de mujeres con igual número de años de diagnóstico ($MME=16.68$) (ver Figura 13).

Finalmente, con respecto a la depresión y la alexitimia total, se observó que el grupo de mujeres con más de 3 años de diagnóstico puntuó significativamente más alto en estas dos variables ($MME=2.57$ y $MME=32.60$, respectivamente) en comparación con el grupo de hombres con el mismo número de años de diagnóstico ($MME=2.28$ en depresión y $MME=26.73$ en alexitimia) (ver Figuras 14 y 15).

Tabla 43

MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total) y los factores de protección (aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada y control ira interiorizada) en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado Lambda Wilks= .009***	.61**		.54**		.37***		.47***	
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$
Aceptación	2.67** (13.55)	.38 (.96)	3.52** (13.55)	.45 (.99)	6.92*** (13.55)	.62 (1.0)	4.68*** (13.55)	.52 (1.0)
Beneficios percibidos	.36 (1,71)	.00 (.09)	11.71*** (1,71)	.14 (.92)	2.51 (1,65)	.03 (.34)	6.66*** (1,71)	.09 (.72)
Resiliencia	2.18 (1,71)	.03 (.30)	16.57*** (1,71)	.19 (.98)	4.89*** (1,65)	.06 (.58)	1.22 (1,71)	.01 (.19)
Control ira exteriorizada	.02 (1,71)	.00 (.05)	.73 (1,71)	.01 (.13)	.46 (1,71)	.00 (.10)	8.15** (1,71)	.10 (.80)
Control ira interiorizada	7.37** (1,71)	.09 (.76)	4.56** (1,71)	.06 (.55)	5.82** (1,71)	.08 (.66)	2.58 (1,71)	.03 (.35)
Indefensión	11.96** (1,71)	.15 (.92)	.45 (1,71)	.00 (.10)	4.87** (1,71)	.06 (.58)	3.20 (1,71)	.04 (.42)
Alexitimia total	3.51 (1,71)	.05 (.45)	.21 (1,71)	.00 (.07)	.23 (1,65)	.00 (.07)	.13 (1,71)	.00 (.06)
Desesperanza total	.01 (1,71)	.00 (.05)	.01 (1,71)	.00 (.05)	4.61** (1,71)	.06 (.56)	.96 (1,71)	.01 (.16)
Depresión	.27 (1,71)	.00 (.08)	.72 (1,71)	.01 (.13)	.77 (1,71)	.01 (.14)	1.21 (1,71)	.01 (.19)
Ansiedad	2.43 (1,71)	.03 (.33)	13.80*** (1,71)	.17 (.95)	5.85** (1,71)	.08 (.66)	2.16 (1,71)	.03 (.30)
Ira exteriorizada	.31 (1,71)	.00 (.08)	3.16 (1,71)	.04 (.41)	.22 (1,71)	.00 (.07)	.50 (1,71)	.00 (.10)
Ira interiorizada	.00 (1,71)	.00 (.05)	.00 (1,71)	.00 (.05)	.80 (1,71)	.01 (.14)	8.29** (1,71)	.11 (.81)
Riesgo percibido total	8.69** (1,71)	.11 (.82)	3.09 (1,71)	.04 (.41)	9.83** (1,71)	.12 (.87)	16.66*** (1,71)	.19 (.98)
	.00 (1,71)	.00 (.05)	1.20 (1,71)	.01 (.19)	5.97** (1,71)	.08 (.67)	.56 (1,71)	.00 (.11)

** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 44

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (depresión y la ira interiorizada) y los factores de protección (aceptación, beneficios percibidos, control de ira exteriorizada y control de ira interiorizada) en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Depresión	ns	ns	1.15 _b ***	2.42 _b ***
Ira interiorizada	12.00 _a **	15.46 _a **	ns	ns
Aceptación	ns	ns	19.73 _a **	16.23 _a **
Beneficios percibidos	ns	ns	17.09 _a ***	12.66 _a ***
Control de ira exteriorizada	16.50 _a **	20.19 _a **	19.83 _b **	16.86 _b **
Control de ira interiorizada	16.44 _a **	20.93 _a **	ns	ns

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A26, en pág. 434).

Subíndices iguales indican diferencias significativas en función de las dos variables independientes: el sexo ^(a), y la duración de la enfermedad ^(b).

** $p < .05$; *** $p < .001$.

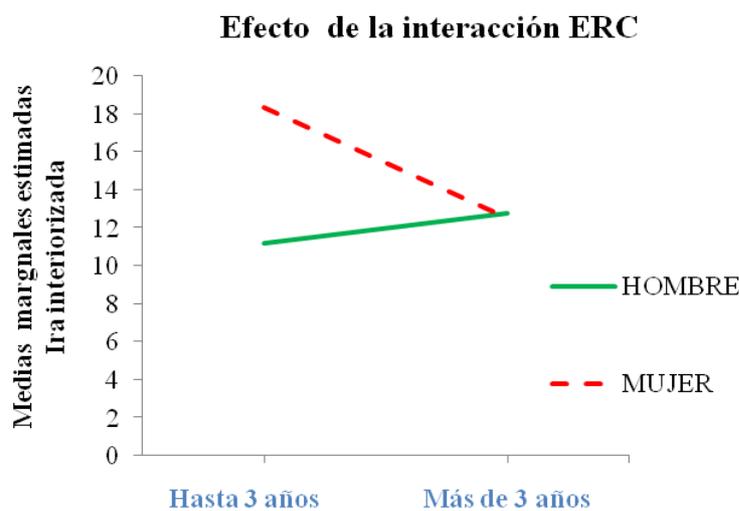


Figura 9: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la ira interiorizada, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

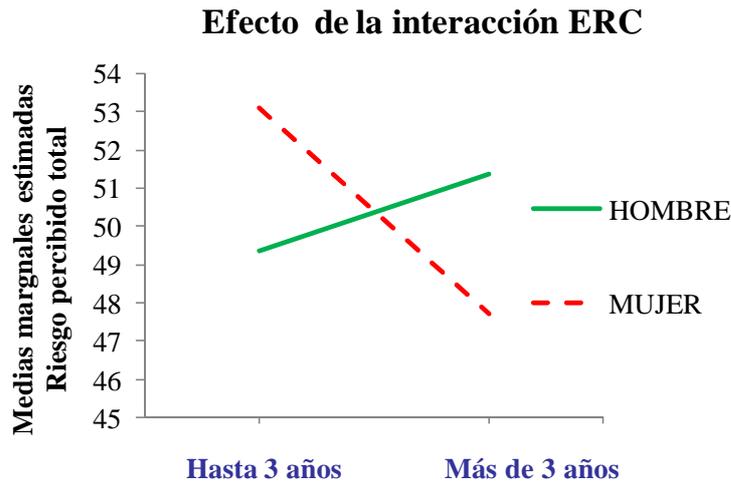


Figura 10: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el riesgo percibido total, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

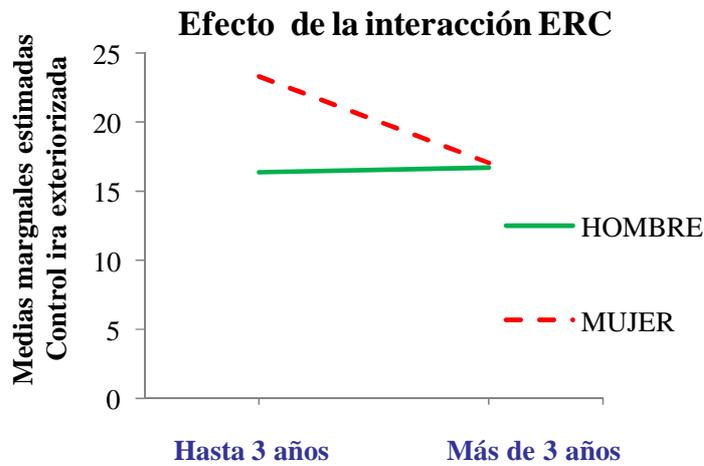


Figura 11: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el control de ira exteriorizada, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

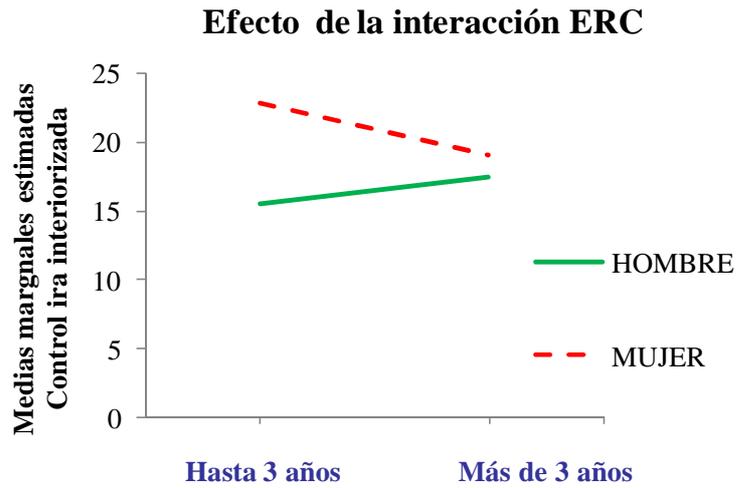


Figura 12: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el control de ira interiorizada, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

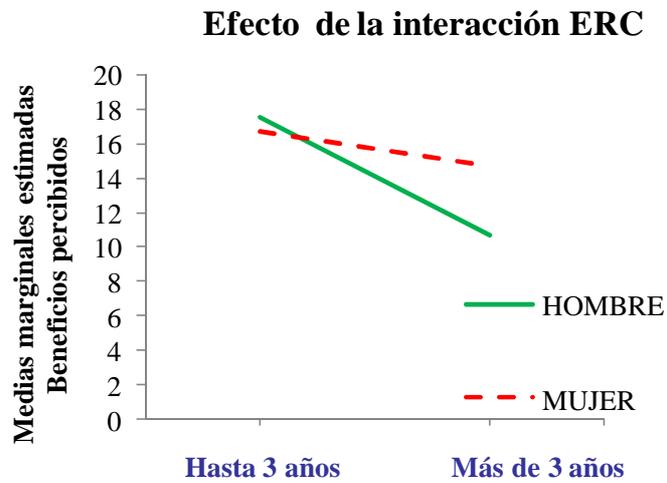


Figura 13: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre los beneficios percibidos, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

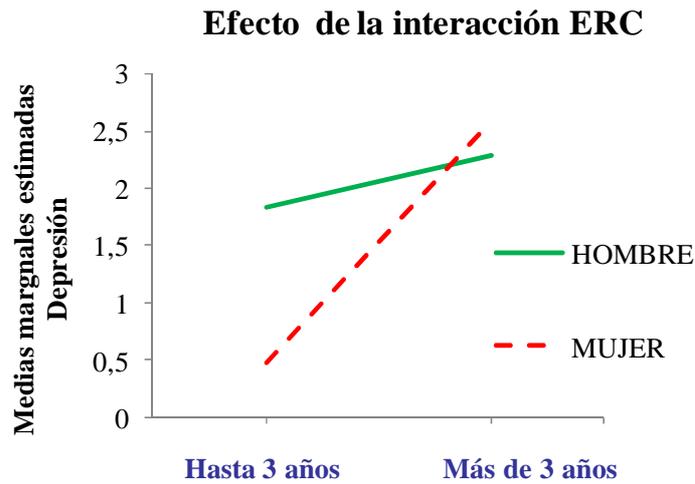


Figura 14: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la depresión, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

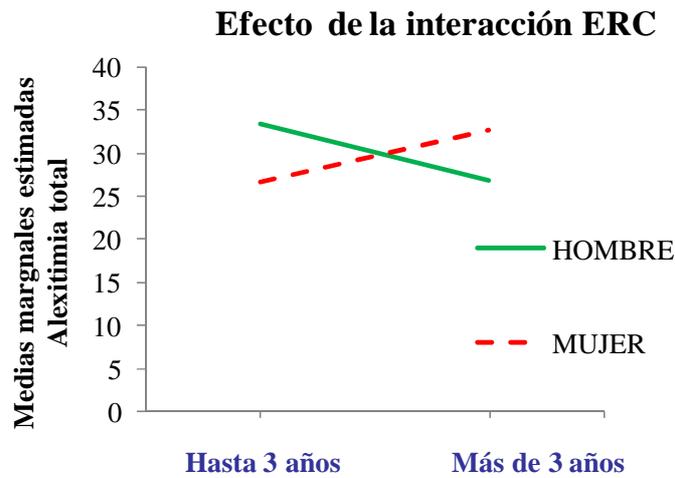


Figura 15: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la alexitimia total, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

Por otra parte, en el MANCOVA realizado, introduciendo como variables dependientes las subescalas de alexitimia (es decir, dificultad para identificar los sentimientos y dificultad para describir los sentimientos), las subescalas de

desesperanza (esto es, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional y desesperanza cognitiva) y las subescalas de riesgo total (esto es, riesgo incontrolable, riesgo conocido / moderado y riesgo desconocido), y como variables independientes el sexo y la duración de la enfermedad, se obtuvo un efecto global significativo (Lambda de Wilks = .01; $F_{(8,60)}= 429.72, p<.001$), así como un efecto principal por parte del sexo, si bien marginal ($F_{(8,60)}= 2.07, p=.05, 1-\beta=.78, \eta_p^2= .21$), y un efecto interactivo entre el sexo y la duración de la enfermedad ($F_{(8,60)}= 4.11, p<.05, 1-\beta=.98, \eta_p^2= .35$) significativos (ver Tabla 45).

Por una parte se apreció que en función del sexo había diferencias, si bien con una significación marginal, en la subescala de riesgo percibido incontrolable ($F_{(1,71)}= 3.98, p=.05, 1-\beta= .50, \eta_p^2= .05$), siendo el grupo de pacientes hombres el que informó de un mayor nivel de riesgo incontrolable, en comparación con el grupo de mujeres (ver Tabla 46).

Por otra parte se observó un efecto interactivo entre el sexo y la duración de la enfermedad en la subescala de riesgo percibido conocido ($F_{(1,71)}= 4.57, p<.05, 1-\beta= .55, \eta_p^2= .06$) (ver Tabla 45). Así, la puntuación obtenida en dicha variable por el grupo de pacientes hombres, con un diagnóstico de más de 3 años, fue significativamente más alta ($MME=18.15$) que la hallada en el grupo de mujeres con más de 3 años de diagnóstico ($MME=17.78$) (ver Figura 16).

Tabla 45

MANCOVA realizado sobre los factores de vulnerabilidad (subescalas de dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza cognitiva, riesgo incontrolable, riesgo conocido / moderado y riesgo desconocido) en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado Lambda Wilks= .01***	.78*		.87		.64**		68**	
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$
Dificultad para identificar sentimientos	2.07* (8.60)	.21 (.78)	1.08 (8.60)	.12 (.45)	4.11** (8.60)	.35 (.98)	3.52** (8.60)	.32 (.96)
Dificultad para describir sentimientos	.38 (1,71)	.00 (.09)	.22 (1,71)	.00 (.07)	3.65 (1,71)	.05 (.47)	.18 (1,71)	.00 (.07)
Desesperanza afectiva	1.99 (1,71)	.02 (.28)	.28 (1,71)	.00 (.08)	2.56 (1,71)	.03 (.35)	9.13** (1,71)	.12 (.84)
Desesperanza motivacional	.53 (1,71)	.00 (.11)	2.74 (1,71)	.03 (.37)	.57 (1,71)	.00 (.11)	.50 (1,71)	.00 (.10)
Desesperanza factor cognitivo	.11 (1,71)	.00 (.06)	2.75 (1,71)	.03 (.37)	.45 (1,71)	.00 (.10)	.79 (1,71)	.01 (.14)
Riesgo percibido incontrolable	1.41 (1,71)	.02 (.21)	.08 (1,71)	.00 (.05)	2.39 (1,71)	.03 (.33)	.66 (1,71)	.01 (.12)
Riesgo conocido/moderado	3.98* (1,71)	.05 (.50)	.06 (1,71)	.00 (.05)	2.71 (1,71)	.03 (.36)	5.51** (1,71)	.07 (.63)
Riesgo percibido desconocido	2.51 (1,71)	.03 (.34)	.05 (1,71)	.00 (.05)	4.57** (1,71)	.06 (.55)	.70 (1,71)	.01 (.13)
	3.56 (1,71)	.05 (.46)	4.37** (1,71)	.06 (.54)	.01 (1,71)	.00 (.05)	17.80*** (1,71)	.21 (.98)

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 46

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en los factores de vulnerabilidad (riesgo percibido incontrolable) en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>	
	<i>hombre</i>	<i>mujer</i>
Riesgo percibido incontrolable	15.56 _a **	12.91 _a **

#Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las MME de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A27, en pág. 435).

Subíndices iguales indican diferencias significativas en función de las dos variables independientes: el sexo _(a), y la duración de la enfermedad _(b).

** $p < .05$.

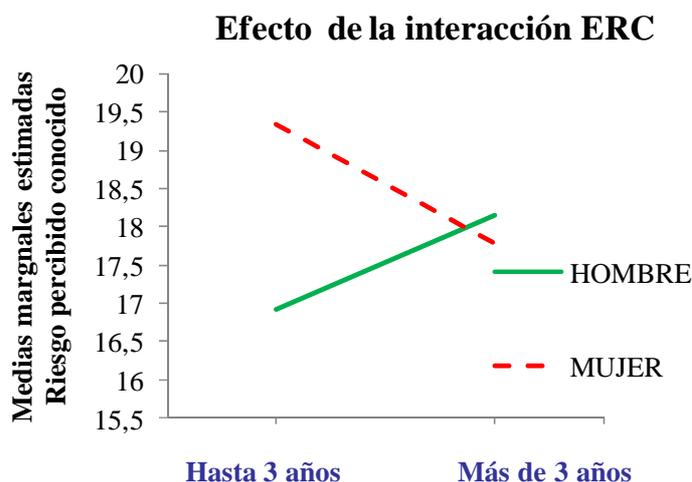


Figura 16: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el riesgo percibido conocido, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

4.3.2 Diferencias en las estrategias de afrontamiento. Para poder valorar las posibles diferencias con respecto a las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, en primer lugar se hallaron las correlaciones entre las distintas estrategias de afrontamiento (ver Tablas A8, A9 y A10, en pág. 418).

Puesto que el tamaño de estas correlaciones no fue en ningún caso superior a .70, se pudo introducir conjuntamente en el MANCOVA todas las estrategias como variables dependientes. El sexo y la duración de la enfermedad fueron, de nuevo, las variables independientes, y como covariante se introdujo la variable “grupos edad/incidencia”.

4.3.2.1 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de HTAe. El MANCOVA que se llevó a cabo, controlando el efecto de la variable “grupos edad/incidencia”, en el grupo de personas diagnosticadas de HTAe resultó significativo (Lambda de Wilks = .10; $F_{(13,115)} = 78.21, p < .001$), si bien sólo se detectaron diferencias significativas respecto al sexo ($F_{(13,115)} = 2.07, p < .05$), con una potencia $(1-\beta) = .93$ y una eta parcial cuadrado $\eta_p^2 = .19$, explicando el sexo un 19% de las diferencias en las estrategias de afrontamiento en pacientes con HTAe.

Así, los análisis univariados posteriores pusieron de manifiesto que el grupo de hombres puntuó significativamente más alto que el grupo de mujeres hipertensas en las estrategias de planificación ($F_{(1,131)} = 9.20, p < .05$) y aceptación ($F_{(1,131)} = 6.19, p < .05$). En caso del apoyo en la religión ($F_{(1,131)} = 5.46, p < .05$), sin embargo, fue el grupo de mujeres el que puntuó significativamente más alto que el de hombres (ver Tablas 47 y 48).

Tabla 47

MANCOVA realizado sobre las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado	.81**		.92		.90		.79**	
Lambda Wilks= .10***								
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$
E. Afrontamiento activo	2.07**(13,115)	.19 (.93)	.73 (13,115)	.07 (.42)	.95 (13,115)	.09 (.54)	2.24** (13,115)	.20 (.95)
E. Planificación	1.99 (1,131)	.01(.28)	2.89 (1,131)	.02 (.39)	.28 (1,131)	.00 (.08)	1.89 (1,131)	.01 (.27)
E. Apoyo emocional	9.20** (1,131)	.06 (.85)	1.77 (1,131)	.01 (.26)	.05 (1,131)	.00 (.05)	.44 (1,131)	.00 (.10)
E. Apoyo instrumental	.02 (1,131)	.00 (.05)	.02 (1,131)	.00 (.05)	.29 (1,131)	.00 (.08)	.00 (1,131)	.00 (.05)
E. Religión	.09 (1,131)	.00 (.06)	.11 (1,131)	.00 (.06)	1.57 (1,131)	.01 (.23)	2.60 (1,131)	.02 (.36)
E. Reevaluación positiva	5.46** (1,131)	.04 (.64)	.93 (1,131)	.00 (.16)	1.76 (1,131)	.01 (.26)	11.50** (1,131)	.08 (.92)
E. Aceptación	2.48 (1,131)	.01 (.34)	1.00 (1,131)	.00 (.16)	.13 (1,131)	.00 (.06)	.00 (1,131)	.00 (.05)
E. Negación	6.19** (1,131)	.04 (.69)	3.05 (1,131)	.02 (.41)	.20 (1,131)	.00 (.07)	.82 (1,131)	.00 (.14)
E. Humor	.88 (1,131)	.00 (.15)	.43 (1,131)	.00 (.10)	.17 (1,131)	.00 (.07)	1.09 (1,131)	.00 (.18)
E. Autodistracción	1.00 (1,131)	.00 (.16)	.54 (1,131)	.00 (.11)	1.08 (1,131)	.00 (.17)	.66 (1,131)	.00 (.12)
E. Autoinculpación	.64 (1,131)	.00 (.12)	.04 (1,131)	.00 (.05)	2.19 (1,131)	.01 (.31)	.22 (1,131)	.00 (.07)
E. Desconexión conductual	.22 (1,131)	.00 (.07)	1.84 (1,131)	.01 (.27)	.03 (1,131)	.00 (.05)	1.19 (1,131)	.00 (.19)
E. Ventilación emocional	2.26 (1,131)	.01 (.32)	1.64 (1,131)	.01 (.24)	.07 (1,131)	.00 (.05)	6.86** (1,131)	.05 (.73)
	.78 (1,131)	.00 (.14)	.00 (1,131)	.00 (.05)	.20 (1,131)	.00 (.07)	.16 (1,131)	.00 (.06)

** $p < .05$.

Tabla 48

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en las estrategias de planificación, religión y aceptación en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Planificación	3.55**	2.81**
Religión	1.21**	1.54**
Aceptación	4.31**	3.75**

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A28, en pág. 436).

** $p < .05$.

4.3.2.2 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en el grupo

diagnosticado de ECV+HTA. El MANCOVA realizado en el grupo de pacientes con diagnóstico de otra enfermedad cardiovascular más hipertensión arterial (ECV+HTA) resultó significativo (Lambda de Wilks = .04; $F_{(13,49)} = 88.84$, $p < .001$). El efecto principal por parte de la duración de la enfermedad ($F_{(13,49)} = 5.10$, $p < .001$, $(1-\beta) = 1.0$, $\eta_p^2 = .57$) como el efecto interactivo entre el sexo y la duración de la enfermedad ($F_{(13,49)} = 2.32$, $p < .05$, $(1-\beta) = .92$, $\eta_p^2 = .38$) fueron también significativos (ver Tabla 49).

Por un lado se apreciaron diferencias significativas en las estrategias de aceptación ($F_{(1,65)} = 6.76$, $p < .05$, $(1-\beta) = .72$, $\eta_p^2 = .10$), el uso de la religión ($F_{(1,65)} = 12.00$, $p < .05$, $(1-\beta) = .92$, $\eta_p^2 = .16$) y autoinculpción ($F_{(1,65)} = 7.83$, $p < .05$, $(1-\beta) = .78$, $\eta_p^2 = .11$) en función de la duración de la enfermedad.

En concreto, el grupo de pacientes con un diagnóstico de hasta 3 años informó de un mayor nivel de aceptación y uso de la religión, en comparación con el grupo de pacientes con más de 3 años de diagnóstico. Este último grupo, por su parte, indicó utilizar la estrategia de autoinculpción en mayor medida que el grupo de pacientes con hasta 3 años de diagnóstico (ver Tabla 50).

Por otro lado, se constató un efecto interactivo significativo entre la duración de la enfermedad y el sexo en relación con el apoyo emocional ($F_{(1,65)}= 9.56, p<.05, (1-\beta)= .86, \eta_p^2= .13$) y la ventilación emocional ($F_{(1,65)}= 4.02, p<.05, (1-\beta)= .50, \eta_p^2= .06$).

Específicamente, se constató que en pacientes con un diagnóstico de hasta 3 años, las mujeres usaban menos estrategias de apoyo emocional en comparación con los hombres, que las empleaban más ($MME=1.99$ y $MME=4.01$, respectivamente) (ver Tabla 49 y Figura 17). Con respecto a la ventilación emocional, y dentro del grupo de pacientes con menos de 3 años de diagnóstico, los hombres usaban esta estrategias menos que las mujeres ($MME=.47$ y $MME=1.07$, respectivamente) (ver Tabla 49 y Figura 18).

Tabla 49

MANCOVA realizado sobre las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado	.72		.42***		.61**		.42***	
Lambda Wilks= .04***								
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$
E. Afrontamiento activo	1.46 (13,49)	.28 (.73)	5.10*** (13,49)	.57 (1.0)	2.32** (13,49)	.38 (.92)	5,08*** (13,49)	.57 (1.0)
E. Planificación	3.05 (1,65)	.04 (.40)	.49 (1,65)	.00 (.10)	1.90 (1,65)	.03 (.27)	1.28 (1,65)	.02 (.20)
E. Apoyo emocional	.77 (1,65)	.01 (.14)	2.08 (1,65)	.03 (.29)	.28 (1,65)	.00 (.08)	.65 (1,65)	.01 (.12)
E. Apoyo instrumental	3.20 (1,65)	.05 (.42)	.14 (1,65)	.00 (.06)	9.56** (1,65)	.13 (.86)	.90 (1,65)	.01 (.15)
E. Religión	.60 (1,65)	.01 (.11)	.78 (1,65)	.01 (.14)	1.49 (1,65)	.02 (.22)	.97 (1,65)	.01 (.16)
E. Reevaluación positiva	.00 (1,65)	.00 (.05)	12.00** (1,65)	.16 (.92)	1.75 (1,65)	.02 (.25)	17.53*** (1,65)	.22 (.98)
E. Aceptación	.23 (1,65)	.00 (.07)	.00 (1,65)	.00 (.05)	.15 (1,65)	.00 (.06)	.85 (1,65)	.01 (.14)
E. Negación	2.26 (1,65)	.03 (.31)	6.76** (1,65)	.10 (.72)	3.22 (1,65)	.05 (.42)	4.29** (1,65)	.06 (.53)
E. Humor	5.26** (1,65)	.07 (.61)	.01 (1,65)	.00 (.05)	1.86 (1,65)	.03 (.26)	3.76* (1,65)	.05 (.47)
E. Autodistracción	3.96* (1,65)	.06 (.50)	.78 (1,65)	.01 (.14)	.62 (1,65)	.01 (.12)	4.04** (1,65)	.06 (.50)
E. Autoinculpción	.03 (1,65)	.00 (.05)	.02 (1,65)	.00 (.05)	1.39 (1,65)	.02 (.21)	.06 (1,65)	.00 (.05)
E. Desconexión conductual	1.09 (1,65)	.01 (.17)	7.83** (1,65)	.11 (.78)	1.50 (1,65)	.02 (.22)	4.99** (1,65)	.07 (.59)
E. Ventilación emocional	.10 (1,65)	.00 (.06)	.17 (1,65)	.00 (.07)	1.89 (1,65)	.03 (.27)	.20 (1,65)	.00 (.07)
	.00 (1,65)	.00 (.05)	3.60 (1,65)	.05 (.46)	4.02** (1,65)	.06 (.50)	1.09 (1,65)	.01 (.17)

* $p=.05$; ** $p<.05$; *** $p<.001$.

Tabla 50

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en las estrategias de aceptación, religión y autoinculpación en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Duración de la enfermedad</i>	
	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
E. Aceptación	4.85**	3.70**
E. Religión	2.12**	1.27**
E. Autoinculpación	.52**	1.12**

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A29, en pág. 437).

** $p < .05$.

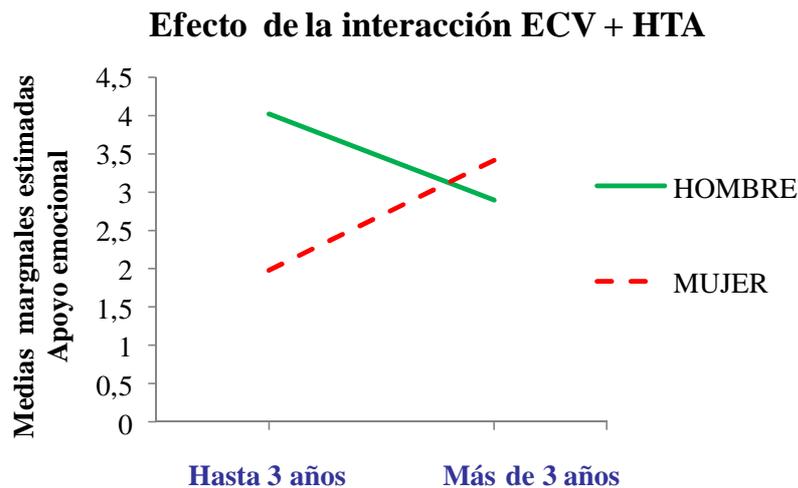


Figura 17: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre el apoyo emocional, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA.

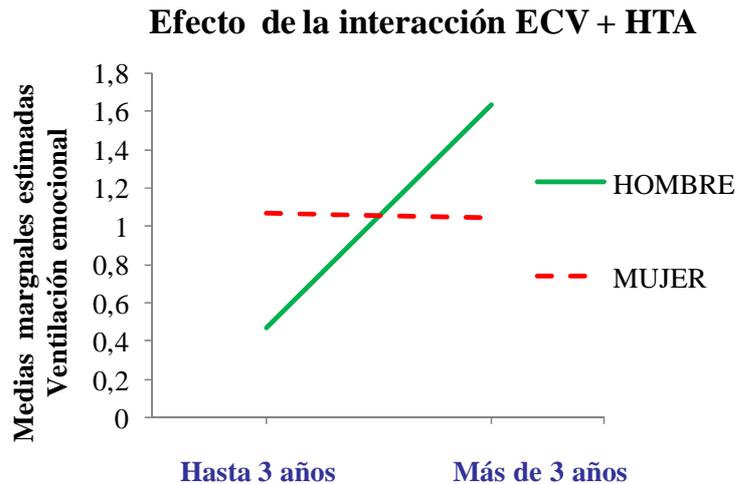


Figura 18: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la ventilación emocional, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA.

4.3.2.3 Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ERC. El MANCOVA que se realizó en el grupo de pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica (ERC) resultó significativo (Lambda de Wilks = .07; $F_{(13,55)} = 51.86$, $p < .001$), observándose también un efecto principal significativo por parte del sexo ($F_{(13,55)} = 5.84$, $p < .001$, $(1-\beta) = 1.0$, $\eta_p^2 = .58$) y la duración de la enfermedad ($F_{(13,55)} = 2.70$, $p < .05$, $(1-\beta) = .96$, $\eta_p^2 = .39$) (ver Tabla 51).

Los análisis revelaron, en primer lugar, diferencias significativas, en función del sexo, en el uso de las estrategias de la reevaluación positiva ($F_{(1,71)} = 4.37$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .06$), la aceptación ($F_{(1,71)} = 7.88$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .10$), la autodistracción ($F_{(1,71)} = 9.21$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .12$), el humor ($F_{(1,71)} = 8.45$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .11$) y la desconexión conductual ($F_{(1,71)} = 11.06$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .14$). En particular, las mujeres con ERC mostraron una puntuación significativamente más elevada que los hombres en las estrategias de

reevaluación positiva, autodistracción y desconexión conductual. Los pacientes hombres, por el contrario, informaron de un mayor uso de las estrategias de aceptación y humor en comparación con las mujeres (ver Tablas 51 y 52).

En segundo lugar, se observaron diferencias significativas, en función de la duración de la enfermedad, en las estrategias de afrontamiento activo ($F_{(1,71)}= 5.94$, $p<.05$, $\eta_p^2= .08$), apoyo emocional ($F_{(1,71)}= 6.49$, $p<.05$, $\eta_p^2= .08$), aceptación ($F_{(1,71)}= 5.57$, $p<.05$, $\eta_p^2= .07$), humor ($F_{(1,71)}= 10.33$, $p<.05$, $\eta_p^2= .13$) y desconexión conductual ($F_{(1,71)}= 10.21$, $p<.05$, $\eta_p^2= .13$).

Específicamente, el grupo de pacientes con más de 3 años de diagnóstico indicó emplear las estrategias de afrontamiento activo, apoyo emocional, aceptación y humor, en mayor medida que el grupo de pacientes con un diagnóstico de hasta 3 años. Este último grupo, a su vez, informó de una mayor desconexión conductual en comparación con el grupo de pacientes con un diagnóstico de más de 3 años (ver Tablas 51 y 52).

Tabla 51

MANCOVA realizado sobre las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado	.42***		.61**		.75		.46***	
Lambda Wilks= .07***								
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$
E. Afrontamiento activo	5.84*** (13,55)	.18 (.90)	2.70** (13,55)	.11 (.80)	1.37 (13,55)	.10 (.57)	4.96*** (13,55)	.23 (.98)
E. Planificación	.00 (1,71)	.00 (.05)	5.94** (1,71)	.08 (.67)	5.85** (1,71)	.08 (.66)	3.78* (1,71)	.05 (.48)
E. Apoyo emocional	1.28 (1,71)	.01 (.20)	.49 (1,71)	.00 (.10)	1.95 (1,71)	.02 (.28)	.32 (1,71)	.00 (.08)
E. Apoyo instrumental	1.52 (1,71)	.02 (.22)	6.49** (1,71)	.08 (.71)	5.71** (1,71)	.07 (.65)	1.33 (1,71)	.01 (.20)
E. Religión	.34 (1,71)	.00 (.08)	.85 (1,71)	.01 (.14)	1.60 (1,71)	.02 (.23)	2.87 (1,71)	.04 (.38)
E. Reevaluación positiva	.74 (1,71)	.01 (.13)	.49 (1,71)	.00 (.10)	.53 (1,71)	.00 (.11)	19.21*** (1,71)	.22 (.99)
E. Aceptación	4.37** (1,71)	.06 (.54)	.36 (1,71)	.00 (.09)	.43 (1,71)	.00 (.09)	.00 (1,71)	.00 (.05)
E. Negación	7.88** (1,71)	.10 (.79)	5.57** (1,71)	.07 (.64)	1.14 (1,71)	.01 (.18)	.76 (1,71)	.01 (.13)
E. Humor	3.38 (1,71)	.04 (.44)	.87 (1,71)	.01 (.15)	.88 (1,71)	.01 (.15)	16.25*** (1,71)	.19 (.97)
E. Autodistracción	8.45** (1,71)	.11 (.81)	10.33** (1,71)	.13 (.88)	1.59 (1,71)	.02 (.23)	6.13** (1,71)	.08 (.68)
E. Autoinculpación	9.21** (1,71)	.12 (.84)	.82 (1,71)	.01 (.14)	.28 (1,71)	.00 (.08)	6.00** (1,71)	.08 (.67)
E. Desconexión conductual	1.40 (1,71)	.02 (.21)	2.50 (1,71)	.03 (.34)	.78 (1,71)	.01 (.14)	.01 (1,71)	.00 (.05)
E. Ventilación emocional	11.06** (1,71)	.14 (.90)	10.21** (1,71)	.13 (.88)	13.09** (1,71)	.16 (.94)	.38 (1,71)	.00 (.09)
	.96 (1,71)	.01 (.16)	.71 (1,71)	.01 (.13)	.00 (1,71)	.00 (.05)	.23 (1,71)	.00 (.07)

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 52

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en las estrategias de afrontamiento activo, apoyo emocional, reevaluación positiva, aceptación, humor, autodistracción y desconexión conductual en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Afrontamiento activo	n.s.	n.s.	3.24 _b **	4.06 _b **
Apoyo emocional	n.s.	n.s.	2.32 _b **	3.47 _b **
Reevaluación positiva	2.63 _a **	3.45 _a **	n.s.	n.s.
Aceptación	4.69 _a **	3.72 _a **	3.79 _b **	4.62 _b **
Humor	1.41 _a **	.80 _a **	.76 _b **	1.45 _b **
Autodistracción	2.53**	3.76 _a **	n.s.	n.s.
Desconexión conductual	.68 _a **	1.69 _a **	1.68 _b **	.69 _b **

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A30, en pág. 438).

Subíndices iguales indican diferencias significativas en función de las dos variables independientes: el sexo ^(a), y la duración de la enfermedad ^(b).

** $p < .05$.

Apartado IV

Este apartado incluye los resultados en diferencias en calidad de vida y FA a los tratamientos en función del sexo y la duración de la enfermedad y su interacción en cada grupo de pacientes crónicos, así como los criterios que, referidos a las correlaciones entre las variables, se emplearon para examinar las diferencias según el sexo y la duración de la enfermedad.

4.4 Diferencias en Calidad de Vida y Falta de Adherencia al Tratamiento en Función del Sexo y la Duración de la Enfermedad

Para analizar las posibles diferencias en calidad de vida y la falta de adherencia a las distintas pautas al tratamiento, en función del sexo y la duración de la enfermedad, se calcularon, en primer lugar, las correlaciones entre la calidad de vida total y cada una de sus subescalas (esto es, C.V. física global, C.V. mental global, función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental).

Asimismo se obtuvieron las correlaciones entre la falta de adherencia (FA) global y cada una de sus diferentes facetas (es decir, FA a la medicación, FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta o evitación ambientes de riesgo y consejos de limpieza del hogar), FA al ejercicio, FA a la disminución del tabaco, FA a la disminución del alcohol, y FA por apoyo familiar); y las correlaciones entre la calidad de vida (C.V. total, C.V. física global, C.V. mental global, función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) y la FA a los tratamientos (FA global, FA a la medicación, FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta o evitación de ambientes de riesgo y consejos de limpieza del hogar), FA al ejercicio, FA a la disminución del tabaco, FA a la disminución del alcohol, y FA por apoyo familiar).

Dado que el tamaño de estas correlaciones fue superior a .70, en algunos casos y en lo que respecta a la falta de adherencia (ver Tablas A12, A13 y A14, en pág. 422), la calidad de vida (ver Tablas A16, A17 y A18, en pág. 424) y su interrelación (ver Tablas A31, A32 y A33, en pág. 439), no fue posible introducir todas estas variables conjuntamente en el MANCOVA como variables dependientes.

Por este motivo se llevó a cabo, por un lado, un MANCOVA, en el cual se controló el efecto de la variable “grupos edad/incidencia”, y en el que las variables dependientes seleccionadas fueron la calidad de vida total y las subescalas relativas a la falta de adherencia (FA) ante las distintas pautas que integraban el tratamiento en cada uno de los grupos de pacientes.

Así, en el caso del grupo de pacientes con HTAe y el de los pacientes con ECV+HTA, se seleccionaron las variables relativas a la FA con respecto a la medicación, la dieta, el ejercicio, la disminución de consumo de tabaco y de alcohol, y la FA por apoyo familiar. Y, en el caso de los pacientes con ERC, se eligieron las variables concernientes a la FA a la medicación, a la evitación de ambientes de riesgo y consejos de limpieza del hogar, el ejercicio, la disminución del consumo de tabaco y de alcohol, la FA por apoyo familiar.

La variable FA global no fue introducida en este MANCOVA, primero por su alta correlación, superior a .70 con las diferentes subescalas relativas a las pautas que integraban el tratamiento; y segundo, porque dado el carácter multifactorial y las distintas conductas que engloba la falta de adherencia al tratamiento, se consideró que la introducción de las subescalas referidas a la FA a las pautas del tratamiento podría aportar una información más precisa que la variable FA global.

Por otro lado, con el objetivo de contrastar las posibles diferencias con respecto a las dos subescalas relacionadas con la calidad de vida, es decir, la calidad de vida

física y la calidad de vida mental, las cuales podían proporcionar información relevante sobre el ajuste a la enfermedad, se realizaron dos ANCOVAS independientes, introduciéndose ambas subescalas como variables dependientes. En estos análisis se controló de nuevo el efecto de la variable “grupos edad/incidencia”.

Tanto en el MANCOVA como en los dos ANCOVAS que se llevaron a cabo, las dos variables independientes empleadas fueron el sexo y la duración de la enfermedad.

4.4.1 Diferencias en calidad de vida y falta de adherencia en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de HTAe. En primer lugar, el MANCOVA realizado sobre la calidad de vida total y la falta de adherencia a los distintos aspectos del tratamiento resultó significativo (Lambda de Wilks = .02; $F_{(7,121)}= 639.00, p<.001$), observándose un efecto principal significativo por parte del sexo ($F_{(7,121)}= 3.90, p<.05, (1-\beta)= .97, \eta_p^2= .18$) y la duración de la enfermedad ($F_{(7,121)}= 2.50, p<.05, (1-\beta)= .86, \eta_p^2= .12$) (ver Tabla 53).

El ANOVA posterior puso de manifiesto la presencia de diferencias significativas, en función del sexo, con respecto a la calidad de vida total ($F_{(1,131)}= 12.42, p<.05, \eta_p^2= .08$), la FA a la medicación ($F_{(1,131)}= 5.55, p<.05, \eta_p^2= .04$), la FA a la disminución del consumo de tabaco ($F_{(1,131)}= 6.18, p<.05, \eta_p^2= .04$) y la FA a la disminución de alcohol ($F_{(1,131)}= 9.51, p<.05, \eta_p^2= .07$). En concreto, se observó que los hombres manifestaban una calidad de vida total, y una FA a la disminución del consumo de tabaco y del alcohol más elevada, en comparación con las mujeres. Éstas, por su parte, señalaron una FA a la medicación superior a la informada por los hombres (ver Tablas 53 y 54).

Con respecto a la duración de la enfermedad, se apreciaron diferencias significativas en la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) ($F_{(1,131)}= 6.35, p<.05$,

$\eta_p^2 = .04$) y la FA a la disminución del consumo de alcohol ($F_{(1,131)} = 6.53, p < .05, \eta_p^2 = .04$). Así, el grupo de pacientes con más de 3 años de diagnóstico indicó un mayor grado de FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta), en contraste con los pacientes con un diagnóstico de hasta 3 años de diagnóstico. Este último grupo, sin embargo, informó de una mayor FA a la disminución del consumo de alcohol, en comparación con el señalado por los pacientes con un diagnóstico de más de 3 años de duración.

Tabla 53

MANCOVA realizado sobre la calidad de vida total y la falta de adherencia en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado	.81**		.87**		.96		.97	
Lambda Wilks= .02***								
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$
Calidad de vida total	3.90** (7,121)	.18 (.97)	2.50** (7,121)	.12 (.86)	.53 (7,121)	.04 (.29)	.72 (7,121)	.03 (.22)
FA a la medicación	12.42** (1,131)	.08 (.93)	.61 (1,131)	.00 (.12)	.20 (1,131)	.00 (.07)	.25 (1,131)	.00 (.07)
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	5.55** (1,131)	.04 (.64)	1.08 (1,131)	.00 (.17)	.06 (1,131)	.00 (.05)	.89 (1,131)	.00 (.15)
FA al ejercicio	.52 (1,131)	.00 (.11)	6.35** (1,131)	.04 (.70)	.62 (1,131)	.00 (.12)	1.77 (1,131)	.01 (.26)
FA disminución de tabaco	.26 (1,131)	.00 (.08)	.63 (1,131)	.00 (.12)	.74 (1,131)	.00 (.13)	.34 (1,131)	.00 (.08)
FA disminución de alcohol	6.18** (1,131)	.04 (.69)	2.51 (1,131)	.01 (.35)	.00 (1,131)	.00 (.05)	.95 (1,131)	.00 (.16)
FA por apoyo familiar	9.51** (1,131)	.07 (.86)	6.53** (1,131)	.04 (.71)	2.13 (1,131)	.01 (.30)	.22 (1,131)	.00 (.07)
	.28 (1,131)	.00 (.08)	.38 (1,131)	.00 (.09)	1,81 (1,131)	.01 (.26)	.07 (1,131)	.00 (.05)

** $p < .05$.

Tabla 54

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en calidad de vida total y falta de adherencia a la medicación, dieta, disminución de tabaco y disminución de alcohol en el grupo de pacientes con HTAe

	Sexo		Duración de la enfermedad	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Calidad de vida total	117.55 _a **	104.62 _a **	n.s.	n.s.
FA a la medicación	-.17 _a **	-.15 _a **	n.s.	n.s.
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	n.s.	n.s.	13.99 _b **	15.89 _b **
FA disminución de tabaco	-.20 _a **	-.23 _a **	n.s.	n.s.
FA disminución de alcohol	-.20 _a **	-.24 _a **	-.20 _b **	-.23 _b **

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A34, en pág. 442).

Subíndices iguales indican diferencias significativas en función de las dos variables independientes: el sexo ^(a), y la duración de la enfermedad ^(b).

** $p < .05$.

Los dos ANCOVAS realizados para determinar las posibles diferencias en las subescalas de calidad de vida física y mental en función del sexo y la duración de la enfermedad, resultaron significativos ($F_{(4,131)} = 3.83, p < .05, (1-\beta) = .88, \eta_p^2 = .10$) y ($F_{(4,131)} = 3.77, p < .05, (1-\beta) = .88, \eta_p^2 = .10$), respectivamente). En ambos ANCOVAS se apreciaron diferencias significativas tanto en la calidad de vida física ($F_{(1,131)} = 12.08, p < .05, \eta_p^2 = .08$) como en la calidad de vida mental ($F_{(1,131)} = 10.39, p < .05, \eta_p^2 = .07$) sólo en función del sexo. En particular fueron los hombres los que puntuaron significativamente más alto en calidad de vida mental, en comparación con las mujeres, quienes, por su parte, indicaron tener una mayor calidad de vida física (ver Tablas 55 y 56).

Tabla 55

ANCOVAs realizados sobre la calidad de vida física y la calidad de vida mental en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Estadístico univariado</i>		<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/Incidencia (covariable)</i>	
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$
Calidad de vida física	3.83**(4,131)	.10 (.88)	12.08**(1,131)	.08 (.93)	2.40 (1,131)	.01 (.33)	.01 (1,131)	.00 (.05)	.63 (1,131)	.00 (.12)
Calidad de vida mental	3,77** (4,131)	.10 (.88)	10,39**(1,131)	.07 (.89)	.00 (1,131)	.00 (.05)	2.46(1,131)	.00 (.08)	.32(1,131)	.01 (.34)

** $p < .05$.

Tabla 56

Medias marginales estimadas obtenidas en los ANCOVAs en calidad de vida física y calidad de vida mental en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Calidad de vida física	24726.99**	191688.98**
Calidad de vida mental	3196.05**	2538.41**

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANCOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A37, en pág. 445).

** $p < .05$.

4.4.2 Diferencias en calidad de vida y falta de adherencia en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ECV+HTA.

Dentro del grupo de pacientes con diagnóstico de ECV+HTA, el MANCOVA realizado para valorar las diferencias en la C.V. total y la FA a los distintos aspectos del tratamiento resultó significativo (Lambda de Wilks = .02; $F_{(7,55)}= 376.87, p<.001$), apreciándose un efecto principal sólo por parte del sexo ($F_{(7,55)}= 2.96, p<.05, (1-\beta)= .90, \eta_p^2= .27$) (ver Tabla 57).

Los ANOVAS posteriores pusieron de relieve diferencias, en función del sexo, en cuanto a la FA a la disminución del consumo de tabaco ($F_{(1,65)}= 6.06, p<.05, \eta_p^2= .09$) y alcohol ($F_{(1,65)}= 4.79, p<.05, \eta_p^2= .07$), y la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) ($F_{(1,65)}= 3.75, p=.05, \eta_p^2= .05$), si bien el nivel de significación alcanzado en estos casos fue marginal.

Al igual que ocurrió en el grupo de pacientes con HTAe, en el grupo de personas con ECV+HTA, fueron los hombres quienes mostraron una mayor FA a la disminución del consumo de tabaco y del alcohol en comparación con las mujeres; mientras que éstas indicaron una FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) más alta que la indicada por los hombres (ver Tablas 57 y 58).

Por otra parte, los ANCOVAS que se llevaron a cabo para determinar las posibles diferencias en la calidad de vida física y mental, según el sexo y la duración de la enfermedad, no resultaron significativos (ver Tabla 59).

Tabla 57

MANCOVA realizado sobre la calidad de vida total y la falta de adherencia en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado	.72**		.88		.88		.71**	
Lambda Wilks= .02***								
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$
Calidad de vida total	2.96** (7,55)	.27 (.90)	1.03 (7,55)	.11 (.40)	1.03 (7,55)	.11 (.40)	3.11**(7,55)	.28 (.91)
FA a la medicación	.24 (1,65)	.00 (.07)	.75 (1,65)	.01 (.13)	1.71 (1,65)	.02 (.25)	.01 (1,65)	.00 (.05)
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	.11 (1,65)	.00 (.06)	.64 (1,65)	.01 (.12)	.00 (1,65)	.00 (.05)	3.41 (1,65)	.05 (.44)
FA al ejercicio	3.75* (1,65)	.05 (.47)	4.11** (1,65)	.06 (.51)	.08 (1,65)	.00 (.05)	9.22** (1,65)	.13 (.84)
FA disminución de tabaco	1.84 (1,65)	.02 (.26)	.91 (1,65)	.01 (.15)	.00 (1,65)	.00 (.05)	2.51 (1,65)	.04 (.34)
FA disminución de alcohol	6.06** (1,65)	.09 (.67)	.78 (1,65)	.01 (.14)	.91 (1,65)	.01 (.15)	.64 (1,65)	.01 (.12)
FA por apoyo familiar	4.79** (1,65)	.07 (.57)	.17 (1,65)	.00 (.07)	.21 (1,65)	.00 (.07)	.21 (1,65)	.00 (.07)
	.28 (1,65)	.00 (.08)	.65 (1,65)	.01 (.12)	.75 (1,65)	.01 (.13)	.38 (1,65)	.00 (.09)

* $p=.05$; ** $p<.05$.

Tabla 58

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en calidad de vida total y falta de adherencia a la dieta, disminución de tabaco y disminución de alcohol en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	12.06*	14.49*
FA disminución de tabaco	-.19**	-.24**
FA disminución de alcohol	-.20**	-.25**

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANCOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A35, en pág. 443).

* $p=.05$; ** $p<.05$.

Tabla 59

ANCOVAs realizados sobre la calidad de vida física y la calidad de vida mental en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Estadístico univariado</i>		<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/Incidencia (covariable)</i>	
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2 (1-\beta)$
Calidad de vida física	.77 (4,65)	.04 (.23)	.00 (1,65)	.00 (.05)	.09 (1,65)	.00 (.06)	1.53(1,65)	.02 (.23)	.49 (1,65)	.00 (.10)
Calidad de vida mental	.88(4,65)	.05 (.26)	.91 (1,65)	.01 (.15)	2.79 (1,65)	.04 (.37)	.95(1,65)	.01 (.16)	1.06 (1,65)	.01 (.17)

4.4.3 Diferencias en calidad de vida y falta de adherencia en función del sexo y la duración de la enfermedad en el grupo diagnosticado de ERC. En los pacientes con ERC el MANCOVA que se llevó a cabo sobre la calidad de vida y la falta de adherencia a los distintos aspectos del tratamiento, resultó significativo (Lambda de Wilks = .03; $F_{(7,61)} = 233.88, p < .001$). Se apreció un efecto principal significativo por parte del sexo ($F_{(7,61)} = 9.17, p < .001, (1-\beta) = 1.0, \eta_p^2 = .51$) y la duración de la enfermedad ($F_{(7,61)} = 2.55, p < .05, (1-\beta) = .84, \eta_p^2 = .22$), así como un efecto interactivo entre ambas variables ($F_{(7,61)} = 5.60, p < .001, (1-\beta) = .99, \eta_p^2 = .39$) (ver Tabla 60).

En los ANOVAs posteriores se pudieron observar diferencias en función del sexo en la FA a la disminución del consumo de tabaco ($F_{(1,71)} = 10.30, p < .05, \eta_p^2 = .13$) y del alcohol ($F_{(1,71)} = 14.98, p < .001, \eta_p^2 = .18$), así como en la FA a la evitación de ambientes de riesgo/consejos limpieza del hogar, si bien en este último caso la significación alcanzada fue marginal ($F_{(1,71)} = 3.76, p = .05, \eta_p^2 = .05$).

Así, los hombres con ERC mostraron, en comparación con las mujeres, mayores niveles en FA a la disminución del consumo de alcohol; mientras que las mujeres indicaron una mayor FA a la disminución del consumo de tabaco y a la evitación de ambientes de riesgo/consejos limpieza del hogar, en contraste con el nivel señalado por los hombres en estas dos variables (ver Tablas 60 y 61).

Asimismo se apreciaron diferencias significativas en FA a la evitación de ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar ($F_{(1,71)} = 6.31, p < .05, \eta_p^2 = .08$) y FA al ejercicio ($F_{(1,71)} = 6.22, p < .05, \eta_p^2 = .08$) en función de la duración de la enfermedad. En particular, los pacientes con un diagnóstico cuya duración era de hasta 3 años informaron de una FA a la evitación de ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar y una FA al ejercicio más altas, en comparación con los pacientes con un diagnóstico cuya duración era de más de 3 años (ver Tablas 60 y 61).

Por otra parte se obtuvo un efecto interactivo entre el sexo y la duración de la enfermedad con respecto a la calidad de vida total ($F_{(1,71)}= 7.10, p<.05, \eta_p^2= .09$), la FA a la evitación de ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar ($F_{(1,71)}= 4.38, p<.05, \eta_p^2= .06$), la FA al ejercicio ($F_{(1,71)}=8.53, p<.05, \eta_p^2= .11$) y la FA a la disminución del consumo de tabaco ($F_{(1,71)}= 4,48, p<.05, \eta_p^2= .06$) (ver Tabla 60).

Así, las mujeres con más de 3 años de diagnóstico puntuaron significativamente más alto en calidad de vida total ($MME=107.20$) en comparación con las mujeres con un diagnóstico de hasta 3 años ($MME=101.76$) (ver Figura 19).

En relación con la FA a la evitación de ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar, los hombres con más años desde el diagnóstico (más de 3 años de diagnóstico) obtuvieron una puntuación más elevada ($MME=14.03$) en comparación con las mujeres cuyo diagnóstico era también de más de 3 años de diagnóstico ($MME=13.85$) (ver Figura 20). De igual modo, los pacientes hombres, con más de 3 años de diagnóstico, informaron de una mayor FA al ejercicio ($MME=8.52$) y a la disminución consumo de tabaco ($MME=-.19$), en comparación con los pacientes hombres con un diagnóstico cuya duración era de hasta 3 años ($MME=8.21$ y $MME=-.23$, respectivamente) (ver Figuras 21 y 22).

Tabla 60

MANCOVA realizado sobre la calidad de vida total y la falta de adherencia en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>		<i>Edad/ Incidencia (covariable)</i>	
Estadístico Multivariado	.48***		.77**		.60***		.57***	
Lambda Wilks= .03***								
	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$	<i>F (gl)</i>	$\eta_p^2(1-\beta)$
Calidad de vida total	9.17*** (7,61)	.51 (1.0)	2.55** (7,61)	.22 (.84)	5.60*** (7,61)	.39 (.99)	6.40*** (7,61)	.42 (.99)
FA a la medicación	.03 (1,71)	.00 (.05)	3.18 (1,71)	.04 (.42)	7.10** (1,71)	.09 (.74)	1.65 (1,71)	.02(.24)
FA evitación ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar	.05 (1,71)	.00 (.05)	2.33 (1,71)	.03 (.32)	3.04 (1,71)	.04 (.40)	15.77*** (1,71)	.19(.97)
FA al ejercicio	3.76* (1,71)	.05 (.48)	6.31** (1,71)	.08 (.69)	4.38** (1,71)	.06 (.54)	2.87 (1,71)	.04(.38)
FA disminución de tabaco	.00 (1,71)	.00 (.05)	6.22** (1,71)	.08 (.69)	8.53** (1,71)	.11 (.82)	14.58*** (1,71)	.17 (.96)
FA disminución de alcohol	10.30** (1,71)	.13 (.88)	.66 (1,71)	.01 (.12)	4.48** (1,71)	.06 (.55)	.10 (1,71)	.00 (.06)
FA por apoyo familiar	14.98*** (1,71)	.18 (.96)	2.50 (1,71)	.03 (.34)	.82 (1,71)	.01 (.14)	.26 (1,71)	.00 (.08)
	.00 (1,71)	.00 (.05)	.18 (1,71)	.00 (.07)	2.81 (1,71)	.04 (.38)	6.77** (1,71)	.09 (.72)

* $p=.05$; ** $p<.05$; *** $p<.001$.

Tabla 61

Medias marginales estimadas obtenidas en el MANCOVA en calidad de vida total y falta de adherencia a evitación ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar, ejercicio, disminución de tabaco y disminución de alcohol en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
FA evitación ambientes de riesgo/ consejos de limpieza del hogar	14.27 _a *	16.30 _a *	16.63 _b **	13.94 _b **
FA al ejercicio	n.s.	n.s.	9.37 _b **	7.35 _b **
FA disminución de tabaco	-.21 _a **	-.11 _a **	n.s.	n.s.
FA disminución de alcohol	-.15 _a ***	-.24 _a ***	n.s.	n.s.

Nota: En la tabla se muestran exclusivamente las *MME* de las variables dependientes en las que se obtuvieron diferencias significativas en el ANCOVA. Los datos completos se muestran en los anexos (ver Tabla A36, en pág. 444).

Subíndices iguales indican diferencias significativas en función de las dos variables independientes: el sexo ^(a), y la duración de la enfermedad ^(b).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

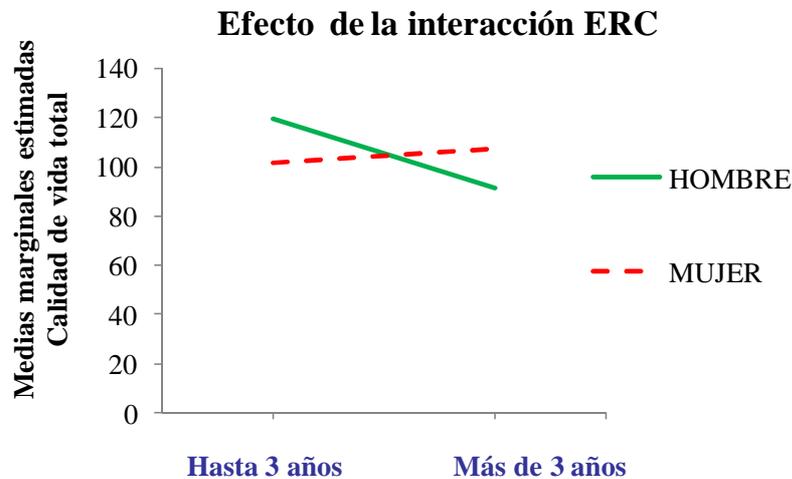


Figura 19: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la calidad de vida total, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

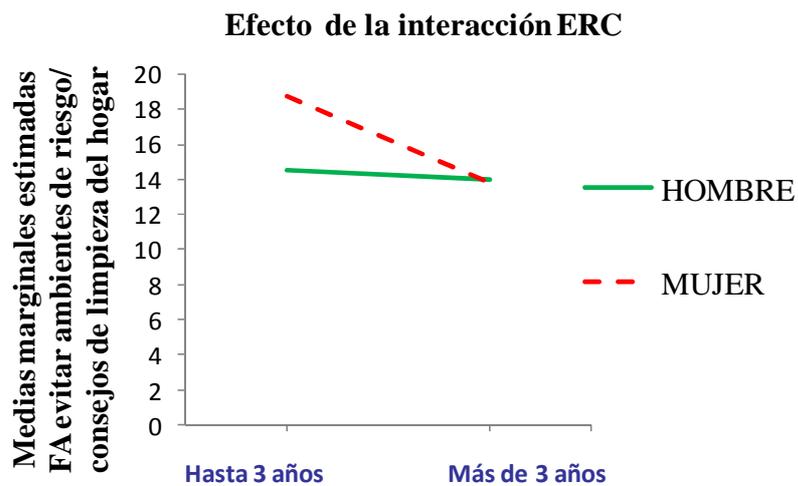


Figura 20: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la FA a evitar de ambientes de riesgo/consejos limpieza del hogar, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC

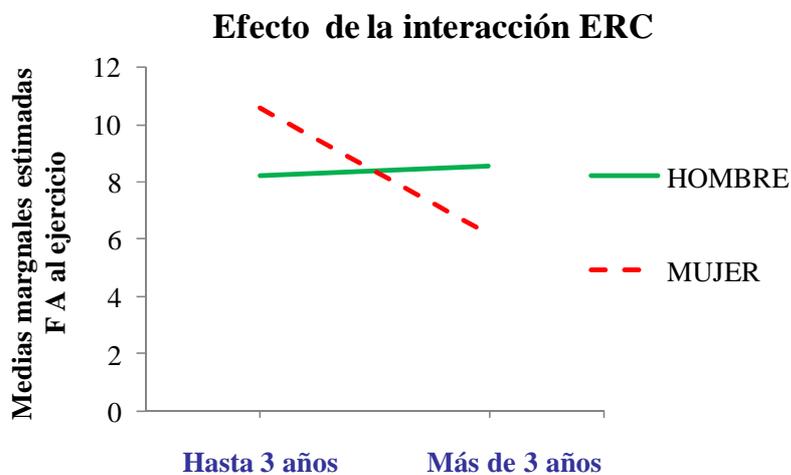


Figura 21: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la FA al ejercicio, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

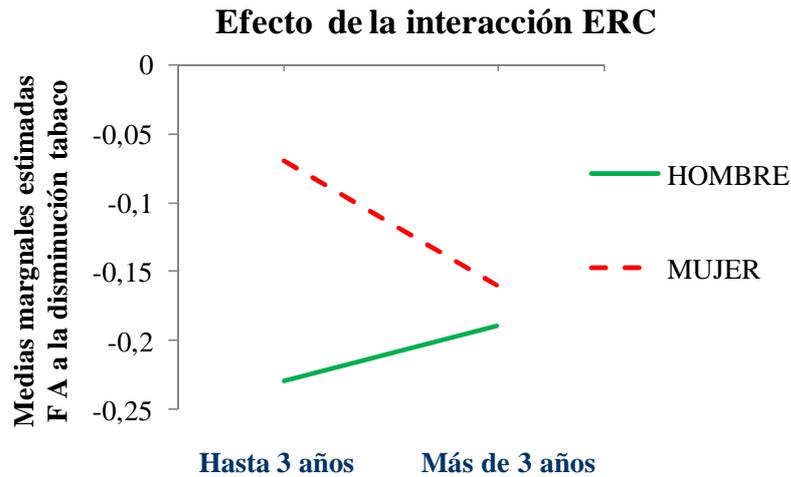


Figura 22: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la FA a la disminución del tabaco, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

Los ANCOVAs que se efectuaron, tanto sobre la calidad de vida física como sobre la calidad de vida mental, fueron significativos ($F_{(4,71)} = 3.12, p < .05, (1-\beta) = .78, \eta_p^2 = .15$; y $F_{(4,71)} = 3.18, p < .05, (1-\beta) = .79, \eta_p^2 = .16$, respectivamente), si bien sólo resultó significativo el efecto interactivo entre el sexo y la duración de la enfermedad ($F_{(1,71)} = 5.13, p < .05, \eta_p^2 = .07$, en el caso de la calidad de vida física; $F_{(1,71)} = 8.46, p < .05, \eta_p^2 = .11$, en el caso de la calidad de vida mental).

En concreto se apreció que, en el grupo de mujeres con un diagnóstico de más de 3 años, el nivel de calidad de vida tanto física ($MME=190985.14$) como mental ($MME=2833.57$) era significativamente más elevado que el observado en el grupo de mujeres con un diagnóstico de hasta 3 años ($MME=167907.98$ y $MME=2169.25$, respectivamente). Mientras que, en el grupo de los hombres, los resultados obtenidos fueron los opuestos, es decir, aquellos que presentaban un diagnóstico de hasta 3 años, señalaron un nivel de calidad de vida física ($MME=262936.78$) y mental

($MME=3123.81$) significativamente más alto que el que informaron los pacientes hombres cuyo diagnóstico era de más de 3 años ($MME=158858.37$ y $MME=1884.32$, respectivamente) (ver Tablas 62 y A38, en pág. 445; así como, Figura 23).

Tabla 62

ANCOVAs realizados sobre la calidad de vida física y la calidad de vida mental en el grupo de pacientes con ERC

	Estadístico univariado		Sexo		Duración de la enfermedad		Sexo x Duración de la enfermedad		Edad/Incidencia (covariable)	
	F (gl)	η_p^2 (1- β)	F (gl)	η_p^2 (1- β)	F (gl)	η_p^2 (1- β)	F (gl)	η_p^2 (1- β)	F (gl)	η_p^2 (1- β)
Calidad de vida física	3.12** (4,71)	.15 (.78)	.26 (1,71)	.01 (.20)	.15 (1,71)	.03 (.29)	5.13** (1,71)	.07 (.60)	.12 (1,71)	.03 (.34)
Calidad de vida mental	3.18** (4,71)	.16 (.79)	.00 (1,71)	.00 (.05)	.75 (1,71)	.01 (.13)	8.46** (1,71)	.11 (.81)	.16 (1,71)	.00 (.06)

** $p < .05$.

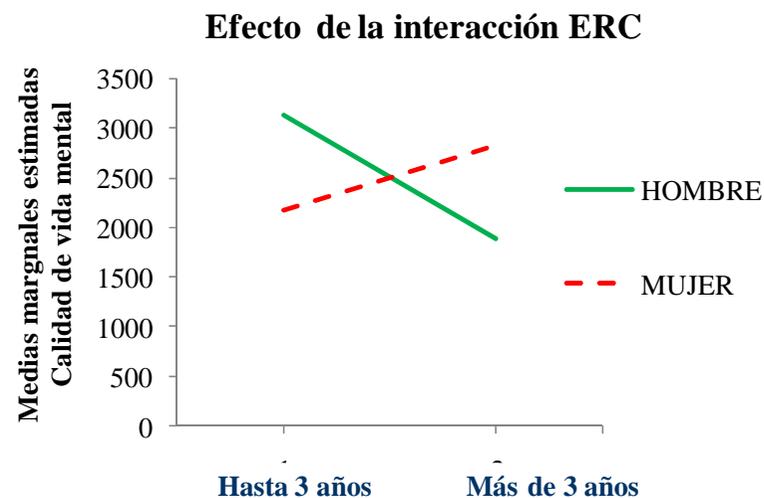
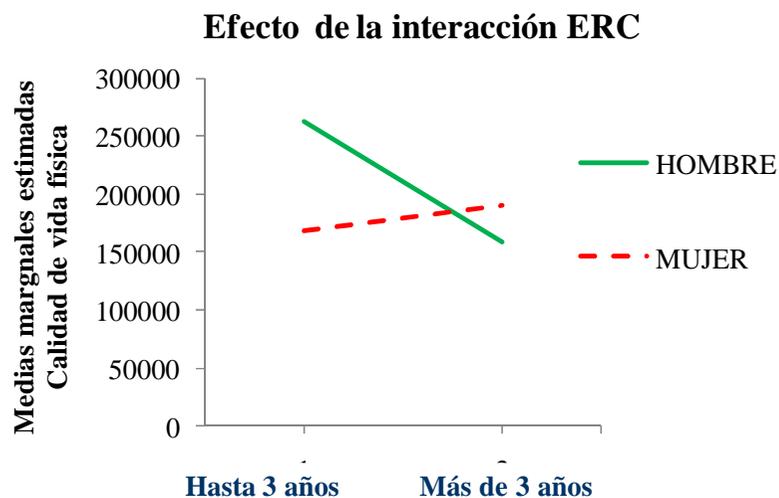


Figura 23: Efecto interactivo del sexo y la duración de la enfermedad sobre la calidad de vida física y mental, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC.

APARTADO V

Este apartado recoge las relaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad y las estrategias de afrontamiento; así como de los factores de protección y vulnerabilidad con la falta de adherencia a los tratamientos y la calidad de vida en cada grupo de pacientes crónicos.

4.5 Análisis Correlacional

Seguidamente se procedió a hacer un análisis correlacional en los tres grupos de pacientes (pacientes con HTAe, pacientes con ECV+HTA y pacientes con ERC), cuya finalidad fue examinar, principalmente, la interrelación de los factores de protección y la asociación de estos con los factores de vulnerabilidad y las estrategias de afrontamiento; y explorar, de cara a efectuar los análisis de regresión subsiguientes, las relaciones de los factores de protección y vulnerabilidad con las dos variables criterio seleccionadas, o sea, la falta de adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Antes de seleccionar las variables cuyas correlaciones iban a ser halladas, se tuvieron en cuenta una serie de consideraciones.

En primer lugar, se decidió no incluir la variable de riesgo percibido y sus diferentes subescalas (riesgo incontrolable, conocido/moderado y desconocido) en estos análisis puesto que estas variables habían reflejado una exigua relevancia en los análisis precedentes, y porque en los estudios revisados se constata su dudosa influencia como mecanismos de protección o de riesgo.

En segundo lugar, se descartaron también las tres subescalas relativas a la desesperanza (es decir, la desesperanza afectiva, la desesperanza motivacional y la desesperanza cognitiva), ya que los análisis preliminares realizados pusieron de manifiesto diferencias significativas en estas variables sólo en el grupo de pacientes con ECV+HTA en comparación con el grupo de pacientes sin enfermedad crónica. Teniendo en cuenta que uno

de los objetivos planteados en esta tesis ha sido evaluar, en los diferentes grupos de pacientes, el valor predictivo de los factores de vulnerabilidad, se optó por eliminar estas tres subescalas. No obstante sí se mantuvo la puntuación total en desesperanza como un factor de vulnerabilidad, considerando su constatada asociación negativa con la aceptación y el beneficio percibido en la adaptación a las enfermedades crónicas en general.

De esta forma el análisis correlacional se centró, por una parte, en estudiar las intercorrelaciones de los factores protectores (esto es, la aceptación, los beneficios percibidos, la resiliencia, el control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada), y su asociación con los factores de vulnerabilidad (a saber, la indefensión, la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos, la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada y la ira interiorizada), así como con las estrategias de afrontamiento.

Y, por otra, en examinar las correlaciones de los factores de protección y los factores de vulnerabilidad elegidos con la falta de adherencia a las distintas pautas del tratamiento, la calidad de vida total y las subescalas de C.V. física y C.V. mental.

4.5.1 Correlaciones entre los factores de protección.

A. En el grupo de pacientes con HTAe. Como se aprecia en la Tabla 63, en el grupo de pacientes con diagnóstico de HTAe, las relaciones de la resiliencia con la aceptación, los beneficios percibidos y el control de ira interiorizada fueron significativas y positivas.

La aceptación también se relacionó de forma positiva con los beneficios percibidos así como con el control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada. Los beneficios percibidos, a su vez, correlacionaron de manera positiva con esta última variable.

Tabla 63

Correlaciones entre los factores protectores en el grupo HTAe

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Aceptación	1				
Beneficios Percibidos	.49***	1			
Resiliencia	.39***	.30***	1		
Control ira exteriorizada	.19**	.07	.12	1	
Control ira interiorizada	.28***	.29***	.25***	.50***	1

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA. Las relaciones de la resiliencia con la aceptación y los beneficios percibidos fueron significativas y positivas (ver Tabla 64). Estas tres variables, además, se relacionaron positivamente tanto con el control de la ira interiorizada como exteriorizada.

Tabla 64

Correlaciones entre los factores protectores en el grupo ECV+HTA

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Aceptación	1				
Beneficios Percibidos	.56***	1			
Resiliencia	.66***	.31**	1		
Control ira exteriorizada	.60***	.36***	.31**	1	
Control ira interiorizada	.40***	.24**	.47***	.44***	1

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

C. En el grupo de pacientes con ERC. En este grupo de pacientes también se constató la asociación significativa y positiva de la resiliencia con la aceptación y los

beneficios percibidos (ver Tabla 65). Estas variables correlacionaron positivamente con el control de ira interiorizada.

Tabla 65

Correlaciones entre los factores protectores en el grupo ERC

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Aceptación	1				
Beneficios Percibidos	.54***	1			
Resiliencia	.37***	.34***	1		
Control ira exteriorizada	.37**	.38***	.54***	1	
Control ira interiorizada	-.06	.16	.12	.41***	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

4.5.2 Relaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad.

A continuación, se hallaron las correlaciones de los factores de protección (esto es, la aceptación, los beneficios percibidos, la resiliencia, el control de ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada) con los factores de vulnerabilidad (es decir, la indefensión, la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos, la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada y la ira interiorizada).

A. En el grupo de pacientes con HTAe. Los resultados mostraron que la aceptación se relacionó negativamente con la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos, la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad y la ira interiorizada. Los beneficios percibidos, por su parte, se asociaron de forma negativa con la ansiedad, la desesperanza total y la ira interiorizada.

En cuanto a la resiliencia su relación con la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos, la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad y la ira interiorizada fue, en todos los casos, significativamente negativa.

El control de ira exteriorizada correlacionó de forma negativa con la dificultad para identificar sentimientos, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad y la ira exteriorizada; mientras que el control de la ira interiorizada se asoció negativamente con la desesperanza total, la ansiedad y la ira exteriorizada (ver Tabla A20, en pág. 428).

B. *En el grupo de pacientes con ECV+HTA.* Tanto la aceptación como los beneficios percibidos correlacionaron de forma negativa con la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos, la desesperanza total, la depresión y la ansiedad. La aceptación también se asoció negativamente con la ira exteriorizada, al igual que los beneficios percibidos se relacionaron con una menor dificultad para describir los sentimientos.

En cuanto a la resiliencia, su asociación fue negativa con la dificultad para identificar sentimientos, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada y la ira interiorizada. Y, por último, el control de la ira interiorizada así como el control ira exteriorizada se asociaron con un menor nivel de desesperanza total e ira exteriorizada (ver Tabla A21, en pág. 429).

C. *En el grupo de pacientes con ERC.* Los beneficios percibidos se asociaron con una mayor dificultad para identificar los sentimientos. Tanto la aceptación como la resiliencia se relacionaron con un grado de desesperanza total, depresión y ansiedad más bajos. La resiliencia se asoció además de forma negativa con la dificultad para describir sentimientos.

El control de la ira exteriorizada correlacionó de forma negativa con la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos, la dificultad para describir sentimientos, la

desesperanza, la depresión, la ansiedad y la ira exteriorizada; mientras que su asociación con ira interiorizada fue positiva. Por último, el control de la ira interiorizada se asoció con un menor nivel de ira exteriorizada (ver Tabla A22, en pág. 430).

4.5.3 Relaciones de los factores de protección con las estrategias de afrontamiento.

A. En el grupo de pacientes con HTAe. En cuanto a las relaciones de los factores de protección con las estrategias de afrontamiento observamos que la aceptación y los beneficios percibidos se asociaron de forma positiva con las estrategias de apoyo emocional, apoyo instrumental, reevaluación positiva, aceptación y autodistracción. La ventilación emocional correlacionó de manera positiva sólo con la variable de aceptación. Y los beneficios percibidos se asociaron de forma positiva también con el uso de la religión y la auto-inculpación.

La resiliencia, por su parte, se asoció con un mayor uso del afrontamiento activo, la planificación, el apoyo emocional, el apoyo instrumental, la reevaluación positiva, la aceptación y la ventilación emocional; mientras que correlacionó negativamente con la negación y la desconexión conductual.

Con respecto al control de la ira exteriorizada, este factor de protección se asoció positivamente con el afrontamiento activo, la religión, la reevaluación positiva y la aceptación. El control de ira interiorizada, por su parte, se relacionó de manera positiva con el afrontamiento activo, la planificación, el apoyo emocional, la religión, la reevaluación positiva, la aceptación, el humor y la autodistracción (ver Tabla 66).

Tabla 66

Correlaciones de los factores de protección con las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Afrontamiento activo	.15	.14	.22***	.28***	.24***
Planificación	.09	.15	.25***	.03	.26***
Apoyo emocional	.23***	.31***	.36***	.03	.17**
Apoyo instrumental	.18**	.20**	.17**	-.02	.04
Religión	.08	.26***	.00	.28***	.31***
Reevaluación positiva	.27***	.21**	.43***	.19**	.22***
Aceptación	.38***	.21**	.43***	.27***	.25***
Negación	-.18**	.04	-.17**	-.10	.05
Humor	.10	.06	.15	.02	.18**
Autodistracción	.22***	.19*	.14	.03	.26***
Autoinculpación	-.09	.17**	-.08	.04	.07
Desconexión conductual	-.01	.03	-.26***	-.04	.08
Ventilación emocional	.17**	.13	.22**	-.10	.05

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA. Constatamos que la aceptación se relacionó positivamente con el afrontamiento activo y la estrategia de aceptación, y negativamente con el apoyo instrumental y la desconexión conductual. Los beneficios percibidos se relacionaron con un menor uso de las estrategias de negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual y ventilación emocional.

La resiliencia, por su parte, se asoció positivamente con el afrontamiento activo, la planificación, la reevaluación positiva y la aceptación.

El control de ira exteriorizada correlacionó positivamente con la reevaluación positiva y la aceptación, y de forma negativa con el apoyo instrumental y la desconexión conductual. Por último, el control de ira interiorizada se asoció positivamente con la reevaluación positiva, la autodistracción y la estrategia de aceptación (ver Tabla 67).

Tabla 67

Correlaciones de los factores de protección con las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Afrontamiento activo	.33***	.21	.32***	.17	.17
Planificación	.10	-.13	.40***	.06	.23
Apoyo emocional	-.08	.05	.20	.05	.09
Apoyo instrumental	-.25**	-.09	-.19	-.32***	-.16
Religión	-.23	-.21	-.07	-.11	-.02
Reevaluación positiva	.18	.20	.44***	.24**	.43***
Aceptación	.48***	.20	.53***	.33***	.43***
Negación	-.07	-.24**	.13	-.16	.12
Humor	-.13	-.27**	.04	-.14	-.12
Autodistracción	.13	-.24**	.18	.21	.40***
Autoinculpación	-.02	-.25**	-.06	.01	.17
Desconexión conductual	-.40***	-.47***	-.12	-.39***	-.10
Ventilación emocional	-.18	-.27**	.03	-.19	.11

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

C. En el grupo de pacientes con ERC. En este grupo la aceptación se relacionó de forma positiva con la planificación, la aceptación y la autodistracción. Los beneficios percibidos también lo hicieron de forma positiva con la estrategia de afrontamiento activo, la reevaluación positiva y la autodistracción.

En el caso de la resiliencia, esta variable se asoció positivamente con la planificación y la reevaluación positiva, y negativamente con la desconexión conductual.

Finalmente, el control de ira exteriorizada se asoció con una mayor reevaluación positiva; mientras que el control de ira interiorizada correlacionó positivamente con la religión y la negación, y negativamente con el humor y la autodistracción (ver Tabla 68).

Tabla 68

Correlaciones de las estrategias de afrontamiento en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Afrontamiento activo	.22	.23**	.19	.01	.18
Planificación	.34***	.32***	.35***	.22	-.08
Apoyo emocional	-.03	-.04	.10	-.14	-.00
Apoyo instrumental	-.05	-.07	.02	-.08	.10
Religión	-.11	.07	.02	.10	.24**
Reevaluación positiva	.19	.47***	.36***	.28**	.21
Aceptación	.24**	.14	.12	.11	.05
Negación	-.01	.17	-.02	.16	.26**
Humor	-.11	-.13	.17	-.17	-.28**
Autodistracción	.24**	.32***	.12	.02	.04
Autoinculpación	.04	.10	-.13	-.05	-.28**
Desconexión conductual	-.06	.08	-.44***	-.02	.10
Ventilación emocional	-.12	.21	.05	.08	.18

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

4.5.4 Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento.

A. En el grupo de pacientes con HTAe. Se observó que la aceptación, la resiliencia, el control de ira exteriorizada y el control de ira interiorizada correlacionaron con una mayor calidad de vida total y C.V. mental. Asimismo, la aceptación, la resiliencia y el control de ira exteriorizada se asociaron con una mayor C.V. física (ver Tabla 69).

En lo que respecta a la falta de adherencia al tratamiento, en este grupo de paciente con HTAe, se constató que la aceptación y los beneficios percibidos se relacionaron con una menor FA global, FA a la medicación, FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta), FA al ejercicio, FA a la disminución del consumo de alcohol y FA por apoyo familiar; mientras que la aceptación se relacionó con una FA a la disminución del consumo de tabaco más baja (ver Tabla 69).

Tabla 69

Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Calidad de vida total	.44***	.14	.45***	.27***	.20**
Calidad de vida física	.37***	.11	.43***	.19**	.13
Calidad de vida mental	.44***	.16	.43***	.31***	.25***
FA global	-.50***	-.50***	-.24***	-.04	-.15
FA a la medicación	-.30***	-.21**	-.21**	-.00	.02
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	-.21**	-.32***	-.11	-.10	-.22**
FA al ejercicio	-.42***	-.36***	-.21**	-.09	-.17**
FA disminución de tabaco	-.31***	-.16	-.06	-.02	.04
FA disminución de alcohol	-.19**	-.19**	.12	-.13	.00
FA por apoyo familiar	-.25***	-.25***	-.19**	.14	-.02

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA. La aceptación, los beneficios percibidos, la resiliencia, el control de ira exteriorizada y el control de ira interiorizada, se asociaron positivamente a calidad de vida total y a la C.V. física. Asimismo, la aceptación, la resiliencia y el control de la ira exteriorizada se asociaron con una mayor C.V. mental (ver Tabla 70).

En relación con la falta de adherencia al tratamiento, se pudo apreciar que, en este grupo de pacientes con ECV+HTA, que la resiliencia se asoció con una menor FA global, FA a la medicación, FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) y FA a la disminución del consumo de tabaco; mientras que el de la ira interiorizada se relación con una FA a la medicación más baja (ver Tabla 70).

Tabla 70

Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Calidad de vida total	.60***	.40***	.61***	.36***	.27**
Calidad de vida física	.60***	.39***	.49***	.46***	.28**
Calidad de vida mental	.53***	.38***	.63***	.26**	.22
FA global	-.18	-.07	-.49***	-.04	-.15
FA a la medicación	-.13	.15	-.48***	-.06	-.42***
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	-.15	-.15	-.28**	-.01	.15
FA al ejercicio	-.22	-.22	-.16	-.05	-.18
FA disminución de tabaco	-.11	.05	-.36***	.07	-.18
FA disminución de alcohol	-.02	-.01	-.11	-.10	-.11
FA por apoyo familiar	.16	.14	-.05	.03	.02

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

C. En el grupo de pacientes con ERC. La aceptación, los beneficios percibidos, la resiliencia y el control de ira exteriorizada mostraron una asociación positiva con la calidad de vida total, la C.V. física y la C.V. mental (ver Tabla 71).

En relación con la falta de adherencia al tratamiento se apreció que, en este grupo de paciente con ERC, los beneficios percibidos se relacionaron con una menor FA global, FA a la evitación de ambientes de riesgo/y consejos limpieza del hogar, FA a la disminución del consumo de tabaco y FA por apoyo familiar. El control de ira exteriorizada, por su parte, se asoció con una menor FA por apoyo familiar. Y por último, el control de ira interiorizada se asoció con un nivel más bajo de FA global, FA a la medicación, FA al ejercicio y FA a la disminución del consumo de alcohol (ver Tabla 71).

Tabla 71

Correlaciones de los factores de protección con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Calidad de vida total	.37***	.27**	.31***	.31***	-.04
Calidad de vida física	.34***	.29**	.27**	.31***	-.05
Calidad de vida mental	.32***	.16	.27**	.29**	.00
FA global	-.15	-.33***	-.18	-.16	-.34***
FA a la medicación	.08	.01	.21	-.02	-.33***
FA a la evitación de ambientes de riesgo/y consejos limpieza del hogar.	-.20	-.25**	-.19	-.07	-.05
FA al ejercicio	-.03	-.13	-.22	-.04	-.27**
FA disminución de tabaco	.02	-.30***	-.22	-.08	-.19
FA disminución de alcohol	-.15	-.09	.11	.04	-.23**
FA por apoyo familiar	-.07	-.31***	-.20	-.29**	-.06

** $p < .05$.;*** $p < .01$. (Bilateral)

4.5.5 Correlaciones de los factores de vulnerabilidad con la calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento.

A. En el grupo de pacientes con HTAe. Los factores de vulnerabilidad se asociaron negativamente con la calidad de vida total, la C.V. mental y la C.V. física, con la excepción, en este último caso de la ira exteriorizada, la cual no se relacionó de forma significativa con la C.V. física.

En cuanto a la FA al tratamiento, se apreció una relación significativa y positiva de la depresión con la FA global y con la FA a la mayoría de pautas del tratamiento, con la excepción de la FA a la disminución del consumo de tabaco y alcohol, la cual, además, no se asociaron con ningún otro factor de vulnerabilidad; y la FA a la disminución de las rutinas de riesgo (dieta).

Además, la ansiedad y la ira interiorizada se relacionaron positivamente con la FA global, la FA a la medicación, la FA a las rutinas de riesgo y la FA al ejercicio; mientras que

la alexitimia total y la dificultad para describir sentimientos lo hicieron, también de forma positiva, con la FA global, la FA a la medicación y la FA por apoyo familiar.

Por otra parte, la desesperanza se asoció positivamente con la FA global, la FA a las rutinas de riesgo y la FA a la medicación. La dificultad para identificar sentimientos también se relacionó de forma positiva con esta última variable (ver Tabla 72).

Tabla 72

Correlaciones de los factores de vulnerabilidad seleccionados con calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Indefensión</i>	<i>Alexitimia total</i>	<i>Dif. identificar sentimientos</i>	<i>Dif. describir sentimientos</i>	<i>Desesperanza total</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Ira exteriorizada</i>	<i>Ira interiorizada</i>
Calidad de vida total	-.37***	-.55***	-.57***	-.42***	-.47***	-.71***	-.68***	-.23***	-.41***
Calidad de vida física	-.34***	-.47***	-.49***	-.34***	-.39***	-.61***	-.54***	-.14	-.29***
Calidad de vida mental	-.35***	-.56***	-.58***	-.42***	-.45***	-.73***	-.71***	-.27***	-.43***
FA global	.02	.20**	.16	.21**	.26***	.26***	.27***	.11	.26***
FA a la medicación	.07	.21**	.20**	.18**	.25***	.29***	.22**	.04	.23***
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	-.03	.12	.10	.13	.25***	.13	.17**	.10	.20**
FA al ejercicio	.14	.10	.10	.08	.11	.19**	.25***	.10	.20**
FA disminuc. tabaco	.00	-.02	-.04	.01	-.01	-.04	.09	.13	-.01
FA disminuc. alcohol	-.04	-.08	-.11	-.04	-.06	-.12	.04	.12	.07
FA por apoyo familiar	-.07	.18**	.13	.21**	.11	.19**	.05	-.08	.06

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

B. En el grupo de pacientes con ECV+HTA. En este grupo todos los factores de vulnerabilidad se asociaron de forma negativa con la CV mental y la CV total, si bien la dificultad para describir sentimientos no correlacionó significativamente con esta última variable. Igualmente todos los factores de vulnerabilidad, salvo la alexitimia total, las dificultades para describir sentimientos y la ira interiorizada, se asociaron con una CV física más baja (ver Tabla 73).

En cuanto a la FA al tratamiento se pudo observar que la desesperanza, la ansiedad y la ira interiorizada se relacionaban con una mayor FA global. La ira exteriorizada y la ira interiorizada se asociaron con una mayor FA a la medicación, mientras que la alexitimia total y la dificultad para describir sentimiento se relacionaron con una menor FA a la medicación. La ira interiorizada se asoció con una FA al ejercicio más elevada. Y tanto la ira exteriorizada como la ira interiorizada se relacionaron con una mayor FA a la disminución del consumo del tabaco y la FA a la disminución del consumo de alcohol (ver Tabla 73).

Tabla 73

Correlaciones de los factores de vulnerabilidad seleccionados con calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Indefensión</i>	<i>Alexitimia total</i>	<i>Dif. identificar sentimientos</i>	<i>Dif. describir sentimientos</i>	<i>Desesperanza total</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Ira exteriorizada</i>	<i>Ira interiorizada</i>
Calidad de vida total	-.60***	-.34***	-.40***	-.18	-.50***	-.60***	-.42***	-.45***	-.39***
Calidad de vida física	-.59***	-.23	-.26**	-.14	-.38***	-.45***	-.26**	-.43***	-.21
Calidad de vida mental	-.58***	-.40***	-.45***	-.24**	-.56***	-.69***	-.52***	-.40***	-.46***
FA global	.00	.08	.17	-.06	.29**	.23	.46***	.22	.33***
FA a la medicación	-.07	-.35***	-.21	-.45***	.13	-.02	.07	.36***	.31**
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	.00	.30**	.39***	.10	.21	.35***	.45***	-.10	.11
FA al ejercicio	.20	.18	.19	.12	.09	.08	.12	-.08	.25**
FA disminuc. tabaco	.15	-.05	-.01	-.09	.17	.04	.14	.37***	.26**
FA disminuc. alcohol	-.16	-.16	-.11	-.19	.07	.10	.24**	.51***	.25**
FA por apoyo familiar	-.18	-.07	-.09	-.02	.07	-.03	.10	.10	-.04

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

C. En el grupo de pacientes con ERC. Se encontró que la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza total, la depresión y la ansiedad se asociaron significativa y negativamente con calidad de vida total, CV física y CV mental. La ira

interiorizada sólo correlacionó de forma positiva con la calidad de vida total y la CV física (ver Tabla 74).

Con respecto a la FA al tratamiento, se constató que la ira exteriorizada y la ira interiorizada se asociaron significativa y positivamente con FA global, FA al ejercicio y FA a la disminución del consumo del tabaco. La variable relativa a las dificultades para describir sentimientos se relacionó de forma negativa con la FA a la medicación, mientras que la ira exteriorizada lo hizo de modo positivo. Asimismo la alexitimia total y la dificultad para describir sentimientos se asociaron con una FA a la disminución del consumo de alcohol más baja y con FA por apoyo familiar más alta (ver Tabla 74).

Tabla 74

Correlaciones de los factores de vulnerabilidad seleccionados con calidad de vida y la falta de adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Indefensión</i>	<i>Alexitimia total</i>	<i>Dif. identificar sentimientos</i>	<i>Dif. describir sentimientos</i>	<i>Desesperanza total</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Ira exteriorizada</i>	<i>Ira interiorizada</i>
Calidad de vida total	-.08	-.13	-.01	-.28**	-.34***	-.36***	-.39***	.04	.30**
Calidad de vida física	-.12	-.10	-.00	-.23**	-.26**	-.27**	-.30**	-.03	.29**
Calidad de vida mental	-.07	-.13	-.08	-.15	-.36***	-.39***	-.53***	.00	.14
FA global	.07	.15	.16	.07	.08	.00	.00	.54***	.28**
FA a la medicación	.13	-.18	-.08	-.26*	-.01	-.00	-.02	.23**	.16
FA a la evitación de ambientes de riesgo/y consejos limpieza del hogar.	.01	.18	.15	.13	-.07	-.12	.00	.15	-.00
FA al ejercicio	.01	.23	.22	.13	.20	-.09	-.01	.40***	.49***
FA disminuc. tabaco	-.04	-.05	-.06	-.00	.04	-.01	-.09	.46***	.25**
FA disminuc. alcohol	-.21	-.28**	-.21	-.27**	.05	-.06	.05	.23**	.00
FA por apoyo familiar	-.09	.29**	.10	.46***	.03	.20	-.05	.16	-.12

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Apartado VI

En este apartado se desglosan los resultados hallados en relación a la capacidad predictiva de los factores de protección y vulnerabilidad respecto de la calidad de vida y la falta de adherencia a los tratamientos en cada grupo de pacientes crónicos.

4.6 Capacidad Predictiva de los Factores de Protección y los Factores de Vulnerabilidad

Con el objeto de determinar el valor predictivo de los factores de protección y de vulnerabilidad con respecto las variables criterio, en primer lugar se constató que entre estas variables predictoras no hubiera correlaciones superiores a .70.

Las variables criterio seleccionadas fueron la calidad de vida (en concreto, la calidad de vida total, la calidad de vida física y la calidad de vida mental); y la falta de adherencia a los aspectos del tratamiento (es decir, la falta de adherencia global; FA a la medicación; la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta), o FA a la evitación de ambientes de riesgo/y consejos limpieza del hogar en el grupo de pacientes con ERC; FA al ejercicio; FA a la disminución del consumo de tabaco; FA a la disminución del consumo de alcohol; y FA por apoyo familiar).

Como variables predictoras, los factores de protección que se eligieron fueron la aceptación, los beneficios percibidos, la resiliencia, el control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada. Y, entre los factores de vulnerabilidad, las variables predictoras que se consideraron fueron: la indefensión, las subescalas de alexitimia relativas a la dificultad para identificar sentimientos y la dificultad para describir sentimientos, la desesperanza total, la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada y la ira interiorizada.

Se decidió también introducir en los análisis aquellas variables sociodemográficas, en concreto, el sexo, la duración de la enfermedad y los grupos formados según la

edad/incidencia, que en los análisis previos hubiesen mostrado tener una asociación significativa con cada una de las variables criterio.

A continuación se realizó un análisis de regresión para cada variable criterio mediante la introducción sucesiva en bloque de las variables predictoras seleccionadas, siguiendo este orden: variables sociodemográficas, las variables sociodemográficas junto con los factores de protección y, por último, las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad.

4.6.1 Capacidad predictiva de los factores de protección y los factores de vulnerabilidad con respecto a la calidad de vida.

A. *Grupo de pacientes con diagnóstico de HTAe.* Con respecto a la calidad de vida total (ver Tabla 75), los modelos resultantes fueron significativos y predictivos. Cuando de introdujeron las variables sociodemográficas, el R^2 fue de .09; cuando se añadieron los factores de protección el cambio en R^2 fue de .34 y, por último, cuando se incorporaron los factores de vulnerabilidad, el cambio en R^2 fue de .23. De este modo, en cada modelo se explicó, respectivamente, el 9%, 43% y 66% de la varianza de la calidad de vida total.

Teniendo en cuenta el modelo conjunto, incluyendo los tres grupos de variables predictoras, se pudo observar que el peso pronosticador de la resiliencia resultó ser significativamente positivo, mientras que el de la depresión y la ansiedad fue negativo. El resto de variables, sin embargo, no resultó ser predictivo en este modelo final.

Con respecto a la calidad de vida física (ver Tabla 76), los análisis exhibieron modelos significativos para cada uno de los tres bloques de variables predictoras introducidas. Cada uno de estos modelos explicó respectivamente el 8%, 36% y 50%, de la varianza de la calidad de vida física, siendo un 8% la contribución de las variables sociodemográficas; un 28% el de los factores protectores; y un 14% el de los factores de vulnerabilidad.

Nuevamente la resiliencia demostró ser un predictor positivo y significativo de la calidad de vida física, mientras que la indefensión y la depresión resultaron ser predictores negativos.

Por último, en relación con la calidad de vida mental (ver Tabla 77), también resultaron significativos cada uno de los modelos en los que se consideró cada bloque de variables predictoras. Cuando se introdujo el sexo en el primer modelo se obtuvo un $R^2=.08$. A continuación, cuando se añadieron los factores de protección, el cambio en R^2 obtenido fue de .33. Y cuando, finalmente, se introdujeron los factores de vulnerabilidad, el cambio en R^2 fue de .26. De esta forma cada modelo dio cuenta, respectivamente, del 8%, 41% y 67% de la varianza total de la calidad de vida mental.

La resiliencia emergió como un predictor positivo y significativo de la calidad de vida mental, mientras que la depresión y la ansiedad mostraron un peso negativo.

En resumen, se pudo constatar que, en los pacientes con HTAe, conforme mayor era la resiliencia y menores los niveles de depresión y ansiedad, más alta era su calidad de vida total y mental. Asimismo, la presencia de una mayor resiliencia y de una menor indefensión y depresión se asociaron con una calidad de vida física más elevada.

Tabla 75

Predicción de calidad de vida total por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	R² (cambio)	β
Variables Sociodemográficas	Sexo	.30	.09	13.32***(1,131)	.09***	-.30***
Variables Sociodemográficas Más Protectoras	Sexo					-.24**
	Indefensión					-.23**
	Aceptación					.25**
	Resiliencia	.66	.44	13.98***(7,131)	.34***	.31***
	Control ira exteriorizada					.17**
Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad	Resiliencia					.19**
	Depresión	.82	.67	17.18***(14,131)	.23***	-.32***
	Ansiedad					-.25**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A39, en pág. 446).

** $p < .05$ y *** $p < .001$.

Tabla 76

Predicción de calidad de vida física por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con HTAe

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	R² (cambio)	β
Variables Sociodemográficas	Sexo	.24	.08	11.38**(1,131)	.08**	-.28**
Variables Sociodemográficas Más Protectoras	Sexo					-.22**
	Indefensión					-.24**
	Aceptación	.60	.36	10.14***(7,131)	.28***	.18*
	Resiliencia					.32***
Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad	Indefensión					-.16**
	Resiliencia	.71	.50	8.58*** (14,131)	.14***	.25**
	Depresión					-.31**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A40, en pág. 447).

** $p < .05$ y *** $p < .001$.

Tabla 77

Predicción de calidad de vida mental por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con HTAe

Modelo	Variables	R	R²	F (g.l.)	R²_(cambio)	β
Variables Sociodemográficas	Sexo	.29	.08	12.09**(1,131)	.08**	-.29**
Variables Sociodemográficas Más Protectoras	Sexo					-.23**
	Indefensión					-.19**
	Aceptación					.26**
	Resiliencia	.65	.42	12.98***(7,131)	.33***	.27***
	Control ira exteriorizada					.20***
Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad	Resiliencia					.15**
	Depresión	.83	.68	18.47***(14,131)	.26***	-.35***
	Ansiedad					-.27**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A41, en pág. 448).

** $p < .05$ y *** $p < .001$.

B. Grupo de pacientes con diagnóstico de ECV+HTA. A la hora de considerar la predicción de la calidad de vida total en el grupo de pacientes con ECV+HTA (ver Tabla 78), se pudo apreciar que los modelos resultantes, introduciendo las variables protectoras en primer lugar y las variables protectoras junto con las de vulnerabilidad en segundo lugar, fueron ambos significativos. Así, en el primer modelo se obtuvo un $R^2 = .57$, y se explicó un 57% de la varianza general de la calidad de vida total. En el segundo modelo el cambio en R^2 fue de .13, dando cuenta el conjunto de variables introducidas de un 70% de la varianza general de la calidad de vida total.

Respecto a la contribución individual de cada una de las variables, en el modelo final se evidenció que la resiliencia, la dificultad para identificar sentimientos y la desesperanza tuvieron un peso predictor positivo, mientras que la subescala de indefensión y la depresión mostraron un peso negativo.

En relación con la calidad de vida física los modelos resultantes también fueron significativos (ver Tabla 79). El primer modelo arrojó un $R^2=.51$ mientras que el segundo mostró un cambio en $R^2=.13$, siendo así que los factores de protección explicaron un 51% de la varianza de este criterio. Cuando se añadieron los factores de vulnerabilidad, el porcentaje total de varianza explicada fue del 64%.

Tanto la resiliencia, como la dificultad para identificar sentimientos y la desesperanza resultaron ser predictores positivos, mientras que la subescala indefensión y la depresión aparecieron como predictores negativos.

En cuanto a la calidad de vida mental (ver Tabla 80), nuevamente los dos modelos que se obtuvieron resultaron significativos. Cuando se introdujeron únicamente las variables protectoras se halló un $R^2=.57$, explicando estas variables el 57% de la varianza total de la calidad de vida mental. En el segundo modelo, en el que a las variables protectoras se añadieron las variables de vulnerabilidad, el cambio en R^2 fue de .19. El conjunto de las variables explicaron un total del 76% de la varianza total de la calidad de vida mental.

En el modelo final la resiliencia y la dificultad para identificar sentimientos aparecieron como predictores positivos, mientras que la subescala de indefensión y la depresión señalaron resultaron predictores negativos.

De esta manera, en los pacientes con ECV+HTA, cuanto más altas eran la resiliencia, la dificultad para identificar sentimientos y la desesperanza, y menores los niveles de indefensión y depresión, mayor era la calidad de vida total y la calidad física que informaban tener. Asimismo, conforme mayor era el nivel de resiliencia y la dificultad para identificar sentimientos, y menor el grado de indefensión y depresión, mayor era la calidad de vida mental de los pacientes.

Tabla 78

Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
Variables Protectoras	Indefensión					-.42***
	Resiliencia	.75	.57	13.29***(6,65)	.57***	.47***
Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad	Indefensión					-.45***
	Resiliencia					.52**
	Dif. Identificar sentimientos	.84	.71	9.92*** (13,65)	.13**	.29**
	Desesperanza					.30**
	Depresión					-.52**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A42, en pág. 449).

p<.05 y *p<.001.

Tabla 79

Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
Variables Protectoras	Indefensión					-.42**
	Resiliencia	.71	.51	10.51***(6,65)	.51***	.26*
Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad	Indefensión					-.53***
	Resiliencia					.42**
	Dif. Identificar sentimientos	.80	.65	7.55*** (13,65)	.13**	.43**
	Desesperanza					.38**
	Depresión					-.46**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A43, en pág. 450).

*p=.05; **p<.05; ***p<.001.

Tabla 80

Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	R² (cambio)	β
<i>Variables Protectoras</i>	Indefensión					-.44***
	Resiliencia	.75	.57	13.22***(6,65)	.57***	.60***
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.40***
	Resiliencia					.58***
	Dif. Identificar sentimientos	.87	.76	13.04***(13,65)	.19***	.25**
	Depresión					-.67***

Nota: En la tabla solo se muestran datos de los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A44, en pág. 451).

** $p < .05$ y *** $p < .001$.

C. Grupo de pacientes con diagnóstico de ERC. En el grupo de pacientes con ERC, y en relación con la predicción de la calidad de vida total, los modelos resultantes, introduciendo las variables protectoras en primer lugar y las variables protectoras seguidas de las de vulnerabilidad, fueron significativos (ver Tabla 81).

En el primer modelo, y considerando sólo los factores de protección como variables predictoras, se obtuvo un $R^2 = .20$ siendo explicado el 20% de la varianza total de la calidad de vida. En el caso del segundo modelo, en el que se añadieron las variables de vulnerabilidad, el cambio en R^2 fue de .20, explicando el total de las variables introducidas un 40% de la varianza de la calidad de vida total.

En el modelo final, la ansiedad apareció como un predictor significativo negativo mientras que la ira interiorizada mostró un peso positivo.

En cuanto a la calidad de vida física (ver Tabla 82), los dos modelos resultantes también fueron significativos, explicando el 20% y 37% de la varianza total de esta variable criterio, respectivamente. En el caso del primer modelo, y después de la introducción de los factores de protección, el R^2 fue de .20. En el segundo modelo, y después de incorporar los factores de vulnerabilidad, el cambio en R^2 fue de .17.

En el modelo final, la ira interiorizada tuvo un peso predictivo positivo, mientras que la ansiedad y la ira exteriorizada aparecieron como predictores negativos.

Por último, respecto a la calidad de vida mental (ver Tabla 83), únicamente resultó ser significativo el modelo en el que se incorporaron conjuntamente las variables protectoras junto con las variables de vulnerabilidad. Dicho modelo explicó el 37% de la varianza total de la calidad de vida mental, siendo el cambio en R^2 de .22, respecto al modelo en el que se introdujeron únicamente los factores de vulnerabilidad. La ansiedad resultó ser el único predictor negativo.

Así, en pacientes con ERC, mayores niveles de ira interiorizada, junto con una menor ansiedad, pronosticaban una mayor calidad de vida total y calidad de vida física. De igual modo, conforme más alta era la ansiedad, más baja era su calidad de vida mental.

Tabla 81

Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	R²_(cambio)	β
<i>Variables Protectoras</i>		.45	.20	2.78**(6,71)	.20**	
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Ansiedad					-.42**
	Ira interiorizada	.64	.41	3.12** (13,71)	.20**	.44**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A45, en pág. 452).

** $p < .05$.

Tabla 82

Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ERC

Modelo	Variabes	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
Variables Protectoras		.44	.20	2.72** (6,71)	.20**	
Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad	Ansiedad					-.33**
	Ira exteriorizada	.61	.37	2.67** (13,71)	.17**	-.38**
	Ira interiorizada					.51**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A46, en pág. 453).

**p<.05.

Tabla 83

Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en pacientes con ERC

Modelo	Variabes	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
Variables Protectoras		.39	.15	1.97 (6,71)	.15	
Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad	Ansiedad	.61	.37	2.72** (13,71)	.22**	-.59***

Nota: En la tabla solo se muestran datos de los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A47, en pág. 454).

p<.05 y *p<.001.

3.6.2 Capacidad predictiva de los factores de protección y los factores de vulnerabilidad con respecto a la falta de adherencia global y a los distintos aspectos del tratamiento. En los análisis de regresión que se realizaron para determinar la capacidad predictiva de los factores de protección y los factores de vulnerabilidad, respecto de la falta de adherencia global al tratamiento y la falta de adherencia a las diferentes pautas, se controló también el efecto de las variables relativas al sexo, la duración de la enfermedad y/o grupos de edad/incidencia. El control de estas variables se llevó a cabo en aquellos casos en los que los análisis multivariados previos habían puesto de manifiesto una relación significativa entre alguna de ellas y las variables criterio.

Así, en los pacientes con HTAe, se controló el sexo en la predicción de la FA a la medicación y en la FA a la disminución del consumo de tabaco y alcohol; y los años desde el diagnóstico en la predicción de la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) y en la FA a la disminución del alcohol, como se observa en la Tabla 84.

En pacientes con ECV+HTA se controló el sexo en la predicción de la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) y en la FA a la disminución del consumo de tabaco y alcohol; y los años desde el diagnóstico y los grupos según edad/incidencia en la predicción de la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta) (Ver Tabla 84).

Por último en los pacientes con ERC, se controló nuevamente el sexo a la hora de predecir la FA a la medicación y la FA a la disminución del consumo de tabaco y alcohol; los años desde el diagnóstico en la predicción de la FA a la medicación y la FA al ejercicio; y los grupos edad/incidencia en la predicción de la FA a la medicación, la FA a la disminución del consumo de tabaco y la FA por apoyo familiar (Ver Tabla 84).

Tabla 84

Variables sociodemográficas y clínicas asociadas significativamente en los análisis multivariados con las variables criterio de FA a los tratamientos, por grupos de pacientes

	HTAe	ECV+HTA	ERC
<i>FA a la Medicación</i>	Sexo		Sexo Años desde el diagnóstico Grupos edad/incidencia
<i>FA reducción rutinas de riesgo</i>	Años desde el diagnóstico	Sexo, Años desde el diagnóstico Grupos edad/incidencia	
<i>FA Ejercicio</i>			Años desde el diagnóstico
<i>FA disminución Tabaco</i>	Sexo	Sexo	Sexo Grupos edad/incidencia
<i>FA disminución Alcohol</i>	Sexo Años desde el diagnóstico	Sexo	Sexo
<i>FA por Apoyo Familiar</i>			Grupos edad/incidencia

A. Grupo de pacientes con diagnóstico de HTAe.

Con respecto a la falta de adherencia al tratamiento global y a la falta de adherencia a los distintos aspectos del tratamiento, como se muestra en Tabla 85, los resultados de los análisis de regresión realizados con este grupo de pacientes pusieron de manifiesto que el modelo final, en el que se había introducido tanto los factores de protección como los factores de vulnerabilidad, así como las covariantes de sexo y años transcurridos desde el diagnóstico, resultó ser significativo. No obstante, la introducción de los factores de vulnerabilidad no contribuyó de manera significativa al cambio en ninguno de los casos.

En el caso de falta de adherencia global, cuando se introdujeron únicamente, como variables predictoras, las variables protectoras se obtuvo un $R^2 = .34$. Cuando, a continuación, se introdujeron de forma conjunta las variables protectoras y las de vulnerabilidad, el incremento en R^2 fue de .03.

En la predicción de esta variable, tanto la aceptación como los beneficios percibidos resultaron ser significativos, siendo el peso de ambos predictores negativo.

En lo que respecta a la falta de adherencia al ejercicio, en el primer modelo de regresión en el que las variables protectoras fueron las únicas variables predictoras introducidas, el R^2 obtenido fue .22. El modelo siguiente, en el que las variables protectoras y las de vulnerabilidad fueron introducidas a la vez, el incremento en R^2 fue de .03.

Nuevamente, a la hora de predecir esta variable, la aceptación y los beneficios percibidos mostraron un peso significativamente negativo.

De este modo, en personas con diagnóstico de HTAe, la presencia de mayores niveles de aceptación y beneficios percibidos se asoció con una menor FA global y una menor FA a la práctica de ejercicio, mostrando así un mayor cumplimiento del tratamiento total y del cumplimiento de la realización del ejercicio.

En cuanto a FA a la medicación, los tres modelos de regresión resultaron significativos: cuando se introdujo el sexo, en primer lugar; cuando, a continuación, se introdujeron los factores de protección, junto al sexo; y, finalmente, cuando se consideraron estas variables más los factores de vulnerabilidad. Con la introducción del sexo y los factores de protección, se obtuvo un $\Delta R^2 = .13$. Y, en el último paso, cuando se introdujeron las variables de vulnerabilidad, se produjo un $\Delta R^2 = .03$.

Tanto el sexo como la aceptación emergieron como predictores significativos de la FA a la medicación. En concreto, ser hombre y presentar una mayor aceptación predijo menores niveles de FA a la medicación.

En relación con la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta), los tres modelos de regresión obtenidos fueron también significativos: cuando se introdujeron los años desde el diagnóstico en el primer paso; los factores de protección en el segundo paso; y los factores de vulnerabilidad en el último paso.

Cuando se introdujeron, en relación a la disminución de las rutinas de riesgo, la variable relativa a los años de diagnóstico y a continuación los factores de protección, el ΔR^2 obtenido fue de .14. Finalmente, cuando se introdujeron en el análisis las variables de vulnerabilidad, el ΔR^2 fue de .04.

Con respecto a la predicción de la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta), tanto los años transcurridos desde el diagnóstico como los beneficios percibidos tuvieron un peso positivo; esto es, el hecho de que hubieran transcurrido menos años desde el diagnóstico y hubiera un mayor grado de beneficios percibidos se relacionaron con una mayor adherencia a la dieta.

Respecto a la FA a la disminución del consumo de tabaco. Cuando, se introdujeron el sexo y las variables protectoras, se observó un $\Delta R^2 = .11$. Finalmente, con la incorporación de las variables de vulnerabilidad, el ΔR^2 fue de .07.

La aceptación y la ira exteriorizada resultaron ser los únicos predictores significativos, siendo el peso de la aceptación negativo y el de la ira exteriorizada positivo. De esta manera, en pacientes con HTAe, cuanto mayores eran los niveles de aceptación y menores los de ira exteriorizada, menor era la falta de adherencia, o mayor cumplimiento se producía con respecto a la disminución del consumo de tabaco.

En cuanto a la FA a la disminución del consumo de alcohol, en el segundo paso, una vez introducidas las variables relativas al sexo, los años transcurridos desde el diagnóstico y los factores de protección, el ΔR^2 fue de .09. En el tercer paso, cuando se incorporaron las variables de vulnerabilidad, el ΔR^2 fue de .06.

Tanto los años transcurridos desde el diagnóstico, como la aceptación y la depresión resultaron pronosticadores negativos de FA a los consejos de consumo alcohol. De esta manera, en el grupo de pacientes con HTAe, la presencia de un diagnóstico superior a 3 años, un nivel alto de aceptación de la enfermedad y de depresión predijeron una menor falta de adherencia, y por lo tanto un mayor cumplimiento, a las pautas relativas con la disminución del consumo de alcohol.

Por último, en la predicción de la FA por apoyo familiar, se obtuvo un $R^2=.13$ cuando se introdujeron las variables de protección en el primer paso. Cuando, en el segundo paso, se incorporaron las variables de vulnerabilidad, el ΔR^2 fue de .06.

En este caso la depresión resultó ser el único predictor significativo y positivo de la FA por apoyo familiar, aunque su significación fue marginal. De ahí que, en personas con diagnóstico de HTAe, la presencia de una depresión más baja se relacionara con una menor FA por apoyo familiar, y, en consecuencia, con una mayor adherencia.

Tabla 85

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Variable Criterio	Variables Predictoras	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Global						
<i>Variables Protectoras</i>	Aceptación					-.34***
	Beneficios percibidos	.58	.34	10.79***(6,131)	.34***	-.33***
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Aceptación					-.33**
	Beneficios percibidos	.61	.37	5.45***(13,131)	.03	-.34**
FA a la Medicación						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.22	.04	6.67** (1,131)	.04**	.22**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Sexo					.22**
	Aceptación					-.24**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Control ira interiorizada	.42	.18	3.93** (7,131)	.13**	.20**
	Sexo	.46	.21	2.28** (14,131)	.03	.19**
	Aceptación					-.23**
FA reducción de rutinas de riesgo (dieta)						
<i>Variables Clínicas</i>	Años desde diagnóstico	.21	.04	6.31** (1,131)	.04**	.21**
<i>Variables Clínicas Más Protectoras</i>	Años desde diagnóstico					.25**
	Beneficios percibidos	.43	.18	4.11*** (7,131)	.14**	-.26**
<i>Variables Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Años desde diagnóstico	.48	.23	2.59** (14,131)	.04	.28**
	Beneficios percibidos					-.25**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A48, en pág. 455).

* p =.05; ** p <.05; *** p <.001.

Tabla 85 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	R²_(cambio)	β
FA Ejercicio	Aceptación					-.26**
	<i>Variables Protectoras</i> Beneficios percibidos	.47	.22	6.09*** (6,131)	.22**	-.24**
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Aceptación					-.25**
	Beneficios percibidos	.51	.26	3.26*** (13,131)	.03	-.28**
FA disminución Tabaco						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.20	.04	5.51** (1,131)	.04**	-.20**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Sexo	.39	.16	3.36** (7,131)	.11**	-.18**
	Aceptación					-.37**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Aceptación					-.37**
	Ira exteriorizada	.48	.23	2.56** (14,131)	.07	.21**
FA disminución Alcohol						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo					-.24**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Años desde diagnóstico	.31	.10	7.25** (2,131)	.10**	-.20**
	Sexo					-.18**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Años desde diagnóstico	.44	.19	3.81*** (8,131)	.09**	-.16*
	Aceptación					-.20*
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Resiliencia					.17*
	Control ira exteriorizada					-.18*
	Años desde diagnóstico					-.18**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Aceptación	.51	.26	2.78** (15,131)	.06	-.21**
	Depresión					-.26**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A48, en pág. 455).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 85 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	R²_(cambio)	β
<u>FA por Apoyo Familiar</u>						
<i>Variables Protectoras</i>	Control ira exteriorizada	.37	.13	3.31** (6,131)	.13**	.19*
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Depresión	.44	.20	2.27** (13,131)	.06	.24*

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A48, en pág. 455).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

B. Grupo de pacientes con diagnóstico de ECV+HTA.

En el grupo de pacientes con ECV+HTA (ver Tabla 86), los análisis de regresión realizados mostraron unos modelos significativos en el caso de la predicción de la falta de adherencia al tratamiento global y a la falta de la adherencia a las distintas pautas del tratamiento, con la excepción de la FA al ejercicio y la FA por apoyo familiar, los cuales no resultaron ser significativos.

Con respecto a la predicción de la falta de adherencia global, con la introducción de las variables protectoras, se obtuvo un $R^2 = .29$, explicándose el 29% de la varianza. Cuando se añadieron las variables de vulnerabilidad en el segundo paso, el ΔR^2 fue de .12, explicando el conjunto de las variables protectoras y de vulnerabilidad el 41% de la varianza total.

Tanto la resiliencia como la ansiedad resultaron ser los únicos predictores significativos, siendo el peso de la resiliencia negativo y el de la ansiedad positivo.

En este grupo de pacientes, mayores niveles de resiliencia y una menor ansiedad pronosticaban una menor falta de adherencia global y, por lo tanto, un mejor cumplimiento del tratamiento en términos globales.

En relación con la predicción de la FA a la medicación, con la presencia en el primer paso de los factores protectores, se obtuvo un $R^2 = .42$; mientras que, cuando se introdujeron los factores de vulnerabilidad en el segundo paso, el ΔR^2 obtenido fue de .19.

En el modelo final, la contribución de la resiliencia y la dificultad para describir sentimientos fue negativa, mientras que la contribución de la ira interiorizada fue positiva. Así, en el grupo de personas con ECV+HTA, un mayor nivel de resiliencia y de dificultad para describir los sentimientos, y un menor grado de ira interiorizada, se asociaban con una FA a la medicación más baja y, en consecuencia, con una mejor adherencia a esta pauta del tratamiento.

Respecto a la FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta), cuando, en el segundo paso se introdujeron el sexo, los años transcurridos desde el diagnóstico y la variable grupos “edad/incidencia”, junto con las variables protectoras, el ΔR^2 fue de .20. Por último, cuando se añadieron los factores de vulnerabilidad, el ΔR^2 fue de .10.

Con respecto a la capacidad predictiva del total de las variables introducidas, solamente la ansiedad resultó significativa siendo su peso positivo. De manera que en el grupo de pacientes con ECV+HTA, la presencia de mayores niveles de ansiedad se asociaron con una mayor falta de adherencia o menor cumplimiento de la dieta.

En cuanto a la predicción de la FA en la disminución del consumo de tabaco, cuando se añadieron el sexo y las variables protectoras el ΔR^2 fue de .23. Y, con la incorporación de los factores de vulnerabilidad en el tercer paso, ningún modelo resultó significativo.

Tanto el sexo como la resiliencia emergieron como predictores significativos y negativos. Es decir, en los pacientes con ECV+HTA, el hecho de ser hombres y la presencia de un menor nivel de resiliencia pronosticaron una mayor falta de adherencia a la disminución del consumo de tabaco.

En relación con la FA para la disminución del consumo de alcohol, los modelos de regresión resultantes fueron también significativos. Con la incorporación del sexo y las variables protectoras el cambio en R^2 fue de .13. Cuando se introdujeron los factores de vulnerabilidad en el tercer paso, el ΔR^2 fue de .24.

Tanto el sexo como la ansiedad y la ira exteriorizada fueron predictores significativos, siendo negativo el peso del sexo, y positivo el de la ansiedad y la ira exteriorizada. De forma que en este grupo de pacientes, el ser hombre y la presencia de mayores niveles de ira exteriorizada y ansiedad pronosticaban una mayor falta de adherencia, o menor cumplimiento, para la disminución del consumo de alcohol.

Finalmente, con respecto a la FA al ejercicio y la FA por apoyo familiar, ninguno de los modelos de regresión obtenidos resultó significativo.

Tabla 86

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Global						
<i>Variables Protectoras</i>	Resiliencia	.54	.29	4.06** (6,65)	.29**	-.67***
	Resiliencia					-.40*
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Ansiedad	.64	.41	2.88** (13,65)	.12	.56**
FA a la Medicación						
<i>Variables Protectoras</i>	Beneficios percibidos					.27**
	Resiliencia					-.52**
	Control ira interiorizada	.63	.42	7.31*** (6,65)	.42***	-.32**
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Resiliencia					-.47**
	Dif. describir sentimientos	.79	.62	6.65*** (13,65)	.19**	-.37**
	Ira interiorizada					.43**
FA reducción de rutinas de riesgo (Dieta)						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo					.25**
	Años desde diagnóstico	.40	.16	4.04** (3,65)	.16**	.26**
	Grupos edad/incidencia					-.37**
	Años desde diagnóstico					.29**
	Grupos edad/incidencia					-.32**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Beneficios percibidos	.60	.36	3.61** (9,65)	.20**	-.24**
	Resiliencia					-.46**
	Control ira interiorizada					.39**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Ansiedad	.69	.47	2.78** (16,65)	.10	.44*

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A49, en pág. 462).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 86 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Ejercicio						
<i>Variables Protectoras</i>		.31	.09	1.04 (6,65)	.09	
<i>Variables Protectoras Más Vulnerabilidad</i>	Ira exteriorizada	.54	.29	1.67 (13,65)	.19	-.50**
	Ira interiorizada					.50**
FA disminución Tabaco						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.27	.07	5.34** (1,65)	.07**	-.27**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Sexo	.56	.31	3.80** (7,65)	.23**	-.32**
	Resiliencia					-.53**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>		.61	.37	2.18** (14,65)	.06	
FA disminución Alcohol						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.35	.12	9.25** (1,65)	.12*	-.35**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Sexo	.50	.25	2.88** (7,65)	.13	-.45***
	Indefensión					-.36**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Sexo					-.33**
	Ansiedad	.71	.50	3.74*** (14,65)	.24**	.60**
	Ira exteriorizada					.37**
FA por Apoyo Familiar						
<i>Variables Protectoras</i>		.31	.10	1.09 (6,65)	.10	
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>		.43	.18	.91 (13,65)	.08	

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A49, en pág. 462).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

C. Grupo de pacientes con diagnóstico de ERC.

Dentro del grupo de pacientes con ERC como se puede observar en la Tabla 87, y con respecto a la falta de adherencia global, los factores protectores dieron cuenta de un 30% de la varianza. Tras añadir los factores de vulnerabilidad hubo un incremento en R^2 de .22, explicando el total de las variables un 53% de la varianza total.

Como predictores de la falta de adherencia global emergieron el control de ira interioriza, la indefensión y la ira exteriorizada. En el primer caso el peso fue negativo, mientras que el peso de la indefensión y la ira exteriorizada resultó positivo. Por lo tanto, en el grupo de pacientes con ERC, niveles más altos de control de ira interiorizada y un menor grado de indefensión y de ira exteriorizada, pronosticaban una menor falta de adherencia global y, en consecuencia, un mejor cumplimiento del tratamiento en términos globales.

En cuanto a FA a la medicación resultaron significativos los tres modelos de regresión obtenidos con la introducción de la variable grupos edad/incidencia, las variables de protección y las de vulnerabilidad, respectivamente. Después de introducir las variables grupos “edad/incidencia” y los factores de protección en el segundo paso, hubo un $\Delta R^2 = .15$. Y, una vez introducidos los factores de vulnerabilidad el ΔR^2 fue de .11.

En el modelo final, la contribución la ira interiorizada y la dificultad para identificar sentimientos fueron negativas, mientras que el peso de la indefensión y la resiliencia fue positivo, si bien en el caso de la resiliencia la significación fue marginal.

Así, en este tipo de pacientes, la presencia de un menor control de la ira interiorizada y una menor dificultad para identificar sentimientos, junto con un mayor nivel de indefensión y resiliencia, se asociaban con mayor FA a la medicación y, en consecuencia, con un peor cumplimiento de esta pauta de tratamiento.

En relación con la FA a la evitación de ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar, el modelo obtenido en el primer paso, en el que se introdujeron las variables de sexo y

años transcurridos desde el diagnóstico, no resultó significativo. Cuando se incorporaron los factores de protección, hubo un $\Delta R^2 = .22$, mientras que, en el tercer bloque y después de añadir los factores de vulnerabilidad, el ΔR^2 fue de .19.

En el modelo final, el sexo, el control de la ira exteriorizada y la dificultad para describir los sentimientos resultaron predictores positivos mientras que los años transcurridos desde el diagnóstico, la aceptación, la resiliencia y la desesperanza emergieron como pronosticadores negativos. Esto es, en el grupo de pacientes con ERC, el hecho de ser mujer, la presencia de mayores niveles de control de ira exteriorizada y dificultad para describir sentimientos, un menor número de años transcurridos desde el diagnóstico, y una menor aceptación, resiliencia y desesperanza predecían una mayor falta de adherencia, o cumplimiento más bajo, de la evitación de ambientes de riesgo y consejos de limpieza del hogar.

Con respecto a la FA al ejercicio, solo resultaron significativos los modelos en los que se introdujeron la variable “años desde el diagnóstico” junto con los factores de protección, en el segundo bloque, y los factores de vulnerabilidad en el tercer bloque. En el primer caso, segundo bloque, se obtuvo un $\Delta R^2 = .20$. En el tercer bloque, cuando se añadieron los factores de vulnerabilidad, el ΔR^2 obtenido fue de .31.

Tanto los años transcurridos desde el diagnóstico como el control de la ira interiorizada tuvieron un peso negativo, aunque, en el caso del control de la ira interiorizada, su significación fue marginal. Asimismo, la ira interiorizada mostró un peso predictivo positivo.

De este modo, conforme menos años habían transcurrido desde el diagnóstico, menor control de la ira interiorizada había y mayor era la ira interiorizada, más elevada era la falta de adherencia, o menor el cumplimiento, al ejercicio en personas con diagnóstico de ERC.

Respecto a la FA a la disminución del consumo de tabaco, se obtuvieron modelos significativos con los tres grupos de variables empleadas. Cuando se incorporaron el sexo, la variable relativa a los grupos “edad/incidencia” y los factores protectores, en el segundo paso, el ΔR^2 fue de .28. Después de añadir las variables de vulnerabilidad, en el tercer paso, el ΔR^2 fue de .32.

El sexo, los grupos edad/incidencia, la indefensión, la aceptación y la ira exteriorizada mostraron un peso positivo y significativo en la predicción de la FA a la disminución del consumo de tabaco, en contraste con los beneficios percibidos, el control de la ira interiorizada y la dificultad para identificar sentimientos, cuya capacidad predictiva fue negativa.

De esta manera, en los pacientes con diagnóstico de ERC, el hecho de ser mujer, la presencia de menores niveles de beneficios percibidos, control de ira interiorizada y dificultades para identificar sentimientos, y una mayor edad/incidencia, indefensión, aceptación e ira interiorizada se asociaron con una falta de adherencia mayor, y por lo tanto con un menor cumplimiento, a la disminución del consumo de tabaco.

En el caso de la FA a la disminución del consumo de alcohol, los modelos obtenidos con los tres grupos de variables también resultaron significativos. En el segundo bloque, con la introducción del sexo y las variables protectoras, hubo un incremento en R^2 de .13, mientras que, en el tercer bloque y después de añadir las variables de vulnerabilidad, se obtuvo un $\Delta R^2=.21$.

Tanto el sexo como la dificultad para identificar sentimientos resultaron ser predictores negativos, mientras que la ira exteriorizada y el control de ira exteriorizada emergieron como predictores positivos. De ahí que, en pacientes con ERC, ser hombre, informar de una menor dificultad para identificar sentimientos, y presentar un nivel más alto

de ira exteriorizada y de control de este tipo de ira, predecían una mayor falta de adherencia (menor cumplimiento) a la disminución del consumo de alcohol.

Por último, respecto a la FA por apoyo familiar, con la introducción, en el segundo bloque, de la variable grupos “edad/incidencia” y las variables de protección el ΔR^2 fue de .17. En el tercer bloque, cuando se introdujeron los factores de vulnerabilidad, se obtuvo un $\Delta R^2=.18$.

La variable de beneficios percibidos apareció como un predictor negativo mientras que la dificultad para describir sentimientos tuvo un peso positivo.

De esta manera, en personas con diagnóstico de ERC, un mayor grado de beneficios percibidos junto con una menor dificultad para describir sentimientos se asociaron con una mejor adherencia debida al apoyo familiar.

Tabla 87

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA global	Indefensión					.37**
	<i>Variables Protectoras</i>					
	Beneficios percibidos	.55	.30	4.79***(6,71)	.30***	-.42**
	Control ira interiorizada					-.46***
	<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>					
	Indefensión					.29**
	Control ira interiorizada					-.37**
	Ira exteriorizada	.72	.53	3.92***(13,71)	.22**	.50**
FA a la Medicación						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Grupos edad/incidencia	.48	.23	21.98*** (1,71)	.23***	-.48***
	Grupos edad/incidencia					-.31**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Indefensión	.62	.39	5.99*** (7,71)	.15**	.35**
	Control ira interiorizada					-.41**
	Indefensión					.46**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Resiliencia					.29*
	Control ira interiorizada					-.46**
	Dif. Identificar sentimientos	.71	.51	4.23*** (14,71)	.11	-.41**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A50, en pág. 470).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 87 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA reducción rutinas de riesgo						
(ambientes con humo y polvo)						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Años desde diagnóstico	.26	.07	2.60 (2,71)	.07	-.28**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo					.28**
<i>Más Protectoras</i>	Años desde diagnóstico					-.57***
	Beneficios percibidos	.54	.29	3.32** (8,71)	.22**	-.41**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo					.33**
<i>Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Años desde diagnóstico					-.52***
	Aceptación					-.50**
	Resiliencia	.70	.49	3.59*** (15,71)	.19**	-.28**
	Control ira exteriorizada					.45**
	Dif. describir sentimientos					.29**
	Desesperanza					-.46**
FA Ejercicio						
<i>Variables Clínicas</i>		.19	.03	2.71 (1,71)	.03	
<i>Variables Clínicas y Protectoras</i>	Años desde diagnóstico					-.25**
	Resiliencia					-.26*
	Control ira interiorizada	.49	.24	2.93** (7,71)	.20**	-.39**
<i>Variables Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Años desde diagnóstico					-.25**
	Control ira interiorizada					-.24*
	Ira interiorizada	.74	.55	5.03*** (14,71)	.31***	.44**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A50, en pág. 470).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 87 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA disminución Tabaco						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo	.29	.08	3.23** (2,71)	.08**	.29**
	Sexo					.40***
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Aceptación					.36**
	Beneficios percibidos	.60	.37	4.63*** (8,71)	.28***	-.53***
	Control ira interiorizada					-.35**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Sexo					.49***
	Edad/incidencia					.40***
	Indefensión					.24**
	Aceptación					.31**
	Beneficios percibidos	.83	.69	8.62*** (15,71)	.32***	-.25**
	Control ira interiorizada					-.36**
	Dif. Identificar sentimientos					-.57***
	Ira exteriorizada					.78***
FA disminución Alcohol						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.48	.23	21.86*** (1,71)	.23***	-.48***
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Sexo					-.42***
	Aceptación	.61	.37	5.47*** (7,71)	.13**	-.40**
	Control ira exteriorizada					.29**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Sexo					-.43***
	Control ira exteriorizada					.43**
	Dif. Identificar sentimientos	.76	.59	5.90*** (14,71)	.21**	-.33**
	Ira exteriorizada					.54***

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A50, en pág. 470).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla 87 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global y de los distintos aspectos del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA por Apoyo Familiar						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Grupos edad/incidencia	.28	.08	6.32** (1,71)	.08**	.28**
	Grupos edad/incidencia					.33**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Aceptación	.51	.26	3.21** (6,71)	.17**	.36**
	Beneficios percibidos					-.43**
	Control ira exteriorizada					-.30*
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Beneficios percibidos					-.33**
	Dif. describir sentimientos	.66	.44	3.22** (13,71)	.18**	.39**

Nota: En la tabla solo se muestran datos de las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los de vulnerabilidad cuyos coeficientes beta (β) han resultado significativos. Los datos completos de los análisis de regresión se muestran en los anexos (ver Tabla A50, en pág. 470).

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

V DISCUSIÓN

En la presente tesis se ha pretendido examinar una serie de variables psicológicas, sociodemográficas y clínicas, relacionadas con la enfermedad crónica, en una muestra de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial, comparándolos con pacientes que padecían otras patologías crónicas, en concreto, enfermos cardiovasculares no hipertensivos que, además, presentaban hipertensión arterial, y con enfermos respiratorios crónicos. Asimismo se ha tratado de estudiar cómo estos tres grupos de pacientes diferían en los factores psicológicos, sociodemográficos y clínicos, señalados, en contraste con otros pacientes que no presentaban un diagnóstico de enfermedad crónica.

El análisis de los factores psicológicos se ha realizado atendiendo a los posibles efectos de protección o vulnerabilidad que su presencia podía ejercer sobre la enfermedad. De igual modo, se han considerado las estrategias de afrontamiento que podían estar utilizando los pacientes a la hora de manejar su enfermedad.

Los factores protectores que se han estudiado en los tres grupos de pacientes han sido: la aceptación de la enfermedad, los beneficios percibidos, la resiliencia, el control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada; mientras que los factores de vulnerabilidad han sido: la indefensión, la alexitimia, la desesperanza, la depresión, la ansiedad, la ira exteriorizada y la ira interiorizada.

Igualmente se ha tratado de averiguar cuáles eran los posibles efectos de otras variables, como el riesgo percibido y las estrategias de afrontamiento, sobre las cuales no está del todo claro su papel como mecanismos de protección o de vulnerabilidad. En este estudio, no obstante, se ha partido de la base de que aquellas estrategias de afrontamiento que estaban orientadas al problema o centradas en un buen manejo de la emoción resultaban protectoras, mientras que aquellas otras que se asociaban con un manejo disfuncional de las emociones resultaban ser factores de riesgo de un peor ajuste ante la enfermedad crónica.

Por otro lado se ha pretendido investigar cómo estas características protectoras o de riesgo, así como las estrategias que los pacientes empleaban para afrontar su enfermedad, podían estar afectando a dos aspectos de gran relevancia, a saber, la falta de adherencia a los tratamientos y la calidad de vida, mecanismos estos cuyo papel adquiere un matiz especial dentro de las enfermedades crónicas si se tienen en cuenta las características particulares de este tipo de enfermedad.

En este sentido se ha considerado, no solo la falta de adherencia a los tratamientos o la falta de adherencia global, si no, además, la falta de adherencia al conjunto de aspectos del tratamiento abordados desde la consulta del sanitario o que configuran el tratamiento que el paciente debe seguir. Dichos aspectos han englobado, en concreto, la toma de la medicación, la práctica regular de ejercicio, la disminución del consumo de tabaco y alcohol, el apoyo familiar y la reducción de rutinas de riesgo, es decir, la realización de la dieta en pacientes con HTA, ECV+HTA y pacientes sin enfermedad crónica, y la evitación de ambientes de riesgo (con presencia de humos) y limpieza del hogar, en pacientes con ERC.

Con respecto a la calidad de vida, se ha estudiado tanto la calidad de vida total manifestada por los pacientes, como dos de sus componentes globales, a saber la calidad de vida física y la calidad de vida mental.

A continuación se expone de forma más detallada la discusión de los resultados obtenidos.

5.1 Diferencias en Función del Tipo de Enfermedad Crónica

(a) En factores de vulnerabilidad y protección (Objetivo específico 1.1):

En relación con las diferencias existentes en estos factores, según el tipo de enfermedad crónica padecida o en función de si los pacientes presentaban o no una enfermedad crónica, los resultados pusieron de manifiesto mayores niveles en los factores de vulnerabilidad referidos a la ansiedad y depresión en los pacientes que tenían cualquier tipo de enfermedad crónica, frente a aquellos que no la tenían, corroborándose así la primera hipótesis planteada.

Por otro lado, si bien se observó que los pacientes con HTAe indicaban una mayor ansiedad y los pacientes con ECV+HTA una mayor depresión, en comparación con los pacientes con ERC y aquellos que no tenían enfermedad crónica, estas diferencias no resultaron significativas, no apoyándose, por lo tanto, la hipótesis que se había formulado en este sentido (Hipótesis 1.1.1).

Estos resultados se sitúan, en parte, en la línea sugerida por otros estudios acerca de la presencia de mayores niveles de depresión en la ECV, (Jacka et al., 2007; Majed et al., 2012; May et al., 2002; Larson et al., 2001) y de ansiedad en la HTAe (Cheung et al., 2005; Garcia-Vera et al., 2010; Magán et al., 2013; Räikkönen et al., 2001). Sin embargo también podrían reflejar lo sugerido por otras investigaciones (Herrmann et al., 2000; Kirkil et al., 2015; Wiehe et al., 2006), en las cuales se especula que la presencia conjunta de una mayor depresión y ansiedad podría no ser algo inherente a cualquier enfermedad crónica, si no que su presencia individual podría depender de otras características de la enfermedad, que no de su cronicidad, o de su interacción con otros factores, como puede ser la presencia o ausencia de determinados factores de protección o las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Con respecto al factor de vulnerabilidad de la ira interiorizada, tampoco se confirmó la existencia de diferencias significativas según el tipo de patología diagnosticada (hipótesis 1.1.2), ni un nivel significativamente más elevado de ella en los pacientes con HTAe y ECV+HTA, aunque este último grupo de pacientes sí que informó de una mayor ira interiorizada. De esta manera la segunda hipótesis que habíamos formulado no se vio corroborada, y tampoco se apoyó la evidencia mostrada por otros estudios (Everson-Rose et al., 2014; Hosseini et al., 2011) en los cuales se han avalado elevados niveles de ira interiorizada en la ECV en general, y en la hipertensión en particular.

Este dato podría interpretarse siguiendo el mismo argumento que el empleado con respecto a la presencia de ansiedad y/o de depresión, es decir, la existencia de un mayor nivel de la ira interiorizada en la HTAe y en la ECV, o en otras patologías crónicas, podrían depender de la presencia de otras variables no consideradas en este análisis. Es por ello que se hace relevante, tal y como se ha señalado en otros estudios (Alemán y Rueda, 2014) y se pone de manifiesto en esta tesis, la necesidad de considerar otros aspectos sociodemográficos y clínicos a la hora de identificar, evaluar e intervenir sobre los factores emocionales de vulnerabilidad relativos a la ira interiorizada, la ansiedad y la depresión dentro del abordaje de la enfermedad crónica.

En relación con la primera pregunta de investigación planteada (1.1.1), relativa a las diferencias significativas que podía haber en los factores protectores de aceptación de la enfermedad y resiliencia, los resultados sí revelaron la existencia de dichas diferencias significativas en estos factores. En concreto, se constató que los pacientes con HTAe presentaban un grado de aceptación significativamente más alto que los pacientes que no padecían ninguna enfermedad crónica. De igual modo se constató un mayor grado de aceptación de la enfermedad en los pacientes con ECV+HTA, en comparación con los

pacientes con ERC y los que no tenían ninguna enfermedad crónica, si bien estas diferencias, a pesar de lo esperado, no resultaron significativos.

En cuanto a la resiliencia, y conforme a lo esperado, fueron los pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica y los que padecían ERC aquellos que presentaron niveles de resiliencia significativamente más elevados en comparación con el grupo de pacientes con ECV+HTA.

En conjunto estos resultados evidencian, por un lado, la utilización, por parte del enfermo crónico de la aceptación como un posible mecanismo de ajuste ante la enfermedad, siendo esta aceptación particularmente alta en los pacientes con HTAe. Y, por otro, indican el claro papel protector de la resiliencia, variable está que se ha encontrado asociada con la ausencia de enfermedad (Singh et al., 2014) y con un mejor estado de salud, incluso padeciendo algún tipo de patología crónica.

Todos estos resultados obtenidos vienen además a poner de manifiesto la oportunidad de contemplar la actuación conjunta de los aspectos protectores y de vulnerabilidad, lo cual permite definir con una mayor claridad qué tipo de acometida puede ser más útil y efectiva, desde la consulta del sanitario, para tratar a pacientes crónicos y, en particular, a aquellos que presenten hipertensión o alguna otra patología cardiovascular.

Con respecto a la pregunta de investigación 1.1.2, acerca de las diferencias, según el tipo de enfermedad, en el resto de los factores protectores y, en concreto, en los beneficios percibidos, el control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada, los resultados mostraron la existencia de diferencias significativas en el control de la ira interiorizada. En particular, fueron los pacientes con ERC quienes señalaron un mayor control en la ira interiorizada.

Este dato podría explicar de algún modo el que la falta de diferencias significativas que se apreció en la ira interiorizada en pacientes con HTAe y ECV+HTA, podría deberse

también, aparte de a lo ya sugerido acerca de la presencia o no de determinados factores protectores y aspectos sociodemográficos o clínicos, a la falta de control sobre este tipo de ira, antes que a la mera presencia de la misma.

Acercas del resto de factores de vulnerabilidad considerados, esto es, la indefensión, la alexitimia y la desesperanza, y la pregunta de investigación que habíamos formulado en torno a ellos (Pregunta de investigación 1.1.3), los datos señalaron diferencias significativas en la indefensión y la desesperanza. Los pacientes con HTAe fueron quienes informaron de menores niveles de indefensión en comparación con los pacientes de las otras patologías crónicas consideradas e, incluso, de los pacientes que no sufrían ninguna enfermedad crónica.

En contraste los pacientes que tenían ECV+HTA fueron los que indicaron mayores niveles de indefensión, en contraste con quienes no tenían ningún problema crónico. También refirieron una mayor desesperanza, tanto a nivel global como motivacional, frente al resto de los tres grupos, probablemente asociados a un estado de salud que, en cierta medida, resulta irreversible, dado que el evento cardiovascular estará presente de por vida en su día a día, y los pacientes no podrán contar con los recursos sanitarios necesarios que les pueda devolver su línea base de salud, además de que la existencia de niveles altos de desesperanza se asocian con un mayor riesgo de un nuevo evento o enfermedad cardiovascular (Everson et al., 2000). Este grupo de pacientes también informó de una mayor desesperanza cognitiva y afectiva, si bien en este último caso esta puntuación fue significativamente más elevada sólo en contraste con las personas que no tenían ninguna enfermedad crónica. De igual modo, en los pacientes hipertensos también se observó, en comparación con las personas que no presentaban un problema crónico, una mayor desesperanza afectiva.

Por otra parte, no se constataron diferencias significativas entre los grupos de pacientes con respecto a la alexitimia total, datos estos que son congruentes con los escasos estudios previos que indican unos niveles más elevados de alexitimia en la enfermedad

crónica en general (Arancibia et al., 2016; Han et al., 2011; Grabe et al., 2010). No obstante, en los análisis posteriores, se apreció que los pacientes que tenían ERC presentaban una dificultad significativamente más alta para describir los sentimientos, en comparación con los pacientes que no tenían enfermedad crónica, lo cual se podría interpretar indicando que, en las enfermedades crónicas, más que apreciarse diferencias en la alexitimia en términos globales, podrían darse algunas en las dimensiones que la componen, como por ejemplo la dificultad para describir los sentimientos.

En relación con la pregunta de investigación (1.1.4) planteada sobre la existencia de diferencias con respecto al riesgo percibido, según el tipo de patología, se apreció que los pacientes con ECV+HTA eran quienes tenían una mayor percepción de riesgo, y en concreto, de riesgo incontrolable, frente al resto de grupos. Asimismo, el riesgo incontrolable fue significativamente más alto en los pacientes que presentaban HTAe en comparación con las personas que no tenían ninguna enfermedad crónica.

Estos resultados ponen en evidencia el dudoso papel del riesgo percibido como un elemento diferenciador entre las patologías crónicas, y entre la presencia y ausencia de la enfermedad crónica. E, igualmente, apoyan el hecho de que comunicar el riesgo existente al individuo puede no representar un factor protector (Perestelo et al., 2010), ya que el único tipo de riesgo en el cual parece haber diferencias es aquel que no se puede controlar, perdiendo en cierta medida relevancia la actividad de calcular el riesgo cardiovascular individual del paciente para comunicarlo en la asistencia sanitaria, si no es con el objetivo de favorecer un mejor control y una disminución adecuada de los factores de riesgo presentes, a pesar de que pueda seguir siendo adecuado calcularlo para una correcta programación asistencial.

(b) Respetto a las estrategias de afrontamiento (Objetivo específico 1.1):

Dentro del primer objetivo específico, y en relación con la última pregunta de investigación que se planteó acerca de las posibles diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del tipo de enfermedad, los resultados pusieron de manifiesto que los enfermos que tenían ECV+HTA mostraban unos niveles significativamente más bajos que los pacientes sin enfermedad crónica en el uso de algunas estrategias centradas en el problema, como la planificación, y en el de algunas estrategias emocionales adaptativas, como la reevaluación positiva; al mismo tiempo que manifestaban unos niveles también más reducidos en el empleo de estrategias emocionales desadaptativas, como la autoinculpación y la ventilación emocional.

De igual modo, en contraste con los pacientes que tenían una enfermedad crónica respiratoria, los pacientes con ECV+HTA empleaban en menor medida la reevaluación positiva y la ventilación emocional. En cuanto a la ventilación emocional, su uso fue también menor si se les comparaba con los pacientes que tenían HTAe. Es decir, en comparación con los tres grupos, la estrategia de la ventilación emocional fue significativamente más baja en el grupo de pacientes con ECV+HTA.

Por su parte, el grupo con HTAe manifestó un menor uso del humor, frente a los pacientes sin enfermedad crónica y a los pacientes que presentaban enfermedad respiratoria crónica. En la presente tesis, esta estrategia ha sido considerada como emocionalmente desadaptativa por implicar una evitación de la situación. Sin embargo, en un estudio realizado con población general se ha sugerido la posibilidad de que el empleo del humor sea cognitivamente adaptativo, al permitir al individuo centrarse en aspectos positivos de la situación (Kuiper y Nicholl, 2009), en la misma línea de lo sugerido por Scheier et al. (1989) respecto de optimismo disposicional y la ECV. Este planteamiento podría estar indicando la necesidad de fomentar el uso del humor en pacientes con HTAe. O también podría estar

indicando que el paciente hipertenso no muestra una intención activa de evitar su enfermedad, no usando el humor para ello a pesar de sus dificultades para adaptarse y controlarla, y por lo tanto no resultando necesario fomentar el empleo de la estrategia de humor.

Además, en comparación con el grupo de pacientes sin enfermedad crónica, los pacientes con HTAe tendían a ventilar menos las emociones. Asimismo se observó que tanto este grupo de pacientes, como los que tenían ECV+HTA, usaban más la religión en comparación con los pacientes que tenían ERC. Finalmente se constató que los pacientes con ERC utilizaban más la aceptación que los pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica.

En resumen, los pacientes que presentaban ECV+HTA mostraron menos estrategias de afrontamiento activas y orientadas a reevaluar la situación de manera positiva, en comparación con los pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica. Y también tendieron a emplear menos determinadas estrategias emocionales desadaptativas, como la culpa o la ventilación emocional, siendo el empleo de esta última estrategia también menor que el que hacían los pacientes con HTAe. Este resultado podría entenderse bien porque el empleo de estas estrategias realmente no resultara desadaptativo desde el punto de vista emocional en el caso de estos enfermos cardiovasculares, ya que su manifiesta vulnerabilidad podría, en principio, implicar un mayor uso de las mismas, o bien porque su posible desadaptación emocional esté poco asociado al afrontamiento que realicen estos pacientes o esté modulado por otras variables protectoras, o bien porque, como sugieren los hallazgos de Buetow et al. (2001) o Valls y Rueda (2013), los resultados asociados con este tipo de estrategias dependan más de la fase o momento temporal de la enfermedad, que del uso que se haga de las estrategias de afrontamiento en sí mismas.

Por otra parte el hecho de que los pacientes con ERC refirieran un mayor empleo de la ventilación emocional, podría deberse a que estuvieran usando la comunicación de su estado emocional como una estrategia de alivio, en contraste con lo observado en los pacientes con HTAe y con ECV+HTA, quienes recurrían en menor medida a esta estrategia y, en cambio, empleaban más la religión.

(c) En relación a falta de adherencia y calidad de vida (Objetivo específico 1.2):

Respecto del segundo objetivo específico y a la primera hipótesis que en relación con él se formuló, los datos obtenidos confirmaron la existencia de diferencias significativas en la falta de adherencia (FA) global en función del tipo de enfermedad. En concreto, se apreció que los enfermos respiratorios crónicos presentaban una mayor FA tanto a nivel global, como en lo que a la toma de la medicación concernía, en comparación con los pacientes que tenían HTAe y ECV+HTA. Los pacientes de estos dos grupos también presentaron una mejor adherencia a la toma de la medicación que los pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica.

Estos resultados sugieren que, si bien se ha avalado la falta de adherencia al tratamiento dentro de la enfermedad cardiovascular (Ho et al. 2009; Li et al., 2012; Jackevicius, 2008; Márquez et al., 2002), este incumplimiento parece ser un problema común y generalizado en la enfermedad crónica, tal y como sugieren Kripalani et al. (2007), si bien puede haber matices diferenciadores entre el tipo de pacientes con respecto a los distintos aspectos que integran el tratamiento.

El hecho de que la FA global en el grupo de pacientes con ECV+HTA fuera menor probablemente podría deberse a los mayores riesgos que, para la evolución de la enfermedad, implicaría no cumplir con los tratamientos, esto es, una mayor probabilidad de morbi-mortalidad (Khan et al., 2010; OMS, 2015).

Este riesgo, al igual que el sentirse más motivado psicosocialmente por la relativa gravedad de la patología, en línea a lo sugerido por los resultados de Wiesemann et al. (2004), podría generar una implicación más activa del paciente con ECV+HTA, en contraste con el resto de patologías abordadas, en las que las consecuencias del incumplimiento pueden no ser entendidas por el paciente como un factor de riesgo inminente.

No obstante, dado que la falta de adherencia a nivel global fue significativamente más baja en los pacientes con ECV+HTA y HTAe, en comparación con los pacientes ERC, sin apreciarse diferencias entre el grupo de ECV+HTA y el grupo de HTAe, sugiriendo, también podría estar sucediendo que los pacientes hipertensos esenciales podrían estar valorando que un buen cumplimiento del tratamiento permite un buen control de la enfermedad, frente a lo percibido por los pacientes con ERC, o que hubiera otras variables que estuvieran modulando esta adherencia.

En el posterior análisis que se hizo con respecto al conjunto de pautas que integran los tratamientos, sí se observó que los pacientes con HTAe tenían una mayor dificultad a la hora de mantener la adherencia al seguimiento de una dieta sana, en consonancia con los hallazgos de Granados y Gil (2007), en comparación con las personas que no tenían enfermedad crónica alguna. La presencia de una mayor dificultad en los pacientes con HTAe, a la hora de realizar una dieta adecuada, podría estar poniendo de manifiesto el requerimiento de una mayor autorregulación por su parte, frente a los pacientes que no tuvieran ninguna enfermedad crónica, o la existencia de otros factores agravantes, como el sobrepeso (Cosín et al., 2007), que podría estar presente en los pacientes con HTAe de la presente tesis, y no en los que no tuvieran una enfermedad crónica, y generar en aquellos una mayor dificultad para llevar a cabo una dieta sana.

Igualmente, se apreció que los enfermos con ERC informaban de una peor adherencia respecto a la disminución del consumo de tabaco, en comparación con los otros tres grupos

de pacientes. Este dato, siguiendo el argumento anterior referido a los pacientes con HTAe y su dificultad para realizar la dieta, y en este caso, vendría a indicar que sería a los pacientes diagnosticados de ERC a los que les resultaría más difícil modificar el consumo de tabaco.

Estos aspectos apoyan los matices diferenciadores que, dependiendo del tipo de enfermedad, se aprecian con respecto a los distintos comportamientos de riesgo que es preciso modificar con el objeto de mejorar la adherencia al tratamiento. Así, mientras que los pacientes con HTAe fundamentalmente refieren dificultades para ajustar sus hábitos alimenticios (Granados y Gil, 2007; Ruppert et al., 2015), los pacientes con ERC las tienen en relación con la disminución del consumo de tabaco.

Por otra parte, en relación con las hipótesis planteadas respecto a la existencia de diferencias significativas en calidad de vida en función de las distintas patologías crónicas, y la presencia de un nivel más bajo en la calidad de vida en los pacientes con ECV+HTA, dichas hipótesis fueron confirmadas si bien en el caso de la segunda hipótesis formulada (hipótesis 1.2.2) el apoyo fue parcial.

Por un lado se constató que la calidad de vida total, así como la calidad de vida física, y las diferentes dimensiones que ésta comprende, eran significativamente más altas en las personas que no tenían ninguna enfermedad crónica, en comparación con todos los grupos de pacientes que sí presentaban una patología crónica.

Por otro lado se apreció que, en los pacientes con HTAe, la calidad de vida total, la calidad de vida física, y las dimensiones relativas a la salud general y a la función y rol físico, eran significativamente más elevadas que las indicadas por los pacientes con ECV+HTA, probablemente debido a que esta patología comporta unas limitaciones físicas y unas restricciones del día a día, como las dificultades para desplazarse o cargar pesos entre otras, mayores que las que imponen el resto de patologías objeto de este estudio.

En cuanto a la dimensión de calidad de vida mental global y la vitalidad, los pacientes con ECV+HTA presentaron un nivel más bajo que los pacientes que no tenían ninguna enfermedad crónica, resultando evidente la constatada mayor vulnerabilidad emocional de los enfermos con ECV+HTA y la probable influencia negativa de este estado sobre la vitalidad, lo cual apunta a la necesidad de un abordaje específico de la calidad de vida mental de estos pacientes por parte del sanitario. De igual modo, los pacientes con ERC puntuaron más bajo en rol emocional en contraste con los pacientes que no tenían enfermedad crónica.

Estos resultados ponen de manifiesto que la calidad de vida global, y sobre todo la faceta de la funcionalidad física, dentro de lo que es la enfermedad crónica en general, parecen estar negativamente afectadas, independientemente del diagnóstico. No obstante, el daño en las funciones físicas sí parece variar dependiendo del tipo de patología que se padezca y de las limitaciones que ésta comporte, siendo el deterioro mayor si, además de HTA, hay alguna otra enfermedad cardiovascular.

5.2 Diferencias en Función del Sexo y la Duración de la Enfermedad en los Pacientes Crónicos

Respecto a los objetivos planteados para examinar las diferencias en los factores de protección, los factores de vulnerabilidad, las estrategias de afrontamiento, la FA a las pautas de los tratamientos y la calidad de vida en función del sexo, la edad/incidencia y la duración de la enfermedad, los análisis previos pusieron de manifiesto una mayor comorbilidad en los pacientes hombres que presentaban ECV+HTA y en las mujeres que presentaban ERC, así como mayor era la edad/incidencia y la duración de la enfermedad en pacientes con ERC.

Por otro lado, se constató que la presencia de una mayor cantidad de medicación diaria prescrita por el médico era más alta conforme mayor era la edad/incidencia de los pacientes tanto del grupo ECV+HTA como del grupo ERC.

Estos datos, en primer lugar, ponen de manifiesto la necesidad de indagar más, en los tres grupos de pacientes estudiados, acerca de las pautas específicas relativas a la adherencia a los tratamientos, y no relacionadas exclusivamente con la toma de medicación, como por ejemplo la reducción de rutinas de riesgo (esto es, el no llevar una dieta adecuada en los pacientes con ECV+HTA y HTAe, o el no evitar ambientes de riesgo y no seguir consejos de limpieza del hogar en los pacientes con ERC), la práctica regular de ejercicio, la disminución en el consumo de tabaco y alcohol, y el apoyo familiar.

Un mayor conocimiento de estas pautas puede ayudar a lograr un mejor control y adaptación a la enfermedad, a disminuir la cantidad de fármacos necesarios, a mejorar el abordaje de la morbilidad y mortalidad, particularmente en los pacientes con enfermedad cardiovascular o con enfermedad respiratoria crónica, y a controlar el efecto de otras patologías añadidas.

En segundo lugar, estos datos subrayan la conveniencia de considerar otros aspectos sociodemográficos y clínicos a la hora de determinar el grado de adaptación de los pacientes crónicos a su enfermedad.

Además, los resultados pusieron de relieve la pertinencia de la introducción de la edad/incidencia como covariable, lo cual quedó claramente probado mediante su efecto significativo en todos los análisis multivariados realizados.

(a) Respecto a factores de vulnerabilidad y protección (Objetivo específico 1.3):

En cuanto a las diferencias en los factores de protección y vulnerabilidad en función del sexo y la duración de la enfermedad, se confirmó la hipótesis planteada con respecto a las variables de ansiedad y depresión, es decir, las mujeres que tenían HTAe o ECV+HTA informaron de un mayor nivel en estos dos estados emocionales, en comparación con los hombres. Asimismo, en el grupo de pacientes con HTAe, las mujeres puntuaron más alto en alexitimia y más bajo en el factor protector de resiliencia, en comparación con los hombres; mientras que, en contra de lo esperado, los pacientes hombres que tenían ECV+HTA manifestaron mayores niveles de ira exteriorizada.

En cuanto al grupo de pacientes con ERC, se evidenció que las mujeres mostraban mayores niveles de ira interiorizada, así como mayores niveles de control de ira tanto interiorizada como exteriorizada.

En el resto de factores de protección y de vulnerabilidad no se apreciaron más diferencias significativas entre los pacientes hombres y las mujeres dentro cada uno de los grupos considerados.

Estos datos indican la relevancia que tiene el malestar emocional asociado sobre todo con la depresión, la ansiedad y el hecho de ser mujer, factores estos que, como han reflejado algunos estudios previos (Montero et al., 2012; Moser et al., 2003; Räikkönen et

al., 2001), parecen conferir un especial riesgo a los pacientes con enfermedad cardiovascular en contraste con los que padecen otras patologías crónicas. Siguiendo la evidencia aportada por estudios previos respecto a la enfermedad cardíaca (Malik y Afzal, 2015), se sugiere, pues, que una causa probable de mayor vulnerabilidad emocional en las mujeres que tienen enfermedades cardiovasculares en general, podría ser la baja presencia de factores protectores; factores estos que, al menos en lo que concierne a la resiliencia, sí parecen estar más presentes en los hombres hipertensos que en las mujeres hipertensas.

Por otra parte los resultados obtenidos en el grupo de pacientes con ECV+HTA, llevan a plantear el posible papel que podrían estar desempeñando los altos niveles de ira exteriorizada en los hombres que tuvieran este tipo de patología.

Una explicación posible es que esta exteriorización de la ira en los hombres con ECV+HTA, podría estar asociada a una mayor presencia de personalidad “tipo A” en los mismos, teniendo en cuenta también la constatada presencia de elevada hostilidad en la ECV (Chida y Steptoe, 2009), lo cual podría estar generando en estos pacientes la necesidad de manifestar este tipo de ira como mecanismo para disminuir su impacto.

El posible rol protector de la ira exteriorizada sin embargo no parece posible ya que, en las asociaciones que se obtuvieron entre los factores de protección y los de vulnerabilidad, la ira exteriorizada correlacionó negativamente con la resiliencia y positivamente con la desesperanza y depresión. Si bien, estos datos se obtuvieron dentro del grupo de pacientes con ECV+HTA en general, y no sólo en relación con los pacientes varones, sería preciso realizar un análisis más específico, para poder examinar la posible relación negativa de este tipo de ira con los factores de protección, y su asociación positiva con los factores de vulnerabilidad.

Dentro de este tercer objetivo específico y en cuanto a la primera pregunta de investigación que se planteó, respecto a si duración de la enfermedad, o el tiempo de contacto

con ella, podría tener un efecto distinto sobre los factores de protección y vulnerabilidad dependiendo del tipo de enfermedad, los datos obtenidos indicaron que la duración de la enfermedad se asociaba con perfiles diferentes en estos factores según fuera la enfermedad padecida.

Así, la duración de la enfermedad no tuvo ningún efecto sobre los factores de vulnerabilidad y de protección en los pacientes con HTAe, pero sí demostró tener una mayor influencia en los pacientes con ECV+HTA, siendo los niveles de depresión, ira interiorizada y alexitimia total más altos en aquellos pacientes cuya duración de la enfermedad era más larga.

Además se constató un efecto interactivo, en el grupo de pacientes con ECV+HTA, entre la duración de la enfermedad y el sexo, poniéndose de manifiesto que los pacientes hombres, cuando la duración de la enfermedad era menor, indicaban un grado de depresión y ansiedad más bajos. Pero, conforme la enfermedad progresaba, su nivel de depresión y ansiedad era significativamente más alto que el de las mujeres, cuya enfermedad tenía una duración también más larga.

Todos estos resultados avalan el hecho de que la enfermedad parece incrementar el malestar que, de base, pueden tener los hombres con enfermedad cardiovascular, y también justificarían la necesidad de su abordaje en consulta, si bien este abordaje podría ser diferente en los hombres frente a las mujeres. En el caso de los hombres parece que esta intervención se podría centrar en la preparación para poder afrontar la aparición procesos ansioso-depresivos. En cuanto a las mujeres con ECV, parece evidente que el estado emocional negativo resultaba ser más constante, sobre el cual parecía no tener ninguna influencia un mayor contacto con la enfermedad. Estos datos también podrían apoyar lo sugerido en algunas investigaciones (Hippisley-Cox et al., 1998) acerca de que los incrementos en ansiedad y depresión en los hombres que tienen patología cardiovascular pueden ser la base

de su mayor comorbilidad, ya que el aumento de los estados emocionales negativos suele multiplicar por tres el riesgo de desarrollar nuevas patologías.

Los análisis posteriores pusieron de manifiesto, por otra parte, que los mayores niveles de alexitimia total, asociados con una mayor duración de la enfermedad, en el grupo de pacientes con ECV+HTA, podían estar vinculados con la mayor dificultad para identificar sentimientos que se observó en los pacientes cuya enfermedad era más larga.

Este aspecto podría manifestar un funcionamiento desadaptativo en la autorregulación del malestar emocional de los enfermos con ECV+HTA, conforme la enfermedad se fuera prolongando en el tiempo, y el cual podría llevar al paciente a intentar desvincularse de las emociones, ignorándolas, suprimiéndolas o evitándolas. Este argumento podría explicar también la mayor dificultad manifestada por las mujeres, frente a los hombres, a la hora de identificar los sentimientos, teniendo en cuenta su mayor vulnerabilidad así como la interacción entre el sexo y duración de la enfermedad que se obtuvo, con respecto a esta variable, y que también resultó significativa. De este modo, mientras que la dificultad para identificar los sentimientos en la mujer con ECV+HTA parece ser elevada y más constante, en los hombres esta dificultad parece incrementarse significativamente conforme la duración de la enfermedad se va haciendo más larga.

Estos datos concuerdan también con los obtenidos respecto a la ansiedad y depresión en los hombres con ECV+HTA, y por tanto apuntalan más la idea del uso desadaptativo de la dificultad para identificar sentimientos como mecanismo para regular el malestar emocional en pacientes con ECV+HTA.

En el grupo de pacientes con ERC también se observaron diferencias significativas con respecto a los factores de protección y vulnerabilidad en función de la duración de la enfermedad, además de encontrarse un efecto interactivo entre esta variable y el sexo.

Por una parte, los pacientes que padecían la enfermedad desde hacía más tiempo informaron de mayores niveles de depresión, y de unos niveles de aceptación, beneficios percibidos y control de la ira exteriorizada más bajos, siendo estos factores protectores más elevados cuando la duración de la enfermedad era menor.

Por otra parte el control de ira interiorizada y el control de ira exteriorizada aumentaron en los hombres con ERC conforme mayor era la duración de la enfermedad. Además, en las etapas iniciales de la enfermedad en los ERC, los hombres expresaron mayores beneficios percibidos que las mujeres, mientras que conforme se incrementaba la duración de la enfermedad, los hombres revelaron menores niveles de depresión y de alexitimia total y una mayor ira interiorizada que las mujeres.

(b) Con respecto a las estrategias de afrontamiento y el riesgo percibido (Objetivo específico 1.3):

Con respecto a la tercera pregunta de investigación planteada dentro de este tercer objetivo específico, los datos revelaron diferencias significativas en el riesgo percibido y las estrategias de afrontamiento, dentro de cada grupo de pacientes, y en función del sexo y la duración de la enfermedad crónica.

En relación al riesgo percibido en los pacientes con ECV+HTA, los hombres revelaron un mayor riesgo percibido total en comparación con las mujeres. Este resultado no resultó significativo en el grupo de pacientes con HTAe, situándose así en la línea del argumento ya expuesto acerca de la probable evaluación realizada por estos pacientes de su patología como menos grave.

En el caso de los pacientes con ECV+HTA, los análisis posteriores solo mostraron diferencias significativas en la subescala de riesgo incontrolable, y marginalmente significativas en la de riesgo desconocido, siendo los hombres quienes puntuaron en mayor medida en estas subescalas frente a las mujeres. Este resultado avala la dudosa eficacia que,

como elemento protector, puede tener el hecho de comunicar el riesgo existente al paciente, ya que es sobre las dimensiones de riesgo conocido y controlable sobre las que realmente el individuo puede actuar. Sin embargo, en el grupo de pacientes en el que el riesgo percibido resultó ser relevante, es decir en el de pacientes con ECV+HTA, no se obtuvieron diferencias significativas en estas dimensiones.

En los pacientes que presentaban ERC, y en concreto los hombres, también refirieron mayores niveles de riesgo incontrolable, en comparación con las mujeres aunque esta significación fue marginal. De igual modo, fueron también los pacientes hombres, cuya enfermedad se asociaba con una mayor duración (más de tres años), los que informaron de un mayor riesgo total y conocido, en comparación con las mujeres cuya ERC era también de larga duración, reflejándose así menores niveles de riesgo percibido desconocido conforme mayor era la duración de la enfermedad.

Este dato resulta lógico dado que el riesgo percibido acerca del cual se les preguntaba a estos pacientes estaba referido al desarrollo de una enfermedad cardiovascular, riesgo éste que estos pacientes podrían no percibir como cercano, a pesar de que podrían tener un riesgo real elevado de llegar a sufrir ECV. Este resultado apunta también la necesidad de clarificar qué aspectos en la comunicación del riesgo cardiovascular, y en particular del riesgo conocido, puedan estar influyendo en que el comunicar el riesgo de desarrollar una ECV no se haya expresado con un impacto significativo en pacientes crónicos en general y cardiovasculares en particular, cuando ya tienen un contacto con las limitaciones que una patología crónica puede generar.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, también se pudieron apreciar diferencias en función de las variables sociodemográficas y clínicas.

Así, en los pacientes con HTAe, se encontró que eran los hombres los que empleaban más estrategias instrumentales adaptativas, como la planificación, resultado ése que va en la

línea de lo mostrado en algún estudio (Ofman et al., 2014), y estrategias emocionalmente adaptativas, como la aceptación; mientras que las mujeres tendían a usar más el apoyo en la religión.

Este último resultado pone en duda el posible carácter adaptativo que podría tener el apoyo en la religión, teniendo en cuenta la alta vulnerabilidad que la mujer con HTAe parece tener, y que se hace evidente a través del menor uso de estrategias adaptativas y de una resiliencia más baja, en contraste con los hombres, pudiendo estar cumpliendo esta estrategia de uso de la religión una función similar a la que podría proporcionar el apoyo emocional y social, de desconexión más que de protección en base a la alta vulnerabilidad expresada por las mujeres. También se podría interpretar que el recurso de la mujer con HTAe a la religión podría ser fruto de aspectos socioculturales específicos de la población objeto de estudio en esta tesis, antes que de la experiencia de la propia enfermedad.

Dentro del grupo de pacientes con ECV+HTA, por una parte, se apreció que los pacientes que tenían la enfermedad desde hacía más de tres años presentaron más estrategias desadaptativas, como la culpa, y menos estrategias adaptativas, como la aceptación y la religión, en comparación con los pacientes cuya enfermedad tenía una duración menor; todo lo cual pone de manifiesto la asociación de un peor afrontamiento de la enfermedad conforme aumenta la duración de ésta en los pacientes que padecen ECV+HTA, relación ésta que, sin embargo, resultó relevante en los pacientes con HTAe. Este dato, por el contrario, no apoya la evidencia encontrada hasta el momento (Van Elderen et al., 1999), si bien en el estudio de Van Elderen et al. (1999) las muestras empleadas fueron captadas inmediatamente después del evento coronario y con un seguimiento a los doce meses. En la presente tesis, sin embargo, los enfermos cardiovasculares seleccionados tenían un diagnóstico de enfermedad cardiovascular de más de doce meses, y, en el momento de efectuarse el estudio, estaban incorporados a sus rutinas habituales.

Asimismo, en los pacientes con ECV+HTA se pudo observar una interacción de la duración de la enfermedad con el sexo, poniéndose de manifiesto que la duración de la enfermedad tendía a asociarse con un afrontamiento más desadaptativo en los hombres en comparación con las mujeres. De este modo los pacientes hipertensos hombres inicialmente usan más apoyo emocional, el cual disminuye con el aumento del número de años con la enfermedad, a la vez que hacen un mayor uso de estrategias desadaptativas, como la ventilación emocional, conforme la duración de la enfermedad es más larga. En la mujer hipertensa, sin embargo, el aumento de años desde el diagnóstico de la enfermedad se relacionó con un uso más elevado de la estrategia adaptativa de apoyo emocional y con una disminución en la ventilación emocional.

En este sentido, cabría decir que las mujeres con ECV+HTA podrían estar haciendo un mayor uso de la ventilación emocional como una estrategia para adaptarse a su constatada vulnerabilidad emocional, mostrando así un posible carácter adaptativo durante las primeras fases de la enfermedad, tal y como sugieren algunas investigaciones (Van Elderen et al., 1999), aunque este perfil puede luego no ser suficientemente adecuado para hacer frente al conjunto de factores que intervienen en la enfermedad.

Los enfermos respiratorios crónicos (ERC), por su parte, también manifestaron un patrón distinto en el uso de estrategias de afrontamiento, según el sexo y la duración de la enfermedad. De nuevo se apreció en los hombres un mejor afrontamiento de la enfermedad, en comparación con las mujeres, empleando estrategias como una mayor aceptación, y una menor distracción y desconexión conductual, si bien tendían a usar en mayor medida otra estrategia presumiblemente desadaptativa, como el humor, o una reevaluación positiva más baja.

Las mujeres con ERC, por su parte, hacían un mayor uso de estrategias emocionalmente desadaptativas, como la autodistracción y la desconexión conductual, si

bien, con el aumento de la duración de la enfermedad, parecían adoptar estrategias más adaptativas como el afrontamiento activo y el apoyo emocional.

Con respecto a la duración de la enfermedad, los pacientes con ERC que se encontraban en las fases iniciales de su enfermedad hacían un uso de estrategias más adaptativas, en contraste con los pacientes cuya enfermedad tenía una mayor duración, recurriendo así a un mayor afrontamiento activo, y a estrategias emocionalmente adaptativas, como el apoyo emocional y la aceptación, y a una menor desconexión conductual; si bien empleaban en mayor grado el humor, lo cual apunta de nuevo a que el uso del humor podría estar confiriendo un carácter protector, tal y como sugieren Kuiper y Nicholl (2004).

Por otro lado, y dado que se apreció que los factores protectores, como la aceptación de la enfermedad o los beneficios percibidos, disminuían con el aumento del número de años de diagnóstico dentro de este grupo de pacientes, se podría interpretar que, en las fases tardías de la enfermedad, estos pacientes, a la hora de manejar su enfermedad, podrían estar supliendo la presencia de estos factores protectores, los cuales requieren una mayor persistencia mental, por otras estrategias puntuales de afrontamiento adaptativas. En este sentido es preciso señalar que la enfermedad respiratoria, sobre todo inicialmente y hasta una edad avanzada, consiste fundamentalmente en una serie de procesos agudos, puntuales, estacionales y cíclicos que no requieren persistencia a la hora de aceptarla, percibiéndose a corto plazo los beneficios ya que hay menos recaídas; mientras que en las fases más avanzadas se producen más recaídas, se perciben menos beneficios y aceptar las complicaciones de la enfermedad resulta más difícil.

(c) En relación a falta de adherencia y calidad de vida (Objetivo específico 1.4):

En cuanto al cuarto objetivo específico y a la pregunta de investigación planteada al respecto (1.4.1), se pudieron constatar diferencias significativas en los factores de FA a los

tratamientos y la calidad de vida en función del sexo y la duración que tenía la enfermedad crónica.

Así, las mujeres con HTAe presentaron una peor calidad de vida total, y una calidad más baja en lo que a la dimensión de salud mental se refiere, y mejor calidad en el componente físico. Estos resultados van en línea de lo sugerido en estudios previos (Comín-Colet et al., 2016; Brink et al., 2002; Wiklund et al., 1993), a la vez que ponen de manifiesto la mayor vulnerabilidad emocional que presentan las mujeres que padecen HTAe, y que viene constatándose en los datos previos comentados a lo largo de esta discusión.

Respecto a la falta de adherencia (FA), las mujeres también pusieron de manifiesto una peor adherencia a la medicación y un mayor cumplimiento en cuanto a la disminución del consumo de tabaco y alcohol. Estos resultados, en parte, no concuerdan con los mostrados por otras investigaciones, en las que se ha puesto de manifiesto que las mujeres tenían una mejor adherencia, en comparación con los hombres (Ross et al., 2004), si bien en ese estudio se evaluó exclusivamente a la adherencia al consumo de medicamentos.

Por otro lado, considerando la constatada vulnerabilidad expresada por las mujeres, estos resultados tampoco concuerdan con otros hallazgos en los que aprecia la relación entre el malestar emocional y una mayor frecuencia de hábitos nocivos (Kim et al., 2003; Rueda y Pérez-García, 2007), aunque es preciso indicar que en estas investigaciones no se establecieron diferencias entre hombres y mujeres.

En otros estudios, sin embargo, sí se han encontrado resultados que avalan los obtenidos en la presente tesis por las mujeres hipertensas, en la línea de seguir una mayor adherencia con respecto a las pautas de eliminar el consumo de tabaco y reducir el consumo de alcohol (Alemán y Rueda, 2013).

A pesar de estas discrepancias, se hace evidente que, a la hora de examinar la adherencia a los tratamientos, es preciso contemplar todos los elementos o factores de riesgo

que la integran, y sobre los que se debe actuar, además de otras variables sociodemográficas relevantes, como es el sexo.

También se observaron diferencias, dentro de este grupo de pacientes, que afectaban a la adherencia al tratamiento según fuera la duración de la enfermedad. En los pacientes que se encontraban en las etapas iniciales después del diagnóstico, la FA a la disminución al consumo de alcohol era más alta, y por lo tanto realizaban un peor cumplimiento de esta pauta, en contraste con los pacientes en los cuales la presencia de la HTAe tenía una mayor duración. Sin embargo, estos últimos pacientes presentaron un mayor incumplimiento para disminuir una rutina de riesgo, la cual era llevar una dieta poco saludable, dato éste que de nuevo apoya lo constatado acerca de que, en los pacientes con HTAe, hay una particular dificultad para seguir la dieta o el tratamiento en general conforme la duración de éste se hace más larga (Alemán y Rueda, 2014; Li et al., 2012).

En contraste con el grupo anterior, en los pacientes con ECV+HTA no se apreciaron diferencias en función del sexo y la duración de la enfermedad en la calidad de vida. En cuanto a la FA con respecto a las pautas del tratamiento, los hombres manifestaron un peor cumplimiento en cuanto a la disminución del consumo de tabaco, mientras que en las mujeres el cumplimiento con respecto al seguimiento de la dieta fue peor.

Estas diferencias, si bien resultaron ser marginalmente significativas, concuerdan con los datos encontrados en el grupo de pacientes con HTAe, en cuanto a una menor adherencia en la disminución del consumo de tabaco en hombres, y en el seguimiento de una dieta saludable en las mujeres.

En el grupo con ERC se observó que, contrariamente a lo mostrado por las mujeres con HTAe, las mujeres con ERC se adherían peor a la disminución del consumo de tabaco y de ciertas rutinas de riesgo (en su caso, la evitación de ambientes de riesgo/consejos limpieza

del hogar), en comparación con los hombres. Estos, a su vez, revelaron una mayor FA a la disminución del consumo de alcohol.

Finalmente, en este grupo de pacientes, se encontró, por un lado, una mayor FA a las rutinas de riesgo, tales como la evitación de ambientes de riesgo o seguir los consejos sobre la limpieza del hogar, y una FA también más elevada con respecto a realizar ejercicio en las fases iniciales después del diagnóstico. Este último resultado podría entenderse teniendo en cuenta que la realización del ejercicio requiere de la presencia de más habilidades de autorregulación en los pacientes recién diagnosticados, resultándoles por lo tanto más difícil la adherencia a este tipo de rutinas.

Por otro lado en este grupo fue el único donde se obtuvo un efecto interactivo entre el sexo y la duración de la enfermedad. Así, los hombres cuya enfermedad tenía una duración de más de tres años informaron de una mayor FA a la hora de evitar los ambientes de riesgo, en comparación con las mujeres cuya duración era también de más de tres años. Los hombres con más años de contacto con la enfermedad (más de tres años) también presentaron una FA más alta con respecto a la práctica de ejercicio y a la disminución del consumo de tabaco, en contraste con los pacientes hombres con menos años de diagnóstico (menos de tres años). Estos resultados vendrían a demostrar que en la ERC, el ser hombres en general y el presentar la enfermedad una duración larga se asocia con peor adherencia a los tratamientos.

Resulta también llamativo el dato de que las mujeres con ERC y con más años de diagnóstico refirieron tener una mayor calidad de vida total, en comparación con las mujeres cuya enfermedad tenía una duración inferior a los tres años.

Ello se podría explicar teniendo en cuenta la evidencia hallada acerca de la peor adherencia en hombres con más años de diagnóstico y de una probable mayor adherencia en las mujeres con más años de contacto con la enfermedad, lo cual podría repercutir en una mejor calidad de vida en las mujeres. De hecho, en los análisis posteriores se encontraron

diferencias con respecto a los componentes mental y físico, en función del sexo y la duración de la enfermedad, siendo mayor la calidad de vida física y mental en las mujeres cuya enfermedad era más larga, en contraste con lo observado en los hombres en quienes ambas dimensiones disminuyeron.

5.3 Relaciones entre Factores de Protección, Factores de Vulnerabilidad y Estrategias de Afrontamiento (Objetivo Específico 2.1)

(a) Asociaciones de factores protectores con factores de vulnerabilidad:

Los análisis previos de las intercorrelaciones entre los factores de protección arrojaron unas correlaciones positivas en general entre moderadas y altas. Por ejemplo, la correlación entre la resiliencia y la aceptación en el grupo de pacientes con ECV+HTA fue alta, siendo más pequeña en el caso de los pacientes con HTAe y de los que presentaban ERC.

Es de destacar también que el control de la ira tanto interiorizada como exteriorizada se relacionó de forma positiva y moderada con el resto de los factores de protección en el grupo de pacientes con ECV+HTA, lo cual podría demostrar el papel positivo que esta forma de gestionar la ira podría tener en este tipo de pacientes.

Sin embargo, en las personas con HTAe, si bien el control de la ira interiorizada correlacionó positivamente con todos los factores de protección, y teniendo en cuenta que el tamaño de estas correlaciones fue bajo, el control de la ira exteriorizada solo se asoció de manera significativa y positiva con la aceptación.

En contraposición, en los pacientes con ERC, el control de la ira exteriorizada se asoció de forma positiva con los factores de protección, mientras que el control de la ira interiorizada no se relacionó con ninguno de estos factores.

Estos datos ponen de relieve cómo el tipo de control de ira puede ser beneficioso dependiendo del tipo de pacientes que se considere, y, por lo tanto, la posible influencia positiva del control de la ira puede depender de otros factores, entre ellos, del tipo de patología.

Estos datos, además, estarían en línea de lo sugerido en otros trabajos, respecto al efecto protector del control de la ira en ECV (Janowski et al., 2014; Kubzansky et al., 2011), en los cuales se indica una asociación (aunque débil) entre la aceptación y el control de

emociones negativas como la ansiedad y la depresión, si bien en estos estudios se seleccionaron pacientes crónicos con distintas patologías.

Por otra parte, los datos obtenidos permitieron responder a la pregunta de investigación 2.1.1, apreciándose que las relaciones entre los factores protectores y los de vulnerabilidad fueron negativas y siendo el tamaño de las correlaciones entre bajo y moderado. Fundamentalmente la aceptación y la resiliencia correlacionaron, en los grupos de pacientes con HTAe y ECV+HTA, de manera negativa con la mayoría de los factores de vulnerabilidad.

Sin embargo, en el grupo de pacientes con ERC, solo la aceptación y la resiliencia se asociaron moderada y negativamente con la desesperanza total, la depresión y la ansiedad. La resiliencia además se asoció negativamente con la dificultad para describir sentimientos.

En este grupo se encontró también que la indefensión, por una parte, se asoció negativamente con la aceptación, al igual que había ocurrido en los otros grupos de pacientes. Este resultado pone de manifiesto que el hecho de aceptar la enfermedad no parece suponer una forma pasiva de resignarse ante la misma, sino un aceptar los inconvenientes que ésta conlleva de forma activa; evitando que supongan un obstáculo para poder continuar desempeñando, con una relativa normalidad, el resto de funciones y de actividades del día a día.

Por otra parte la indefensión se relacionó con un mayor control de la ira interiorizada, lo cual pone de relieve que, mientras que en los pacientes con HTAe y ECV+HTA, el control de ira parece actuar como un mecanismo protector, en los pacientes con ERC el control de la ira interiorizada parece asociarse con una mayor sensación de indefensión, pudiendo conferir al paciente una menor percepción de control y, por lo tanto, una mayor vulnerabilidad. El control de la ira exteriorizada, por su parte, sí pareció actuar como una variable protectora en estos pacientes.

Asimismo, en estos pacientes, el hecho de percibir beneficios en la enfermedad, aunque correlacionó con un menor grado de desesperanza, también se asoció con una mayor dificultad para describir los sentimientos.

Finalmente, en cuanto a la asociación de los factores de protección con el riesgo percibido, los datos de la presente tesis indicaron la exigua relevancia del riesgo percibido, no siendo posible así esclarecer su actuación como mecanismos de protección o de riesgo.

(b) Asociaciones de factores protectores con estrategias de afrontamiento:

Con respecto a la relación entre los factores protectores y las estrategias de afrontamiento (pregunta de investigación 2.1.2), en los distintos grupos de pacientes, los resultados obtenidos señalaron que, tanto en el grupo de pacientes con HTAe como en el de pacientes con ECV+HTA, la resiliencia se asoció con un mayor uso de estrategias adaptativas, como la planificación y el afrontamiento activo, poniéndose de relieve su claro carácter protector, y con estrategias centradas en el manejo adaptativo de la emoción, como la aceptación y la reevaluación positiva. Estas estrategias también aparecieron relacionadas con un mayor control de la ira interiorizada en las personas que padecían HTAe y en las que tenían ECV+HTA, probablemente por la estabilidad emocional que la utilización de dichas estrategias podría proporcionar en el paciente cardiovascular (Valls y Rueda, 2013), supuesto éste que además vendría apoyado por la asociación que se observó en los pacientes con ECV+HTA entre la resiliencia y una mejor calidad de vida mental.

En este grupo de pacientes se encontró también que la aceptación de la enfermedad correlacionó con un uso más elevado de la estrategia de aceptación y un menor empleo de la desconexión conductual, lo cual pone de manifiesto la importancia que tiene, como elemento protector, la puesta en marcha de una estrategia que suponga una adecuada aceptación de la enfermedad, así como una implicación activa por parte del paciente para poder tolerar la situación aversiva que supone el padecimiento de la enfermedad cardiovascular.

En el grupo de pacientes con HTAe la aceptación se relacionó positivamente con la estrategia de afrontamiento de aceptación, pero no negativamente con la desconexión conductual, quedan insinuados los resultados en el sentido que tal vez el paciente con ECV+HTA afronta la aceptación de la enfermedad más activamente que el paciente con HTAe.

Finalmente, en el grupo de pacientes con ERC, la aceptación, la resiliencia y los beneficios percibidos se asociaron con un mayor uso de la planificación, lo cual revela la importancia que puede tener, en el abordaje de esta enfermedad, planificar la actuación. La resiliencia y los beneficios percibidos también correlacionaron con el uso de una estrategia de afrontamiento emocional más adaptativa, como era la reevaluación positiva. De igual modo la resiliencia, al relacionarse con un menor uso de la desconexión conductual en este tipo de pacientes, podría favorecer una mejor adherencia a las pautas del tratamiento.

5.4 Relaciones de Factores de Protección y Vulnerabilidad con Falta de Adherencia y Calidad de Vida (Objetivo Específico 2.2)

(a) Factores de protección, falta de adherencia y calidad de vida:

La primera hipótesis planteada en cuanto a la asociación positiva de la aceptación y la resiliencia con la calidad de vida, y negativa con la FA a los tratamientos, en los tres grupos de pacientes (objetivo específico 2.2.1) se confirmó parcialmente.

Ambos factores de protección, por una parte, se asociaron positivamente con la calidad de vida total, la calidad de vida física y la calidad de vida mental en todas las patologías crónicas consideradas (HTAe, ECV+HTA y ERC). Este resultado pone de relieve la influencia positiva que la aceptación y la resiliencia pueden tener como factores de protección en lo que a la funcionalidad del paciente crónico en general respecta, evidencia ésta que ha sido constatada en otros estudios centrados en distintas enfermedades (Karademas y Hondronikola, 2010; Malik y Afzal, 2015; Vinaccia y Quinceno, 2011). Dado que no se ha encontrado evidencia específica en pacientes con HTA, los datos hallados en la presente tesis vienen a ampliar el conocimiento sobre cómo pueden funcionar la aceptación y la resiliencia en este tipo de pacientes.

Por otra parte, la aceptación de la enfermedad y resiliencia se asociaron con una menor FA a las pautas del tratamiento solo en los pacientes con HTAe y ECV+HTA, siendo además el patrón de relaciones diferente en cada grupo de pacientes.

Así, mientras que en el grupo de hipertensos esenciales (HTAe) la aceptación se relacionó con una FA más baja a las distintas acciones comprendidas dentro del tratamiento, incluido la FA global, en los otros dos grupos de pacientes estas relaciones no resultaron significativas. Este dato podría reflejar el claro carácter protector que la aceptación de la enfermedad parece tener en los pacientes con HTAe, frente a otros pacientes crónicos con distinta patología, incluyendo la ECV+HTA.

Por otra parte, tanto en los pacientes con HTAe como en los que presentaban ECV+HTA, la resiliencia se asoció con una FA global y una FA a la medicación más bajas, es decir, con una mejor adherencia a nivel global y en lo que a la toma de la medicación se refería. En el grupo con HTAe, la resiliencia también se asoció con una menor FA a la práctica regular de ejercicio y, en el grupo de pacientes con ECV+HTA, con una menor FA a la reducción de las rutinas de riesgo, esto es, con un mejor seguimiento de una dieta adecuada, y una menor FA la disminución del consumo de tabaco.

De este modo, a tenor de los datos obtenidos parece que, mientras que la aceptación y la resiliencia se mostraron ligadas a una mejor calidad de vida o funcionalidad en general del paciente crónico, en relación con la adherencia a los tratamientos, la aceptación y la resiliencia resultaron particularmente relevantes en el grupo de pacientes con HTAe a la hora de promover un mejor cumplimiento del tratamiento. En el grupo de pacientes con ECV+HTA, la resiliencia apareció como el factor de protección que se asociaba en mayor medida con una mejor adherencia a las diferentes pautas del tratamiento, particularmente el seguimiento de la dieta, la toma de la medicación y la disminución del consumo de tabaco.

En cuanto a los resultados hallados respecto a los beneficios percibidos (ver Hipótesis 2.2.2) también confirmaron parcialmente la hipótesis planteada, respecto a su asociación positiva con la calidad de vida, y a la relación negativa con la FA a los tratamientos.

En el grupo con HTAe, en concreto, el hecho de percibir beneficios en la enfermedad se asoció con una menor falta de adherencia a todas las pautas del tratamiento, a excepción de la relativa a la disminución del tabaco, asociación ésta que no resultó significativa.

Estos resultados vienen a confirmar cómo la percepción positiva de la HTA, en el sentido de ser capaz de extraer aspectos positivos de la misma, puede ser un factor que promueva una mejor adherencia al tratamiento de la HTAe, si bien es preciso destacar que

los beneficios percibidos no se asociaron, en este grupo de pacientes, con ningún aspecto relativo a su calidad de vida.

En contraste, dentro del grupo de pacientes con ECV+HTA, los beneficios percibidos sí correlacionaron con una mejor calidad de vida total, física y mental, no resultando significativa su asociación con la adherencia a las pautas del tratamiento.

En la línea mostrada en el argumento anterior, se podría señalar que en los pacientes que tienen ECV+HTA extraer aspectos positivos de la enfermedad parece favorecer una mejor adaptación y funcionamiento en el día a día, pero no una mayor adherencia a los tratamientos, la cual es ya en estos pacientes elevada. Por lo tanto el hecho de percibir aspectos positivos de la enfermedad puede que, en estos pacientes, no incluya la valoración de los beneficios del tratamiento, debido a que estos son menos visibles y se consiguen a más largo plazo, de ahí su menor efecto sobre la adherencia.

Asimismo se podría especular que los beneficios percibidos en los pacientes con ECV+HTA, podrían asociarse con un compromiso más activo con el tratamiento, dadas las altas puntuaciones que estos pacientes obtuvieron en cuanto al cumplimiento de las pautas del tratamiento, en comparación con las otras enfermedades.

En el grupo de pacientes con ERC, los beneficios percibidos se asociaron con una mejor calidad de vida mental y física, y una menor FA considerada tanto a nivel global, como en relación con la disminución del consumo de tabaco, la reducción de rutinas de riesgo, es decir, evitar ambientes con humos y limpieza hogar, y la debida al apoyo familiar.

Parece, por lo tanto, que la presencia de los beneficios percibidos se asoció con un efecto diverso dependiendo de la patología padecida. A este respecto puede señalarse además que, en el caso de la HTAe, los beneficios resulten más visibles a corto y medio plazo, mientras que en los pacientes con ERC los beneficios pueden ser menos perceptibles al

tratarse, la mayoría de las veces, de una enfermedad en la que hay ciclos alternos de fases agudas.

En cuanto la relación del control de la ira exteriorizada y el control de la ira interiorizada con la calidad de vida y la FA a los tratamientos (pregunta de investigación 2.2.1), los resultados obtenidos revelaron que el control de la ira exteriorizada se asociaba con una mejor calidad de vida en cualquiera de las patologías crónicas contempladas (esto es, HTAe, ECV+HTA y ERC), no asociándose, por el contrario, con la falta de adherencia a ninguna de las pautas del tratamiento en los tres grupos de pacientes.

El control de ira interiorizada, por su parte, se asoció con una mejor calidad de vida total tanto en los pacientes que presentaban HTAe como en los que tenían ECV+HTA, no resultando esta asociación significativa en los pacientes con ERC. En los pacientes hipertensos, además, el control de la ira interiorizada se relacionó con una calidad de vida mental más elevada, mientras que en los pacientes con ECV+HTA correlacionó con una mejor calidad de vida física.

Considerando la FA al tratamiento, el control de la ira interiorizada se asoció con una menor FA a un mayor número de conductas en el grupo de ERC; mientras que en los pacientes con HTAe, un mejor control de la ira interiorizada se relacionó con una FA más baja, y por lo tanto mejor cumplimiento, del seguimiento de la dieta y la práctica de ejercicio. En el caso del grupo de pacientes con ECV+HTA, esta variable correlacionó también con una FA más baja en lo que a la medicación se refiere.

Estos resultados podrían estar explicando la posibilidad, ya comentada, de que la ausencia de diferencias significativas en los niveles de ira interiorizada en los pacientes con HTAe y en los que presentaban ECV+HTA, en comparación con las encontradas en otras patologías crónicas (Everson-Rose et al., 2014; Hosseini et al., 2011), podría deberse, en la presente tesis, a la presencia de un mayor control de esta emoción en estos dos grupos,

pudiendo ser el control de esta emoción el responsable de no que se apreciaran diferencias significativas en la ira interiorizada entre los pacientes con HTAe y ECV+HTA, en comparación con los pacientes con ERC.

(b) Factores de vulnerabilidad, falta de adherencia y calidad de vida:

Con respecto a la relación de los factores de vulnerabilidad con la calidad de vida y la FA al tratamiento, los resultados dieron un apoyo parcial a la hipótesis que, en ese sentido, se había formulado (hipótesis 2.2.3), al confirmarse la asociación negativa de la depresión, la ansiedad y la desesperanza con la calidad de vida total, física y mental en los tres grupos de pacientes crónicos (HTAe, ECV+HTA y ERC), resultados estos que se encuentran en consonancia con los hallazgos obtenidos en otras investigaciones (Sprigg et al., 2013; Yildirim et al., 2013).

En cuanto a la falta de adherencia al tratamiento, en el grupo de pacientes con HTAe, la depresión, la ansiedad y la desesperanza se asociaron con una mayor FA global y a la toma de la medicación. La ansiedad y desesperanza también se relacionaron positivamente con la FA a la hora de reducir rutinas de riesgo, esto es, con el seguimiento de una dieta menos saludable, corroborando todos estos resultados la evidencia encontrada en otros estudios (Gentil et al., 2012; Joyner et al. 2012; Najimi et al., 2016). La ansiedad, además, correlacionó de manera positiva con la FA al ejercicio.

En el grupo de pacientes con ECV+HTA, se apreció que un mayor nivel de desesperanza y ansiedad se relacionaban con una FA global más elevada, datos estos que van en la dirección sugerida por otras investigaciones (Pająk et al., 2013). De igual modo, la depresión y la ansiedad correlacionaron con una mayor FA a la reducción de las rutinas de riesgo, esto es la realización de una dieta poco saludable, relacionándose la ansiedad también con una FA más elevada a la hora de disminuir el consumo de alcohol. Estos resultados vienen a ratificar, por lo tanto, la peor adherencia al tratamiento en aspectos que van más allá

de la toma de medicación, tal y como han planteado Peters y Lumley (2007), aunque algún estudio haya encontrado asociaciones distintas a las expresadas en la presente tesis respecto al consumo de tabaco y la inactividad física (Anda et al., 1993).

Dentro del grupo de pacientes con ERC la ansiedad, la depresión y la desesperanza no se relacionaron de forma significativa con la FA a ninguna de las pautas del tratamiento, lo cual refuta algunos resultados, como los señalados por Qian et al. (2014), aunque en ese estudio se atendieron aspectos centrados en el tratamiento farmacológico mientras que, en la presente tesis, se han incluido también elementos de tratamiento no farmacológicos.

Los resultados comentados a lo largo de este apartado ponen de manifiesto la necesidad, de detectar y abordar psicológicamente, particularmente dentro de la enfermedad cardiovascular en general, los factores de desesperanza, depresión y ansiedad con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente, siendo por ello preciso evaluarlos desde la consulta del sanitario; así como proporcionar al paciente, desde la consulta de Atención Primaria, una serie de herramientas para poder controlar y manejar la ansiedad y la depresión con las que ayudarle a mejorar tanto su calidad de vida como una mejor adherencia a los tratamientos.

Estos datos están, también, en consonancia con los obtenidos con el conjunto de factores de vulnerabilidad, los cuales, dando respuesta a la hipótesis 2.2.4, confirman su asociación con una peor calidad de vida física y mental en los pacientes con HTAe y ECV+HTA, en contraste con los que presentaban ERC.

En el grupo de pacientes con ERC, en concreto, la indefensión, la alexitimia total, la dificultad para identificar sentimientos y la ira exteriorizada no mostraron ninguna asociación significativa con la calidad de vida, cosa que sí ocurrió en los pacientes con HTAe y ECV+HTA. De este modo se confirmó la hipótesis en la que se esperaba que los pacientes de estos dos grupos (HTAe y ECV+HTA) mostraría un mayor grado de vulnerabilidad, asociado

con una peor calidad de vida y una adherencia a los tratamientos más baja, estando por lo tanto justificado el abordaje de esta mayor vulnerabilidad desde la consulta de Atención Primaria.

En relación con la hipótesis 2.2.5 acerca de las relaciones de la ira exteriorizada y la ira interiorizada con las variables criterio, los datos obtenidos no la confirmaron, siendo así que los dos tipos de ira mostraron un patrón de asociación con la calidad de vida y la FA a los tratamientos diferente en función de la enfermedad crónica.

En el grupo de pacientes con HTAe, en concreto, se pudo apreciar que, mientras que la ira exteriorizada no se relacionaba con la FA a los tratamientos, reflejándose así su dudosa intervención como factor de vulnerabilidad o su posible dependencia de otros factores para ejercer un efecto negativo, la ira interiorizada sí que se asoció con una peor adherencia a nivel global, y en cuanto a la toma de la medicación, la realización de la dieta y el ejercicio. Estos datos estarían reflejando el claro efecto nocivo de la ira interiorizada sobre la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos en el caso del paciente hipertenso, avalando así resultados previos (Alemán y Rueda 2013; 2014).

De igual modo, en el grupo de pacientes con ECV+HTA, la ira interiorizada se asoció a peor adherencia tanto a nivel global como en lo que a la toma de la medicación, la realización de ejercicio y la disminución del consumo de tabaco y alcohol se refería. La ira exteriorizada se relacionó también con una peor adherencia a la toma de la medicación, y a la disminución del consumo de tabaco y alcohol.

En el grupo de pacientes con ERC se obtuvo un resultado inesperado con respecto a la ira interiorizada, ya que ésta se asoció con una mejor calidad de vida total y física. No obstante, tanto la ira interiorizada como la ira exteriorizada se relacionaron también con una peor adherencia a la realización del ejercicio y a la disminución del consumo de tabaco, constatándose así que esta emoción, al igual que sucedía con los pacientes con enfermedad

cardiovascular, parece tener unas consecuencias negativas con respecto al cumplimiento de las pautas del tratamiento, aunque tiende a afectar a menos aspectos de la adherencia que en el caso de los pacientes con ECV+HTA.

Con estos datos se corrobora, por lo tanto, la relevancia que la ira interiorizada parece tener como elemento de riesgo en la HTAe en particular, y en la ECV en general, dada su asociación con una peor adherencia en términos generales y con una peor ejecución de un mayor número de aspectos de la adherencia a los tratamientos; siendo también un factor de riesgo, aunque en menor grado, en los pacientes con ERC. Asimismo la ira exteriorizada también tiende a relacionarse con una peor adherencia en algunos de estos aspectos del tratamiento en los pacientes con ECV+HTA y en los pacientes con ERC.

En cuanto al papel de la indefensión y la alexitimia con respecto a la calidad de vida y la FA a los tratamientos (pregunta de investigación 2.2.2), los datos obtenidos revelaron, en primer lugar, que la indefensión se relacionaba con una peor calidad de vida sólo en los pacientes con HTAe y en los que presentaban ECV+HTA, resultado éste que, en el caso de la ECV, ha sido descrito por estudios previos (Karademas y Hondronikola, 2010; Nascimento et al. (2010). En ninguno de los grupo de pacientes la indefensión se asoció con la FA a los tratamientos.

Por otro lado, en los pacientes con HTAe, la alexitimia total así como la dificultad para identificar y describir sentimientos se relacionaron de manera moderada y negativa; mientras que en los pacientes con ECV+HTA la alexitimia total y las dificultades para identificar los sentimientos solo se relacionaron, de manera moderada y negativa, con la calidad de vida mental, confirmándose los resultados obtenidos en otras investigaciones (Nekouei et al., 2014).

Asimismo, en el grupo de ERC únicamente la dimensión relativa a la dificultad para describir sentimientos se asoció con una peor calidad de vida total y una peor calidad de vida

física. Estos datos vienen a contradecir los hallazgos de Vazquez et al. (2010), en los cuales se pone de manifiesto un cierto carácter protector de la dificultad para describir sentimientos al asociarse esta variable con una mejor calidad de vida física.

Este menor nivel en la calidad de vida, diferente según la patología considerada y los aspectos de la alexitimia evaluados, es decir, la dificultad para identificar o para describir los sentimientos, podría estar relacionado con un peor curso clínico de la enfermedad crónica, tal y como sugiere Beresnevalte (2000), y por lo tanto con un peor estado de salud, probablemente asociado a otras emociones como la ira interiorizada (Rueda y Pérez-García, 2007; Waldstein et al., 2002).

Este aspecto de probable vulnerabilidad de la alexitimia asociada a la presencia de ira interiorizada podría estar explicando nuestros resultados en el grupo de ERC frente a los hallazgos de Vazquez et al. (2010) que pusieron de manifiesto cierto carácter protector para la alexitimia, ya que en nuestro caso los niveles de ira interiorizada en el grupo de ERC fueron de media incluso superior al de HTAe, aspecto que desconocemos del trabajo de Vazquez et al. (2010), en el que sí se controlaron aspectos con depresión y ansiedad pero no de ira interiorizada, y en el cual los niveles de esta ira pudieran haber sido bajos y explicaría ambos resultados.

Por otro lado, a pesar de que los resultados mostraron que en todos los casos la alexitimia parecía asociarse negativamente con la calidad de vida del paciente, esta asociación dependía de las dimensiones de alexitimia y de la calidad de vida consideradas. Así por ejemplo la dificultad para describir sentimientos no se mostró relacionó con una peor calidad de vida mental en los pacientes con ECV+HTA ni en los que presentaban ERC. Igualmente la dificultad para identificar sentimientos tampoco se asoció con una peor calidad de vida física en los pacientes con ERC. De ahí que la posible influencia de las

dimensiones de la alexitimia sobre la enfermedad crónica pueda ser diversa, afectar a aspectos diferentes de la enfermedad y/o dependa de otras características.

Asimismo se pudo apreciar que tanto la alexitimia total como sus subescalas se relacionaron con la FA. En el caso de los pacientes con HTAe, su asociación fue positiva y baja con la FA global y la FA a la medicación. En cambio, en los pacientes que presentaban ECV+HTA, la alexitimia total y la dificultad para describir sentimientos se asociaron inesperadamente con una menor FA a la medicación. Igualmente, en los pacientes con ERC, la dimensión referida a la dificultad para describir sentimientos también apareció asociada con una mejor adherencia a la medicación y a la reducción de la disminución de alcohol.

Estos resultados, no esperados y difíciles de interpretar, estarían poniendo de relieve el posible carácter protector de la dificultad a la hora de describir sentimientos, no sólo en los pacientes con HTAe (Alemán y Rueda, 2013; 2014), sino también en enfermos crónicos con otro tipo de patologías, tal y como señalan Vazquez et al. (2010) con respecto a los pacientes con ERC.

No obstante, a pesar de que la dificultad para describir sentimientos no apareció asociada a una peor calidad de vida mental ni en los pacientes con ECV+HTA y en los pacientes con ERC, y del posible el carácter protector de la dificultad para describir sentimientos respecto a una mejor adherencia a los tratamientos en los dos grupos de pacientes anteriores, cabría plantearse si la alexitimia no estará representando un mecanismo generado disfuncional y voluntariamente por los pacientes crónicos, como forma de alivio emocional y de evitar implicarse emocional y activamente en la adherencia a los tratamientos tal y como sugieren Alemán y Rueda (2014).

En esta línea la dificultad para describir los sentimientos podría estar comportando una actitud pasiva por parte del paciente, mediante la cual ponerse sin más en manos del sanitario, sin implicarse emocionalmente y generando indirectamente una mejor adherencia;

si bien, el desarrollo de esta alexitimia podría afectar negativamente a otros aspectos, como la calidad de vida percibida.

Por último, respecto a la pregunta de investigación 2.2.3 sobre las asociaciones del riesgo percibido con la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos, esta pregunta no pudo responderse dado que la variable de riesgo percibido fue excluida durante los análisis preliminares por los motivos expuestos anteriormente (véase apartado 4.5).

5.5 Valor Predictivo de los Factores de Vulnerabilidad y Protección sobre Falta de Adherencia y la Calidad de Vida (Objetivo Específico 2.3):

(a) Capacidad predictiva de los factores protectores:

Con respecto a la capacidad predictiva de la aceptación y resiliencia, y la hipótesis que se formuló en este sentido (ver hipótesis 2.3.1), los datos la confirmaron parcialmente al mostrar ambas variables cierto valor predictivo sobre las variables criterio de la calidad de vida y FA a los tratamientos, pero siendo su peso diferente en cada grupo de pacientes.

Así, en el grupo de pacientes con HTAe, tanto la aceptación como la resiliencia fueron predictores positivos de la calidad de vida total, si bien una vez que se introdujeron los factores de vulnerabilidad, solo conservó su capacidad predictiva positiva la resiliencia, asociándose con una mejor calidad de vida total, física y mental.

En el grupo de pacientes con ECV+HTA solo emergió como predictor de una mayor calidad de vida total, física y mental, tanto antes como después de la incorporación de los factores de vulnerabilidad, la resiliencia (Koelewijn-van Loon et al., 2010; Obiegło et al., 2016).

En el grupo de pacientes con diagnóstico de ERC, por el contrario, ni la aceptación ni la resiliencia fueron predictoras de una mejor calidad de vida tanto antes como después de introducir los factores de vulnerabilidad, lo cual contradice los resultados de algunos estudios (Vinaccia y Quiceno, 2011), si bien en dicho estudio no se contemplaron otras variables protectoras o de vulnerabilidad.

En cuanto a la predicción de la FA a los tratamientos, en el grupo HTAe, y una vez introducidos conjuntamente los factores de protección y los de vulnerabilidad, sólo la aceptación de la enfermedad apareció como predictor de una menor FA a nivel global y FA relativa a la toma de la medicación y a la disminución del consumo de alcohol y tabaco; es decir, se encontró que una elevada aceptación de la enfermedad pronosticaba una mejor

adherencia en referencia a la medicación y a la reducción en la ingesta de alcohol y el consumo de tabaco.

En cambio, en los pacientes que presentaban ECV+HTA, fue la resiliencia la variable que predijo una mejor adherencia al tratamiento global y a la medicación.

En el grupo de ERC, la resiliencia, sin embargo, apareció como un predictor de una mayor FA a la toma de la medicación, mientras que la aceptación predijo una peor adherencia a la disminución de consumo de tabaco, después de introducir los factores de vulnerabilidad. . No obstante, respecto a la disminución de ambientes de riesgo, tanto la resiliencia como la aceptación fueron predictores negativos de la falta de adherencia, o sea, pronosticaron una mejor adherencia a la hora de evitar este tipo de ambientes.

Se puso así de manifiesto que la resiliencia, y sobre todo la aceptación de la enfermedad, resultaba perjudicial para la adherencia a los tratamientos, discrepando de los resultados mostrados por otros estudios en los que una mayor aceptación se ha asociado con una mejor adherencia (Baiardini et al., 2006), si bien en esta investigación la aceptación se evaluó en términos de asumir y considerar la necesidad y conveniencia de seguir el tratamiento, y, por lo tanto, estando más cerca a la percepción de los beneficios, mientras que, en la presente tesis, la aceptación se midió como la capacidad cognitiva para disminuir el carácter aversivo de la enfermedad.

Estos datos han de ser considerados, no obstante, con cautela, primero, porque el peso predictivo de la resiliencia sobre una peor adherencia fue, en este grupo de pacientes, bajo; y, segundo, porque tal vez la aceptación de la enfermedad en los pacientes con ERC podría estar indicando un estado de resignación pasiva y, por lo tanto, una escasa implicación activa en la adherencia al tratamiento. Todo ello sugiere la necesidad de replicar estos resultados en otros estudios, para clarificar el papel que la aceptación y la resiliencia puedan tener sobre la adherencia a los tratamientos en los pacientes con ERC.

Estos resultados consolidan, además, el argumento ya esgrimido acerca del claro carácter protector de la resiliencia y la aceptación de la enfermedad en pacientes con HTAe y ECV+HTA, frente a otras patologías crónicas, como la ERC, resultando la aceptación de la enfermedad más relevante, con respecto a la adherencia a los tratamientos, en personas con HTAe y la resiliencia más importante en personas que, además de HTAe, presentan otra ECV asociada.

Puede que en aquellas enfermedades con peor pronóstico o con menos expectativas vitales, como la ECV, el hecho de aceptar la enfermedad, aunque sea fruto de la necesidad de adaptarse activamente a los cambios, si bien puede facilitar un mejor seguimiento del tratamiento, con las modificaciones de la rutina que éste implica, puede que no sea un elemento psicológico suficiente para afrontar la disfunción emocional que provocan las bajas expectativas vitales. De ahí que sea necesaria la presencia de fortalezas mayores, como la resiliencia, para el afrontamiento del malestar emocional (Chan et al., 2006), y contribuir tanto a la recuperación psicológica (Liu et al., 2015), como fisiológica Arrebola et al. (2014) y a una mejor calidad de vida, lo cual indirectamente puede ayudar a un mejor control y adherencia.

En las enfermedades donde la expectativa no es vivir más, sino vivir mejor, como ocurre en la HTAe, a pesar de que pueda estar presente la resiliencia, la aceptación de la situación y de las novedades que ésta supone, podría ser un elemento psicológico necesario y suficiente para afrontar la patología adecuadamente y mejorar el estado emocional, favoreciendo una mejor calidad de vida (Arslantas et al., 2008) y adherencia, y estableciendo un bucle positivo entre ambas (Holt et al., 2010).

Y en las enfermedades en las que las expectativas ni siquiera son vivir mejor, como ocurre en la ERC, ya que solo, y en general, es en las fases finales de la misma cuando el paciente es capaz de percibir la necesidad de cumplir el tratamiento y cambiar las rutinas, por

la peor calidad de vida que presenta, producto del aumento del número de crisis y de la mayor de dificultad respiratoria (Balboa et al., 2014), cumplir con el tratamiento para el ERC en estas fases iniciales sea más fruto de su necesidad de conformar pasivamente a familiares y sanitarios, que de la percepción de riesgo, generando un escaso auto control y peor calidad de vida (Vinaccia y Quiceno, 2011). La presencia de la aceptación y la resiliencia podría llevarles a aceptar sin más la situación, ignorando la necesidad de cumplir el tratamiento, dada sus bajas expectativas sobre él (Bane et al., 2006) y, principalmente, sobre la toma de medicamentos o sobre el cambio de hábitos que requieren una mayor implicación activa y autorregulación, como es el caso de la disminución del consumo de tabaco.

En relación con la pregunta de investigación (2.3.2) acerca de qué otros factores de protección predecirían una mejor calidad de vida y un nivel más alto de adherencia en los tres grupos de pacientes, los resultados indicaron que, con respecto a la calidad de vida, no había ningún otro factor protector que predijera este criterio.

En cuanto a la adherencia a los tratamientos, se observó que, en los pacientes con HTAe, los beneficios percibidos tenían un peso negativo en la predicción de la FA al tratamiento total, la FA a la toma de medicamentos (Lo et al., 2015), la FA a la práctica de ejercicio físico y la FA a las rutinas de riesgo, evidenciándose así su función protectora. Los aspectos sociodemográficos, en concreto ser hombre y padecer durante menos años la HTAe predijeron una mejor adherencia a la toma de los medicamentos y a las rutinas de riesgo (dieta), respectivamente, en la misma línea que la encontrada por Alemán y Rueda (2013) respecto a la adherencia global, y dentro de la cual se incluían estas rutinas de riesgo (dieta). Por otro lado, el hecho de padecer durante más tiempo la HTAe también favorecía un mejor cumplimiento de la reducción del consumo de alcohol (García et al., 2010). En los pacientes con ECV+HTA, el hecho de ser mujer también se asoció con una mejor adherencia a esta misma pauta del tratamiento.

Dentro del grupo de pacientes con ERC, emergieron otros factores protectores que pronosticaron una menor FA. Así, el control de ira exteriorizada predijo una menor FA a nivel global; mientras que el control de ira interiorizada se asoció con una FA más baja en lo que a la medicación, el ejercicio y el consumo de tabaco se refería. Los beneficios percibidos también se asociaron con una menor FA a la disminución del tabaco y una menor FA ocasionada por la falta de apoyo familiar.

Algunas variables sociodemográficas y clínicas también demostraron tener un papel protector dentro de este grupo. Por ejemplo, el ser hombre predijo una menor FA a las rutinas de riesgo y a la disminución del consumo de tabaco, aspecto este último respecto del que la variable edad/incidencia también predijo una mejor adherencia. El ser mujer, al igual que lo que sucedió en los otros dos grupos de pacientes, también predijo una menor FA a la disminución del consumo de alcohol. Y el hecho de que la enfermedad hubiera sido diagnosticada desde hacía más años predijo una menor FA en la disminución de las rutinas de riesgo y en la práctica de ejercicio.

A la hora de interpretar los resultados obtenidos en relación con los beneficios percibidos, entendidos como la capacidad cognitiva para dar un significado positivo a la enfermedad, los datos apoyaron su carácter protector en el grupo con HTAe, apoyando el estudio de Wiesemann et al. (2004), uno de los pocos trabajos en los que se los beneficios percibidos se han conceptualizado como las consecuencias positivas para la salud que, asociadas a una mejor adherencia, se espera obtener.

En el caso de los pacientes con ERC el papel protector de los beneficios percibidos fue menos relevante, asociándose con una mejor adherencia a la hora de disminuir el tabaco y la debida a un mayor apoyo familiar.

Este resultado podría estar sugiriendo la posibilidad de que los beneficios percibidos, más que la aceptación de la enfermedad, fuera una variable más preeminente pudiendo promover una implicación más activa por parte del paciente.

También es destacable que, en los pacientes con ERC, la relevancia de la aceptación y la resiliencia como mecanismos de protección ante la falta de adherencia fu escasa, surgiendo otras variables, en concreto el control de ira exteriorizada y el control de ira interiorizada que sí tendrían a actuar como tales.

Igualmente estos datos pusieron de manifiesto nuevamente la conveniencia de considerar otros factores sociodemográficos y clínicos a la hora de valorar el efecto protector o de riesgo de determinadas variables sobre la adherencia a los tratamientos.

(b) Capacidad predictiva de los factores de vulnerabilidad:

Por último, acerca de la cuestión de qué factores de vulnerabilidad predecirían una peor calidad de vida y una peor adherencia (mayor FA) a los tratamientos en presencia de factores protectores (véase la pregunta de investigación 2.3.1), los resultados revelaron que, en los enfermos con HTAe, la ansiedad y la depresión resultaron predictoras de una peor calidad de vida total, física y mental, apoyando así resultados previos (Bosworth et al., 2003; Rueda y Pérez-García, 2006; 2013), mientras que la indefensión solo resultó predictor de una peor calidad de vida física.

En el grupo de pacientes con ECV+HTA, la depresión y la indefensión predijeron una calidad de vida total, física y mental más bajas, después de controlar el efecto de los factores de protección, avalando también la evidencia obtenida en otros estudios (Karademas y Hondronikola, 2010; Nascimento et al., 2010).

Por otro lado, es preciso señalar que, dentro del grupo de pacientes con ECV+HTA, se observó que algunos factores que teóricamente estarían confirmando al paciente un mayor riesgo, no lo hicieron. Tal fue el caso de la dificultad para identificar sentimientos y la

desesperanza total, variables estas que se asociaron con una mejor calidad de vida total y física, y con una mayor calidad de vida mental en el caso también de la dificultad para identificar sentimientos.

En cuanto a la desesperanza, parece que podría ser necesario detectar y modificar este factor de riesgo, ya que, dado que resultó predictora de una mejor calidad de vida mental, cabría suponer que pudiera estar actuando como un mecanismo disfuncional de liberar malestar emocional.

En el grupo de pacientes con ERC el peso de la ira exteriorizada en la predicción de la calidad de vida física resultó ser negativo y significativo. Asimismo la ansiedad predijo una peor calidad de vida total, física y mental, siguiendo la línea de otros trabajos (Kim et al., 2003; Yildirim et al., 2013), si bien, ambos trabajos obtuvieron este mismo resultado asociado con la depresión en la muestras de personas con EPOC que seleccionaron. Este resultado, en nuestro caso, no resultó significativo aunque la muestra empleada en la presente tesis fue diferente, dado que estuvo formada por pacientes con EPOC más asmáticos.

Por otro lado una variable, considerada en principio de vulnerabilidad, pero que apareció asociada con una mejor calidad de vida física y total en este grupo de pacientes con ERC fue la ira interiorizada.

En relación con la FA adherencia a los tratamientos, en el grupo de pacientes con HTAe, la mayoría de los factores de vulnerabilidad no mostraron tener un peso predictivos significativo, después de controlar el efecto de los factores de protección y de las variables sociodemográficas y clínicas. Sin embargo, la ira exteriorizada sí apareció como un predictor positivo en la FA a la disminución del consumo de tabaco: es decir, conforme mayor era la ira exteriorizada, peor era la adherencia a disminuir el consumo de tabaco.

Estos datos son congruentes con los reflejados en algunas investigaciones en las que se aprecia que existe una asociación entre este tipo de ira y el consumo de tabaco (Kahler et

al., 2009). Es probable que la presencia de la ira exteriorizada sea responsable de las dificultades para disminuir su consumo, precisamente porque, en el caso de abandonar el consumo de tabaco, esta emoción puede incrementarse, lo que puede llevar a la persona a sentir miedo de perder el control emocional sobre ella.

De igual forma, la depresión tuvo un peso marginalmente significativo a la hora de predecir la FA a los tratamientos provocada por un bajo apoyo familiar, poniendo así de manifiesto que altos niveles de depresión pronosticarían un menor apoyo familiar en la adherencia a los tratamientos, probablemente por agotamiento del contexto familiar.

Estos datos vendrían a reflejar también el papel protector de aceptación de la enfermedad en los pacientes hipertensos, al promover una disminución de la vulnerabilidad emocional y un menor número de rutinas de riesgo y hábitos nocivos (Rueda y Pérez-García, 2007), y favorecer una mejor calidad de vida (Rueda y Pérez-García, 2004), autocontrol y adherencia a los tratamientos. De hecho, en los análisis de regresión desapareció el peso negativo de algunos factores de vulnerabilidad cognitiva y emocional, tales como la depresión, la ansiedad, la desesperanza, la ira interiorizada, la indefensión, la alexitimia total y las dimensiones de dificultad para identificar y describir sentimientos, cuyas relaciones con las variables criterio sí fueron significativas en las correlaciones.

En el grupo de personas con ECV+HTA, los factores de vulnerabilidad que aparecieron como predictores positivos de FA a los tratamientos, en presencia de los factores sociodemográficos, clínicos y protectores, fueron los siguientes: la ansiedad, la cual predijo de manera positiva la FA global, la FA a seguir la dieta y la FA a la disminución consumo de alcohol; la ira interiorizada, que predijo también de forma positiva la FA a la medicación y la FA al ejercicio; y la ira exteriorizada que fue predictora de una mayor FA a la disminución del consumo de alcohol y de una mejor adherencia a la realización del ejercicio.

Estos datos revelaron que, a pesar del carácter protector puesto de manifiesto por la resiliencia en estos pacientes, su grado de vulnerabilidad era alto, lo cual sugiere la necesidad, no sólo de fomentar en éstos pacientes la resiliencia, sino también de trabajar con ellos el control de la ansiedad, así como el manejo funcional de la ira exteriorizada y la ira interiorizada.

Asimismo la dificultad para describir los sentimientos y la ira exteriorizada parece que también desempeñaron un rol más beneficioso en estos pacientes, mejorando el cumplimiento de la toma de la medicación y la realización del ejercicio, respectivamente. En el caso de la ira exteriorizada se podría especular que el uso del ejercicio podría constituir una forma de descargar la ira.

En los pacientes con HTAe también se apreciaron algunas variables que, siendo definida como factor de vulnerabilidad, una vez que se controló el efecto de los aspectos sociodemográficos y clínicos, y de otros de factores de vulnerabilidad y protección, se relacionaron con una mejor adherencia; y, por lo tanto, vendrían a demostrar un cierto carácter protector. Tal fue el caso de la depresión, que contribuyó a mejorar el cumplimiento relativo a la disminución del consumo del alcohol.

Por último, los factores de vulnerabilidad que fueron predictores positivos de la FA en los ERC, fueron los siguientes: la indefensión con respecto a la FA global, la FA a la medicación y la FA a la disminución del consumo del tabaco; la ira exteriorizada que se asoció con un nivel más alto de FA global y FA a la disminución del consumo del tabaco y alcohol; la ira interiorizada que predijo una mayor FA al ejercicio.

Asimismo, y de forma inesperada, la dificultad para identificar sentimientos predijo una mejor adherencia a las pautas relacionadas con la medicación y a la disminución del consumo de tabaco. La dificultad para describir sentimiento, por su parte, se asoció con una mejor adherencia debida al apoyo familiar y con un mejor cumplimiento a la hora de

disminuir las rutinas de riesgo. Igualmente la desesperanza predijo en este grupo de pacientes una mayor reducción de las conductas de riesgo.

De esta forma se pone de manifiesto la baja influencia que los factores protectores abordados en esta tesis tuvieron en la patología relacionada con la ERC. Asimismo se hace clara la necesidad, por una parte, de fomentar en estos pacientes la aceptación de la enfermedad de forma activa, valorando su efecto sobre los pacientes con ERC fumadores, dada las relaciones encontradas entre la aceptación de la enfermedad y la peor adherencia a la disminución del tabaco, y apoyándonos en los beneficios percibidos; y, por otra, la necesidad de intervenir sobre los estados emocionales que se mostraron disfuncionales, como la indefensión, la ira exteriorizada y la interiorizada.

Los datos relativos a la capacidad predictiva de la alexitimia en los grupos de pacientes con ECV+HTA y ERC, están en la línea de lo mostrado en las asociaciones de la dificultad para describir sentimientos con una mejor adherencia obtenidas en la presente tesis.

En otros estudios se ha sugerido la probable utilización de la alexitimia como un posible elemento protector ante la presencia de vulnerabilidad emocional en personas con otras enfermedades cardiovasculares (Alemán y Rueda, 2013; 2014). En este sentido se podría especular que la alexitimia estuviera siendo utilizada como un mecanismo de defensa, permitiendo a la persona desconectar de sus emociones y del malestar que estas les generan. De ahí que el acto de comenzar a identificar, aceptar y gestionar sus emociones probablemente podría constituir una herramienta o puerta para reducir la vulnerabilidad emocional; lo que hace necesario el diseño y aplicación de programas cognitivos conductuales en estos pacientes ECV+HTA y ERC mediante los cuales poder reducir los niveles de alexitimia y su efecto sobre otros factores de vulnerabilidad y protección.

VI CONCLUSIONES

En resumen, los resultados obtenidos en la presente tesis avalan la pertinencia y necesidad de abordar determinados factores emocionales y cognitivos relacionados con una mayor vulnerabilidad en el tratamiento de la enfermedad crónica en general, y en particular en pacientes con HTAe y ECV+HTA, dada la mayor y peor calidad de vida revelada por estos pacientes, así como el deterioro mostrado en la calidad de vida mental por los pacientes con ECV+HTA frente a los pacientes sin enfermedad crónica.

Por otro lado, la falta de adherencia apareció como un elemento común a todas las enfermedades crónicas, siendo los pacientes con ERC los que mostraron una peor adherencia total y una mayor dificultad a la hora de abandonar el tabaco, en comparación con los pacientes con ECV+HTA y HTAe. En los pacientes con HTAe se evidenció una dificultad notable a la hora de hacer el seguimiento de la dieta. Estos resultados justifican la necesidad de considerar el proceso de adherencia desde un punto de vista más amplio, abarcando más que la mera toma de medicamentos.

Los resultados obtenidos también subrayan la necesidad de incluir otras variables protectoras, que pudieran estar amortiguando o modulando el efecto generado por los factores de vulnerabilidad. Así por ejemplo, destaca la asociación significativa entre la resiliencia y la ausencia de enfermedad crónica, o los mayores niveles de aceptación de la enfermedad en personas diagnosticadas de HTAe frente al resto de grupos de pacientes, lo cual sugiere la posibilidad de que la aceptación podría estar siendo empleada por los pacientes hipertensos como un mecanismo de ajuste.

De igual manera, se hizo clara la relevancia de ciertas variables sociodemográficas y clínicas, como el sexo, la edad/incidencia y la duración de la enfermedad, las cuales parecen afectar la influencia que puedan tener los factores de vulnerabilidad en pacientes con distintas patologías crónicas y en aquellos otros que no presentan enfermedad crónica alguna.

En relación a los factores protectores en concreto, los datos reflejaron el claro carácter protector de la resiliencia y la aceptación dentro de la enfermedad crónica en general, asociándose con mayores niveles de C.V. total, y C.V. mental y física en todos los enfermos crónicos frente a aquellos que no tenían enfermedad crónica. La resiliencia, además, se asoció con una mayor adherencia a los tratamientos en los pacientes con ECV+HTA y HTAe frente al grupo de ERC y personas sin enfermedad crónica que no mostraron esta asociación. Mientras aceptación lo hizo respecto al grupo con HTAe, asociándose también con mayor adherencia frente al resto de los grupos que no mostraron esta asociación.

Asimismo se pudo apreciar cómo la resiliencia y la aceptación se asociaron con un gran número de factores de vulnerabilidad en los pacientes con ECV+HTA y en los que tenían HTAe, frente a los pacientes con ERC, en los que estas relaciones variaron según los distintos factores de vulnerabilidad. Así, considerando a los tres grupos de pacientes estudiados, solo coincidieron en la asociación negativa de la aceptación y la resiliencia con la ansiedad, la depresión y la desesperanza.

Este carácter protector de la aceptación podría estar asociado con la admisión de los inconvenientes que la enfermedad y el mantenimiento de una actitud activa a pesar de ellos, y no con una forma pasiva de resignarse ante la misma. De hecho la aceptación correlacionó de forma negativa y significativa con la indefensión en todos los grupos de pacientes, incluso entre los que presentaban ERC, pacientes estos en los que la función protectora de la aceptación resultó más difusa.

En este punto, se hará necesario plantearnos, respecto a la enfermedad crónica en general, cómo usar la comunicación al paciente acerca del riesgo de enfermar o empeorar y de sus expectativas de vida, de modo que permita potenciar el efecto de esta aceptación y resiliencia en enfermedades como la ERC, aspecto que en la presente tesis no ha podido ser constatado y pudieran estar influyendo en una actitud más activa/pasiva del paciente,

poniendo nuestros resultados de evidencia la necesidad de explorar más allá de la mera influencia del riesgo percibido, que aspectos de la comunicación de ese riesgo, pueden estar asociados con una percepción más eficaz y protectora por parte del paciente y asociados con mejor calidad de vida y adherencia a los tratamientos.

Asimismo pudo constatarse, en relación con el control de la ira interiorizada y el control de la ira exteriorizada, que su papel protector dependía del tipo de enfermedad presentado. Este dato se hizo evidente, por una parte, en los pacientes con ECV+HTA, en los cuales se apreció la asociación positiva de la aceptación y la resiliencia con un mayor control de los dos tipos de ira, mientras que, en los pacientes con HTAe, la aceptación y la resiliencia sólo se asociaron con el control de ira interiorizada, y en los pacientes con ERC lo hicieron con el control de la exteriorizada.

Este efecto diferencial del control de la ira también se apreció en sus relaciones con la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos.

El control de ira exteriorizada, si bien no apareció asociada con la adherencia, sí lo hizo con una mejor calidad de vida en los tres grupos de pacientes. El control de la ira interiorizada, de un lado, se relacionó con un nivel de calidad de vida total y mental más alto en los pacientes con HTAe, y con una mayor calidad de vida total y física en los que tenían ECV+HTA. Y, de otro, se asoció en los pacientes con ERC a una mejor adherencia.

En cuanto al papel beneficioso que podrían desempeñar los beneficios percibidos, fue claro en lo que a la adherencia a los tratamientos se refirió, tanto en los pacientes con HTAe como en los que presentaba ERC, aunque las correlaciones positivas con las diferentes pautas de adherencia fueron también diversas. En relación con la calidad de vida total, los beneficios percibidos solo se asociaron positivamente a ella en los pacientes con ECV+HTA, y con una mayor calidad de vida física y mental en estos pacientes y en los que presentaban ERC.

La consideración de las estrategias de afrontamiento en el abordaje de la patología crónica, también parece necesaria a tenor de los datos obtenidos en este estudio. En los pacientes con ECV+HTA se observó un menor uso de estrategias adaptativas, como la planificación y la reevaluación positiva, frente a los pacientes sin enfermedad crónica, si bien es cierto que los pacientes con ECV+HTA también emplearon menos estrategias emocionales desadaptativas, como por ejemplo la autoinculpación, que los pacientes sin enfermedad crónica, y menos ventilación emocional que el resto de pacientes.

Por otro, ciertos aspectos protectores como la resiliencia y el control de ira interiorizada, se asociaron en los pacientes con ECV+HTA y HTAe con un mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, tales como la planificación y el afrontamiento activo. En estos dos grupos de pacientes la aceptación también se relacionó con el empleo de la estrategia de afrontamiento referida a la aceptación, y con un menor uso de la desconexión conductual dentro del grupo de pacientes con ECV+HTA, revelándose de nuevo el carácter activo y beneficioso de la aceptación de la enfermedad en estos pacientes.

Estos datos ponen de relieve las consecuencias positivas de estas estrategias de afrontamiento, así como la pertinencia de fomentar en el paciente crónico el afrontamiento orientado a la tarea a la hora de manejar su enfermedad, teniendo en cuenta su asociación positiva con los factores protectores en todos los tres grupos de pacientes con enfermedad crónica incluidos en esta tesis.

De la misma forma, la introducción de las variables sociodemográficas y clínicas, como el sexo, la duración de la enfermedad y la edad/incidencia, quedó justificada por el perfil significativo y diferente que emergió en cada grupo de pacientes.

En los pacientes con HTAe destacó la presencia significativa de una mayor vulnerabilidad en las mujeres, indicando éstas una peor calidad de vida total y mental frente a los hombres, así como una mejor calidad de vida física. Además, se evidenció una asociación

entre ser mujer y tener, por una parte, mayores niveles de ansiedad, depresión y alexitimia, y, por otra, menores niveles de resiliencia y de cumplimiento de las pautas del tratamiento; así como un uso más elevado de estrategias desadaptativas, como el apoyo en la religión. En contraste, el hecho de ser paciente hipertenso hombre se asoció a un mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, como la aceptación y la planificación. Además se constató que la duración de la enfermedad se relacionaba con una peor adherencia a determinadas pautas del tratamiento.

En los pacientes con ECV+HTA el ser hombre se reveló también asociado a una peor adherencia a determinadas pautas y a una mayor ira exteriorizada. Asimismo, conforme aumentaba el número de años desde el diagnóstico, mayores eran los niveles de depresión, ira interiorizada, alexitimia total y dificultades para identificar sentimientos. La interacción entre el sexo y la duración de la enfermedad resultó también significativa. Así, los pacientes hombres que presentaban más años de diagnóstico, informaron de un mayor grado de depresión y ansiedad, un mayor uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la culpa y la ventilación emocional, y un menor empleo de la aceptación como estrategia de afrontamiento. Mientras que ser paciente mujer y tener el diagnóstico de la enfermedad desde hacía más años se asoció con estrategias más adaptativas, como un menor uso de ventilación emocional, y con más apoyo emocional.

En los pacientes con ERC, la interacción entre el sexo y la duración de la enfermedad puso de manifiesto que las mujeres con más años de diagnóstico indicaban una mejor calidad de vida tanto física como mental, en comparación con las mujeres con menos años de diagnóstico. Paralelamente, los pacientes hombres y con un diagnóstico desde hacía más número de años refirieron una peor adherencia.

Respecto al valor predictivo que mostraron los factores de protección y vulnerabilidad en relación con la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos, se evidenciaron

resultados relevantes, y que culminaron por confirmar el claro carácter protector de la resiliencia y de la aceptación de la enfermedad en los pacientes con HTAe y en los que presentaban ECV+HTA. En ambos grupos, la resiliencia emergió como un predictor de mejor calidad de vida, tanto global como física y mental. Además, pronosticó, en los pacientes con ECV+HTA, una mejor adherencia. En los pacientes con HTAe fueron la aceptación y los beneficios percibidos, en cambio, las variables que predijeron una mejor adherencia.

En contraposición, los factores de vulnerabilidad que predijeron una peor calidad de vida en los pacientes con HTAe fueron la ansiedad y la depresión; mientras que en el grupo de pacientes con ECV+HTA lo fueron la depresión y la indefensión. La ansiedad y la ira exteriorizada se asociaron también con una peor adherencia en este grupo.

En los pacientes con ERC ni la aceptación ni la resiliencia aparecieron como variables protectoras, no asociándose con una mejor calidad de vida ni con una mayor adherencia. Fueron, en cambio, otras variables, como el control de la ira interiorizada y exteriorizada las que predijeron una mejor adherencia; en claro contraste con la ira interiorizada y exteriorizada que se relacionaron con una peor adherencia.

La presente tesis cuenta también con una serie de limitaciones que es preciso mencionar.

Por un lado se hace necesario continuar ahondando en algunos aspectos, que no han podido ser aclarados y que requieren un mayor estudio, como la dudosa función del riesgo percibido como factor protector o de vulnerabilidad, o la posible intervención del humor como una estrategia adaptativa frente a la enfermedad.

Por otro lado, la consideración de algunos aspectos de la alexitimia, como mecanismos protectores, debe ser tomada y abordada con cautela a la hora de diseñar intervenciones dirigidas a modificar este factor, requiriéndose en consecuencia más estudios

para clarificar en qué medida dichas dimensiones pueden resultar realmente beneficiosas o perjudiciales a la hora de afrontar la enfermedad crónica.

Asimismo hay que destacar la imposibilidad de crear un grupo de enfermos cardiovasculares sin que estuviera presente la hipertensión arterial, dada la alta comorbilidad y presencia de esta patología en las diversas enfermedades cardiovasculares; así como la imposibilidad de utilizar la edad como una variable con la que categorizar a los pacientes de los tres grupos de forma similar, dado el carácter plural de las distintas patologías crónicas estudiadas y el hecho de que los grupos de pacientes diferían mucho en el rango de la edad, todo lo cual se solventó creando la variable edad/incidencia que se introdujo, también, como una covariable.

Es clara también la necesidad de revalidar estos resultados de forma más aplicada y en un contexto clínico y sanitario, siendo pertinente para ello el diseño de intervenciones aplicadas y/o la ejecución de programas específicos que, no sólo confirmen las aportaciones de la presente tesis, sino que también se orienten a la modificación de los factores que estén confiriendo un mayor riesgo al paciente crónico, y a la potenciación de aquellos otros que estén proporcionando una mayor protección.

Para ello resulta pertinente tener en cuenta los perfiles de variables sociodemográficas y clínicas, junto con su asociación con el conjunto de variables de protección y vulnerabilidad incluidas; así como su valor predictivo sobre la calidad de vida y la adherencia a las diversas pautas de los tratamientos en las distintas patologías crónicas. Esta línea de actuación también sugiere la necesidad de una intervención más personalizada e individualizada, realizada desde la consulta del sanitario y mediante el abordaje de los pacientes caso a caso y según las características sociodemográficas y clínicas, así como de protección o vulnerabilidad particulares que concurren.

En concreto, en los pacientes con HTAe parece relevante el trabajo centrado en favorecer la resiliencia, la aceptación de la enfermedad y los beneficios percibidos. Se hace necesaria también una acometida específica en cuanto al seguimiento de una rutina de alimentación adecuada, paralela y adaptada al número de años transcurridos desde el diagnóstico. Esta intervención debe ir más allá del simple consejo dietético y ha de estar centrada tanto en la planificación de la compra como en la elaboración y el consumo de los alimentos, permitiendo así lograr una mejor autorregulación de la conducta alimentaria, la creación y mantenimiento de unos hábitos más saludables, percibiendo los beneficios que ello implica y aceptándolos activamente, y el logro de una mayor adherencia conforme aumenta el tiempo de contacto con la enfermedad.

En el caso de la mujer que presenta HTAe también resulta relevante fomentar el desarrollo de una actitud resiliente, proporcionándole estrategias encaminadas a controlar y disminuir sus niveles de ansiedad y depresión; así como a poder aceptar, identificar y describir las emociones que le esté generando su enfermedad. En este sentido puede ser útil el aprendizaje de habilidades de afrontamiento centradas en la planificación y aceptación de la enfermedad, haciendo un hincapié específico en la adherencia a la medicación, si bien esta pauta probablemente se vea afectada de manera indirecta y pueda mejorar con el resto de intervenciones implementadas, y con el aumento de la calidad de vida.

La intervención en el paciente hipertenso hombre, en cambio, parece que debe centrarse más en la disminución de hábitos tóxicos, como el consumo de tabaco y alcohol, siendo preciso llevar a cabo esta intervención en las fases iniciales después del diagnóstico, lo cual podría favorecer en ellos un mayor control de la enfermedad, y considerando también la mayor presencia de estrategias adaptativas de afrontamiento y de factores de protección con los que cuentan los pacientes hombres. En dichos programas de deshabituación, sin embargo,

el acento en los beneficios percibidos podría no resultar de ayuda ya que, en apariencia, esta variable parece que no es predictora de una mayor adherencia.

Respecto a los pacientes con ECV+HTA, sería interesante llevar a cabo una intervención centrada en favorecer la resiliencia. Y, en el caso de la mujer con ECV+HTA, orientarla también hacia un manejo más adecuado de la ansiedad, la depresión y la indefensión, y a la mejora de la adherencia en relación con una dieta adecuada.

Igualmente, en aquellas mujeres con más de tres años de diagnóstico, parece necesario añadir un trabajo centrado en un mejor manejo de las emociones, como por ejemplo, aceptando, identificando y describiendo las emociones que genera su enfermedad y en un afrontamiento más funcional de la ira.

En los pacientes hombres que presenten ERC, la intervención estaría dirigida a proporcionar estrategias para también hacer un mejor manejo de la ira, sobre todo de la ira exteriorizada, y potenciar la adherencia al tratamiento favoreciendo principalmente la disminución del consumo de tabaco. Conforme mayor fuera el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, sería pertinente intervenir también, no solo en el control de las emociones negativas, como la ansiedad y la depresión, sino también ayudando a los pacientes a identificar, describir y aceptar las emociones que esté generando su enfermedad, así como a aceptarla eliminando la culpa y la evitación emocional.

Se sugiere también llevar a cabo con los pacientes ERC un abordaje que permita ir complementando o asociando las estrategias de afrontamiento adaptativas (que se usan y que son beneficiosas ante situaciones específicas) con otros factores protectores que permitan una mejor adaptación, como el control emocional, y en concreto de la ira, la aceptación de la enfermedad y los beneficios percibidos. En cuanto a los años de diagnóstico, en recién diagnosticados promover la adquisición de estrategias de afrontamiento adaptativas que contribuyan a disminuir la ansiedad, la indefensión y la ira interiorizada y exteriorizada.

Atendiendo a las diferencias de género, en el paciente hombre con ERC, la intervención psicológica habría de estar centrada en fomentar una práctica regular de ejercicio físico, la disminución del consumo alcohol y la evitación de ambientes de riesgo, siguiendo los consejos sobre la limpieza del hogar. Y en aquellos pacientes con más de tres años de diagnóstico, añadir un tratamiento focalizado a disminuir o dejar el consumo del tabaco, y por lo tanto centrado en programas de deshabituación, además de dar pautas para logra un mejor control de ira interiorizada.

Finalmente, en la paciente mujer con ERC, se hace necesario también una actuación encaminada a la reducción o abandono del consumo de tabaco (deshabituación). Y en aquellas pacientes con más años de diagnóstico, implementar intervenciones encaminadas a evitar ambientes de riesgo y reducir los niveles de depresión, además de establecer y mantener factores de protección tales como la aceptación de la enfermedad, los beneficios percibidos y el control de la ira.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affleck, G., y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64(4), 899-922.
- Aggarwal, B., y Mosca, L. (2010). Lifestyle and psychosocial risk factors predict non-adherence to medication. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 228-233.
doi:10.1007/s12160-010-9212-6
- Agh, T., Inotai, A., y Meszaros, A. (2011). Factors associated with medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, 82(4), 328-334.
doi:10.1159/000324453
- Akhmedjonov, A., y Suvankulov, F. (2013). Alcohol consumption and its impact on the risk of high blood pressure in Russia. *Drug and Alcohol Review*, 32, 248-253. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00521.x
- Albus, C., De Backer, G., Bages, N., Deter, H. C., Herrmann-Lingen, C., Oldenburg, B., ... y Orth-Gomer, K. (2005). Psychosocial factors in coronary heart disease--scientific evidence and recommendations for clinical practice. *Gesundheitswesen*, 67(1), 1-8.
doi:10.1055/s-2004-813907
- Alemán, J. F., y Rueda, B. (2013). Emociones, hipertensión esencial y adherencia al tratamiento. En *Segundo foro de investigadores noveles. Facultad de Psicología de la UNED* (p. 88). Universidad Nacional de Educación a Distancia: Madrid. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/290101978/2-Foro-de-Investigadores-Noveles-UNED>
- Alemán, J. F., y Rueda, B. (2014). Factores asociados con la vulnerabilidad emocional y la baja adherencia al tratamiento en la hipertensión esencial. *Boletín de Psicología*, 112, 35-52. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N112-2.pdf>
- Alexander, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1(1), 173-179. doi:10.1097/00006842-193901000-00013

- Alonso, F.J., Llisterri, J.L., Rodríguez, G.C., Prieto M.A., Divisón, J.A., Barrios V., ... y González-Segura, D. (2013). Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hipertensión arterial. Estudio PRESCAP 2010. *Semergen*, 39 (1), 3-11. doi:10.1016/j.semerg.2012.05. 007
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Álvarez - Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica (Ponencia del XXV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica). En *SEDEN*, 4(2), 64-68. Recuperado de http://www.revistaseden.org/files/art134_1.pdf
- Ammouri, A. A., y Neuberger, G. (2008). The perception of risk of heart disease scale: development and psychometric analysis. *Journal of Nursing Measurement*, 16(2), 83-97. doi:10.1891/1061-3749.16.2.83
- Amore, M. (2013). Disease control in patients with asthma is associated with alexithymia but not with depression or anxiety. *Behavioral Medicine*, 39, 138-145. doi:10.1080/08964289.2013.818931
- Anda, R., Williamson, D., Jones, D., Macera, C., Eaker, E., Glassman, A., y Marks, J. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*, 4(4), 285-294
- Anderson, D., Metter, E., Hougaku, H., y Najjar, S. (2006). Suppressed anger is associated with increased carotid arterial stiffness in older adults. *The American Journal of Hypertension*, 19, 1129-1134. doi:10.1016/j.amjhyper.2006.04.018
- Annesi, J. J. (2013). Association of multimodal treatment-induced improvements in stress, exercise volume, nutrition, and weight with improved blood pressure in severely obese

women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 397-402. doi:10.1007/s12529-012-9240-7

- Appel, L. J., Champagne, C. M., Harsha, D. W., Cooper, L. S., Obarzanek, E., Elmer, P. J., ... y Young, D. R., (PREMIER). (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the premier clinical trial. *The Journal of American Medical Association*, 289(16), 2083-2093. doi:10.1001/jama.289.16.2083
- Arancibia, M., Behar, R., Marín, S., Inzunza, N., y Madrid, E. (2016). Funcionamiento psicosocial en pacientes agudos y crónicos no psiquiátricos en régimen hospitalario: depresión, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Médica de Chile*, 144(11), 1424-1431.
- Arenas, M. D., Álvarez-Ude, F., Reig-Ferrer, A., Zito, J. P., Gil, M. T., Carretón, M. A., ... y Moledous, A. (2007). Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: the clinical value of COOP-WONCA Charts. *Journal of Nephrology*, 20(3), 304-310.
- Ariff, F., Suthahar, A., y Ramli, M. (2011). Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. *Singapore Medical Journal*, 52(1), 29-34.
- Arrebola, A. L., Garcia, R., Catena, A., Marfil, R., Melgares, R., y Ramírez, J. A. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 111-119.
- Arslantas, D., Ayranci, U., Unsal, A., y Tozun, M. (2008). Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chinese Medical Journal*, 121(16), 1524-1531.
- Ashford, B., Biddle, S., y Goudas, M. (1993). Participation in community sports centres: motives and predictors of enjoyment. *Journal of Sports Sciences*, 11(3), 249-256. doi:10.1080/02640419308729992

- Baader, T., Molina, J. L., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., ... y Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10-22. doi:10.4067/S0717-92272012000100002
- Bagby, M., Parker, D. A., y Taylor, J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bagby, M., Parker, D. A., y Taylor, J. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. doi:10.1016/0022-3999(94)90006-X
- Baiardini, I., Braidó, F., Giardini, A., Majani, G., Cacciola, C., Rogaku, A., ... y Canonica, G. W. (2006). Adherence to treatment: assessment of an unmet need in asthma. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 16(4), 218-223.
- Ballester, F., Pérez-Hoyos, S., Rivera, M. L., Merelles, T., Tenías, J. M., Soriano, J. B., ... y Antó, J. M. (1999). Patrones de frecuentación y factores asociados al ingreso en el hospital de las urgencias hospitalarias por asma y por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 35(1), 38-44. doi:10.1016/S0300-2896(15)30320-3
- Bane, C., Hughes, C. M., y McElnay, J. C. (2006). The impact of depressive symptoms and psychosocial factors on medication adherence in cardiovascular disease. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 187-193. doi: 10.1016/j.pec.2005.01.003
- Banegas, J. R., y Rodríguez, F. (2002). El problema de la hipertensión arterial en España. *Revista Clínica Española*, 202(1), 12-15. doi:10.1016/S0014-2565(02)70972-7

- Banegas, J. R., Rodríguez-Artalejo, F., Graciani, A., Villar, F., y Herruzo, R. (2003). Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(Supl. 1), 18-21. doi:10.1038/sj.ejcn.1601804
- Banegas, J. R., Villar, F., Graciani, A., y Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Revista Española de Cardiología*, 6(Supl. G), 3-12. doi: 10.1016/S1131-3587(06)75324-9
- Barefoot, J. C., Helms, M. J., Mark, D. B., Blumenthal, J. A., Califf, R. M., Haney, T. L., ... y Williams, R. B. (1996). Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, 78(6), 613-617. doi:10.1016/S0002-9149(96)00380-3
- Barnabe, C., Sun, Y., Boire, G., Hitchon, C. A., Haraoui, B., Thorne, J. C., ... y Pope, J. E. (2015). Heterogeneous disease trajectories explain variable radiographic, function and quality of life outcomes in the Canadian early arthritis cohort (CATCH). *PloS one*, 10(8), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0135327
- Bautista, L. E., Vera-Cala, L. M., Colombo, C., y Smith, P. (2012). Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *American journal of Hypertension*, 25(4), 505-511. doi:10.1038/ajh.2011.256
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. doi:10.1037/h0037562
- Beléndez, M., Lorente, I., y Maderuelo, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 300-303. doi:10.1016/j.gaceta.2015.02.005
- Bennett, P., y Connell, H. (1999). Dyadic processes in response to myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*, 4(1), 45-56. doi:10.1080/135485099106397

- Bennett, R., Lowe, R., Mayfield, T., y Morgan, M. (1999). Coping, mood and behavior following myocardial infarction: results of a pilot study. *Coronary Health Care*, 13, 192-198. doi:10.1016/S1362-3265(99)80044-3
- Bentsen, S. B., Rokne, B., y Wahl, A. K. (2013). Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 905-912. doi: 10.1111/scs.12002
- Benzo, R. P., Abascal-Bolado, B., y Dulohery, M. M. (2016). Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 617-623. doi:10.1016/j.pec.2015.10.031
- Beresnevaite, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 117-122. doi:10.1159/000012378
- Bertomeu, V. y Castillo-Castillo, J. (2008). Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad. *Revista Española de Cardiología*, 8(Supl. E), 2-9. doi: 10.1016/S1131-3587(08)76101-6
- Besen, D. B., y Esen, A. (2012). Acceptance of illness and related factors in Turkish patients with diabetes. *Social Behavior and Personality*, 40(10), 1597-1609. doi:10.2224/sbp.2012.40.10.1597
- Black, H. R. (1999). Will better-tolerated antihypertensive agents improve blood pressure control? JNC VI revisited. *The American Journal of Hypertension*, 12(S9), 225S-230S. doi:10.1016/S0895-7061(99)00102-8
- Blumenthal, J. A., Lett, H. S., Babyak, M. A., White, W., Smith, P. K., Mark, D. B., ... y Newman, M. F. (2003). Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *The Lancet*, 362(23), 604-609. doi:10.1016/S0140-6736(03)14190-6

- Bonnet, F., Irving, K., Terra, J. L., Nony, P., Berthezène, F., y Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 178(2), 339-344. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2004.08
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., y Fagermoen, M. S. (2015). Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 20(7), 942-953. doi:10.1177/1359105313504235
- Boraita, A., Baño, A., Berrazueta, J. R., Lamiel, R., Luengo, E., Manonelles, P., y Pons, C. (2000). Guías de práctica clínica de la sociedad española de cardiología sobre la actividad física en el cardiópata. *Revista Española de Cardiología*, 53(5), 684-726.
- Bosworth, H. B., Bartash, R. M., Olsen, M. K., y Steffens, D. C. (2003). The association of psychosocial factors and depression with hypertension among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1142-1148. doi:10.1002/gps.1026
- Botija, M. P., Lizán, L., Gosalbes, V., Bonet, Á., y Fornos, A. (2007). ¿Cómo influye el tratamiento intensivo de los factores de riesgo cardiovascular en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos?. *Atención Primaria*, 39(5), 227-234.
- Boyer, B. A., Matour, S. J., Crittenden, K. B., Larson, K. A., Cox, J. M., y Link, D. D. (2013). Appraisals of fear, helplessness, and perceived life-threat during emergent cardiac surgery: relationship to pre-surgical depression, trauma history, and posttraumatic stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 173-185. doi:10.1007/s10880-012-9330-3
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., ... y Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of the American Medical Association*, 284(22), 2907-2911.

- Brink, E., Grankvist, G., Karlson, B. W., y Hallberg, L. R. M. (2005). Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research, 14*(3): 749-757. doi:10.1007/s11136-004-0785-z
- Brink, E., Karlson, B.W., y Hallberg, L. R. M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women´s and men´s health-related quality of life after five months. *Psychology, Health and Medicine, 7*(1), 5-16.
doi:10.1080/13548500120101522
- Büchi, S., Brändli, O., Klingler, K., Klaghofer, R., y Buddeberg, C. (2000). Inpatient rehabilitation in inpatients with chronic obstructive lung diseases (COPD): Effect on physical capacity for work, psychological wellbeing and quality of life. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 130*(5), 135-142.
- Buetow, S., Goodyear-Smith, F., y Coster, G. (2001). Coping strategies in the self-management of chronic heart failure. *Family Practice, 18*(2), 117-222.
doi:10.1093/fampra/18.2.117
- Bulai, I., y Enea, V. (2016). Dissociation and alexithymia in a Romanian sample of substance abuse patients. *Journal of Substance Use, 21*(6), 646-651.
doi:10.3109/14659891.2015.1130183
- Burnier, M. (2000). Long-term compliance with antihypertensive therapy: Another facet of chronotherapeutics in hypertension. *Blood Pressure Monitoring, 5*(Supl. 1), S31-S34.
- Byrne, N., y Ditto, B. (2005). Alexithymia, cardiovascular reactivity, and symptom reporting during blood donation. *Psychosomatic Medicine, 67*, 471-475.
- Cameron, L. D., y Leventhal, H. (Eds.). (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.

- Carney, R. M., Freedland, K. E., Eisen, S. A., Rich, M. W., y Jaffe, A. S. (1995). Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology, 14*(1), 88-90. doi:10.1037/0278-6133.14.1.88
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Miller, G. E., y Jaffe, A. S. (2002). Depression as a Risk Factor for Cardiac Mortality And Morbidity: A Review of Potential Mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 897-902. doi:10.1016/S0022-3999(02)00311-2
- Caro, J. J., Salas, M., Speckman, J. L., Raggio, G., y Jackson, J. D. (1999). Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal, 160* (1), 31-37.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.
- Carrasco-Garrido, P., de Miguel-Díez, J., Rejas-Gutierrez, J., Martín-Centeno, A., Gobartt-Vázquez, E., Hernandez-Barrera, V., ... y Jimenez-Garcia, R. (2009). Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in Spain from a gender perspective. *BMC Pulmonary Medicine, 9*(2), 1-8. doi:10.1186/1471-2466-9-2
- Carrasco, P., Gil, B., Fernández, C., Ortiz, J., Fernández, J. S., Gallo, F., y Fernández, I. (2003). Día de análisis en Granada de la hipertensión arterial. Estudio DAGA. *Hipertensión, 20*(5), 195-199. doi:10.1016/S1889-1837(03)71384-1
- Chan, I., Lai, J., y Wong, K. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology and Health, 21*(3), 335-349. doi:10.1080/14768320500215137

- Chen, L., Davey, S. G., Harbord, R.M., y Lewis, S. J. (2008). Alcohol intake and blood pressure: A systematic review implementing a Mendelian randomization approach. *PLoS Medicine*, 5(3), 461-471. doi:10.1371/journal.pmed.0050052
- Chen, W., Lynd, L. D., FitzGerald, J. M., Marra, C. A., Rousseau, R., y Sadatsafavi, M. (2015). The added effect of comorbidity on health-related quality of life in patients with asthma. *Quality of Life Research*, 24(10), 2507-2517. doi:10.1007/s11136-015-0995-6
- Cheung, B. MY., Au, THY., Chan, SY., Lam, CM., Lau, SH., Lee, RP., y Tsang, HH. (2005). The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. *Experimental & Clinical Cardiology*, 10(1), 21-24.
- Chida, Y., y Steptoe A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936-946. doi:10.1016/j.jacc.2008.11.044
- Chiu, K., Boonsawat, W., Cho, S., Cho, Y. J., Hsu, J., Liam, C., ...y Kwon, N. (2014). Patients' beliefs and behaviors related to treatment adherence in patients with asthma requiring maintenance treatment in Asia. *Journal of Asthma*, 51(6), 652-659. doi:10.3109/02770903.2014.898772
- Choi, J. Y., Chung, H. I. C., y Han, G. (2013). Patient outcomes according to COPD action plan adherence. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 883-891. doi:10.1111/jocn.12293
- Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Bentley, B., Trupp, R., y Armentano, D. S. (2006). Gender differences in adherence to the sodium-restricted diet in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(8), 628-634. doi:10.1016/j.cardfail.2006.07.007
- Coca, A., Gómez, P., Llisterri, J. L., y Camafort, M. (2012). Riesgo cardiovascular percibido por el paciente hipertenso y grado de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial:

estudio Cumplimentha. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29(4), 136-144.

doi:10.1016/j.hipert.2012.09.001

Comín-Colet, J., Anguita, M., Formiga, F., Almenar, L., Crespo-Leiro, M., Manzano, L., ... y

Enjuanes, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC.

Revista Española de Cardiología, 69(3), 256-271. doi:10.1016/j.recesp.2015.07.034

Conn, V. S., Taylor, S. G., y Wiman, PH. (1991). Anxiety, depression, quality among

survivors of myocardial infarction of life, and self-care. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(4), 321-331. doi:10.3109/01612849109010014

Connor, K. M., y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The

Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.

doi:10.1002/da.10113

Consedine, N., Magai, C., y Chin, S. (2004). Hostility and anxiety differentially predict

cardiovascular disease in men and women. *Sex Roles*, 50, 63-75.

doi:10.1023/B:SERS.0000011073.44105.6f

Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento

y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.

Cosín, J., Hernández, A., Masramón, X., Arístegui, R., Aguilar, A., Zamorano, J. L., ... y

Rodríguez, L. (2007). Sobrepeso y obesidad en pacientes con hipertensión arterial.

Estudio CORONARIA. *Medicina Clínica*, 129(17), 641-645. doi:10.1157/13112092

Costa de Robert, S., Barontini, M., Forcada, P., Carrizo, P., y Almada, L. (2010). Estrés

psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 78(5), 425-431.

- Crowley, M. J., Zullig, L. L., Shah, B. R., Shaw, R. J., Lindquist, J. H., Peterson, E. D., y Bosworth, H. B. (2015). Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 83-90. doi:10.1007/s11606-014-3072-x
- Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, M. A., y Sundquist, K. (2016). Low stress resilience in late adolescence and risk of hypertension in adulthood. *Heart*, 102(7), 541-547. doi:10.1136/heartjnl-2015-308597
- Czajkowski, S. M. (1998). Psychosocial aspects of women's recovery from heart disease. En Orth-Gomér, K., Chesney, M. A y Wenger N. K., Taylor y Francis (Eds.). *Women, stress, and heart disease* (pp. 151-164). New Jersey United States of America: Lawrence Erlbaum Associates, inc. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=L1Z4AgAAQBAJ&hl=es&lr=>
- Davidson, K., y Mostofsky, E. (2010). Anger expression and risk of coronary heart disease: Evidence from the Nova Scotia Health Survey. *American Heart Journal*, 159(2), 199-206. doi:10.1016/j.ahj.2009.11.007
- Defilló, M. (1987). Hipertension arterial sistémica. consideraciones y comentarios acerca de su etiopatogenia y fisiopatología. *Acta Medica Dominicana*, 9(6), 227-236.
- De Freitas, M. C., y Rino, M. M. (2007). Condición crónica de salud del adulto: Análisis de concepto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a11.pdf
- Degli, E., Sturani, A., Di Martino, M., Falasca, P., Novi1, M. V., Baio, G., ... y Volpe, M. (2002). Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *Journal of Human Hypertension*, 16, 439-444. doi:10.1038/sj/jhh/1001418
- De la Peña, A., Suárez, C., Cuende, I., Muñoz, M., Garré, J., Camafort, M., ... y Alcalá, J. (2005) Control integral de los factores de riesgo en pacientes en alto y muy alto riesgo

cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Medicina Clínica*, 124, .44-9.

doi:10.1157/13070450

Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 11(5), 343-358. doi:10.1002/(SICI)1099-0984(199712)11:5<343::AID-PER305>3.0.CO;2-P

Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266. doi:10.1016/S0022-3999(00)00177-X

Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, Ch., y Conraads, V., (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, 105, 1555-1560. doi:10.1016/j.amjcard.2010.01.015.

Dimsdale, J. E., Pierce, CH., Schoenfeld, D., Brown, A., Zusman, R., y Graham, R. (1986). Suppressed anger and blood pressure: The effects of race, sex, social class, obesity, and age. *Psychosomatic Medicine*, 48(6), 430-436. doi:10.1097/00006842-198607000-00005

Drazen, J.M. (2016). Asthma. En L. Goldman, y A.I. Schafer, (Eds.), *Goldman-Cecil Medicine, volumen I* (25 th editions) (pp. 548-555). United States of America: Elsevier Inc.

Drotar, D., y Bonner, S. M. (2009). Influences on adherence to pediatric asthma treatment: A review of correlates and predictors. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(6), 574-582. doi:10.1097/DBP.0b013e3181c3c3bb

Dunlop, D. D., Lyons, J. S., Manheim, L. M., Song, J., y Chang, R. W. (2004). Arthritis and heart disease as risk factors for major depression. The role of functional limitation. *Medical Care*, 42, 502-511.

Egan, B. M., Lacckland, D. T., y Cutler, N. E. (2003). Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: implications for health policy, education,

and research. *Archives of Internal Medicine*, 163, 681-687.

doi:10.1001/archinte.163.6.681

Eisner, M. D., y Iribarren, C. (2007). The influence of cigarette smoking on adult asthma

outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(1), 53-56. doi:10.1080/14622200601078293

Elmer, P. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Simons-Morton, D., Stevens, V. J., Young, D.

R., ... y Appel, L. J., (PREMIER). (2006). Lifestyle modification on diet, weight,

physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial.

Annals of Internal Medicine, 144(7), 485-496. doi:10.7326/0003-4819-144-7-

200604040-00007

Erickson, S. R., Williams, B. C., y Gruppen, L. D. (2001). Perceived symptoms and health-

related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to

normal controls. *Journal of Human Hypertension*, 15(8), 539-548.

doi:10.1038/sj.jhh.1001236

España, Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), Sociedad Española de Hipertensión-Liga

Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) (1996). Control

de la hipertensión arterial en España. *Revista Española de Salud Pública*, 70(2), 139-

210.

España, Ministerio de Sanidad y Política Social (2008). *Codificación clínica con la CIE-9-*

MC. Unidad técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Boletín 30.

Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Espinosa, J., Martell, N., Llerena, A., y Fernández, D. (2012). Cumplimiento farmacológico

en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los

años 1975 y 2011. *Semergen*, 38(5), 292-300. doi:10.1016/j.semern. 2012.01.001

Evers, A., Kraaimaat, F., Lankveld, W., Jongen, P., Jacobs, J., y Bijlsma, J. (2001). Beyond

unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036. doi:10.1037//0022-006X.69.6.1026
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., y Salonen, J. T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 113-121. doi:10.1097/00006842-199603000-00003
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Julkunen, J., y Salonen, J. T. (1998). Anger expression and incident hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 60(6), 730-735. doi:10.1097/00006842-199811000-00014
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R., y Salonen, J. T. (1997). Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 17(8), 1490-1495. doi:10.1161/01.ATV.17.8.1490
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., y Salonen, J. T. (2000). Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. *Hypertension*, 35, 561-567. doi:10.1161/01.HYP.35.2.561
- Everson-Rose, S. A., Roetker, N. S., Lutsey, P. L., Kershaw, K. N., Longstreth Jr, W. T., Sacco, R. L., ... y Alonso, A. (2014). Chronic stress, depressive symptoms, anger, hostility, and risk of stroke and transient ischemic attack in the multi- ethnic study of atherosclerosis. *Stroke*, 45, 2318-2323. doi:10.1161/STROKEAHA.114.004815
- Ewart, C. K., y Kolodner, K. B. (1994). Negative affect, gender, and expressive style predict elevated ambulatory blood pressure in adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 596-605. doi:10.1037//0022-3514.66.3.596
- Fahrenkamp, K. (1926). *Die psychophysischen wechselwirkungen bei den hypertonie-erkrankungen*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart.

- Farber, E. W., Schwartz, J. A., Schaper, P. E., Moonen, D. J., y McDaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41(2), 140-146.
- Faria, D. A. P., Revoredo, L. S., Vilar, M. J., y Chaves, M. E. M. (2014). Resilience and treatment adherence in patients with systemic lupus erythematosus. *The Open Rheumatology Journal*, 8, 1-8.
- Feldman, R., Bacher, M., Campbell, N., Drover, A., y Chockligan, A. (1998). Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89 (5), 16-18.
- Fernández, J. (2012). The experience and expression of anger and anxiety in bronchial asthma patients. *Anuario de Psicología*, 42(2), 213-225.
- Fernández-Abascal, E. G., y Martín, M. D. (1994). Ira y hostilidad en los trastornos coronarios. *Anales de la psicología*, 10(2), 177-188. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/08-10_2.pdf
- Fernández, S., López, M. L., Comas, A., García, E., y Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15(1), 82-87.
- Fisher, J., Parkinson, K., y Kothari, M. J. (2003). Self-reported depressive symptoms in myasthenia gravis. *Journal of Clinical Neuromuscular Disease*, 4(3), 105-108.
- Frasure-Smith, N., y Lespérance, F. (2005). Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Psychosomatic Medicine*, 67(Supl. 1), 19-25. doi:10.1097/01.psy.0000162253.07959.db
- Friedman, M. Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., Pieper, C., Gerin, W., y Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in hypertension. Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 19-31.

- Frijling, B. D., Lobo, C. M., Keus, I. M., Jenks, K. M., Akkermans, R. P., Hulscher, M. E., ... y Grol, R. P. (2004). Perceptions of cardiovascular risk among patients with hypertension or diabetes. *Patient education and counseling*, 52(1), 47-53. doi:10.1016/S0738-3991(02)00248-3
- Frileux, S., Sastre, T. M., Mullet, E., y Sorum, P. C. (2004). The impact of the preventive medical message on intention to change behavior. *Patient Education and Counseling*, 52(1), 79-88. doi:10.1016/S0738-3991(03)00003-X
- Fuchs, F. D., Chambless, L. E., Whelton, P. K., Nieto, F. J., y Heiss, G. (2001). Alcohol consumption and the incidence of hypertension the atherosclerosis risk in communities study. *Hypertension*, 37, 1242-1250. doi:10.1161/01.HYP.37.5.1242
- Fung, T. T., Chiuve, S. E., McCullough, M. L., Rexrode, K. M., Logroscino, G., y Hu, F. B. (2008). Adherence to a DASH-Style diet and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Archives of Internal Medicine*, 168(7), 713-720. doi:10.1001/archinte.168.7.713
- García, C., Medina, M. E., Solano, G., Gómez, D., y Gómez, V. (2010). El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial, *Escola Anna Nery*, 14(1), 33-38.
- García-Vera, M., Sanz, J., Espinosa, R., Fortún, M., y Magán, I. (2010). Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. *Hypertension Research*, 33, 203-208. doi:10.1038/hr.2009.210
- Garrell, L., y Gimferrer, N. (2014). El paciente con cáncer. En Martín, A.; Cano, J.F. y Gené, J. (Eds.), *Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia* (pp. 450-474), Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Gehi, A. K., Ali, S., Na, B., y 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.

- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., y Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Archives of Internal Medicine*, 165(21), 2508-2513.
doi:10.1001/archinte.165.21.2508
- Gemmell, L. A., Terhorst, L., Jhamb, M., Unruh, M., Myaskovsky, L., Kester, L., y Steel, J. L. (2016). Gender and racial differences in stress, coping, and health-related quality of life in chronic kidney disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 806-812. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.05.029
- Gentil, L., Vasiliadis, H. M., Prévile, M., Bossé, C., y Berbiche, D. (2012). Association between depressive and anxiety disorders and adherence to antihypertensive medication in community-living elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2297-2301. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04239.x
- Gentry, W. D., Chessney, A. P., Gary, H. E. Jr., Hall, R. P., y Harburg, E. (1982). Habitual anger-coping styles: I. Effect on mean blood pressure and risk for essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 44(2), 195- 202. doi:10.1097/00006842-198205000-00005
- Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Programas Asistenciales (2015, marzo). *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias*. Madrid: ENTHEOS, S.L.U.
Recuperado de
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=abd50fe3-cca3-11e4-b8de-159dab37263e&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
- Goldstein, H. S., Edelberg, R., Meier, C. F., y Davis, L. (1988). Relationship of resting blood pressure and heart rate to experienced anger and expressed anger. *Psychosomatic Medicine*, 50, 321-329. doi:10.1097/00006842-198807000-00001

- González-Freire, B., Vázquez-Rodríguez, I., Marcos-Velázquez, P., y González de la Cuesta, C. (2010). Repression and coping styles in asthmatic patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 220-229. doi:10.1007/s10880-010-9198-z.
- Grabe, H. J., Schwahn, Ch., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Freyberger, H. J., ... y Völzke, H. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68,139-147.
doi:10.1016/j.jpsychores.2009.07.015
- Grace, S. L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., ... y Stewart, D. E. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 153-160.
doi:10.1016/j.jpsychores.2005.05.005
- Granados, G., y Gil, J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 165-206.
- Granados, G., y Gil, J. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *Internacional Journal of Psychological Therapy*, 7(3), 393-403.
- Guck, Th., Kinney, M., Anazia,G., y Williams, M. (2012). Relationship between acceptance of illness and functional outcomes following cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 32, 187-191. doi:
10.1097/HCR.0b013e31825859c1
- Guiry, E., Conroy, R. M., Hickey, N., y Mulcahy, R. (1987). Psychological response to an acute coronary event and its effect on subsequent rehabilitation and lifestyle change. *Clinical Cardiology*, 10, 256-260. doi:10.1002/clc.4960100409

- Gutiérrez-Fisac, J. L., Suárez, M., Neira, M., y Regidor, E. (2013). *Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ha, N. T., Duy, H. T., Le, N. H., Khanal, V., y Moorin, R. (2014). Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health*, *14*(1), 833-841. doi:10.1186/1471-2458-14-833
- Halimi, L., Pry, R., Pithon, G., Godard, Ph., Varrin, M., y Chanez, P. (2010). Severe asthma and adherence to peak flow monitoring: Longitudinal assessment of psychological aspects. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*, 331-340. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.02.007
- Han, D., Zhang, Y., Li, B., Lv, Z., Huo, X., Li, Y., y Zhong, Y. (2011). Alexithymia in Chinese chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients: The prevalence and related factors of alexithymia. *Psychiatry Research*, *198*, 274-278. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.018
- Harburg, E., Blakelock, E. H., y Roeper, P. J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 189-202. doi:10.1097/00006842-197905000-00002
- Harburg, E., Gleiberman, L., Russell, M., y Cooper, L. (1991). Anger-coping styles and blood pressure in black and white males: Buffalo, New York. *Psychosomatic Medicine*, *53*, 153-164. doi:10.1097/00006842-199103000-00005
- Hassan, N. B., Hasanah, C. I., Foong, K., Naing, L., Awang, R., Ismail, S. B., ... y Rahman, A. R. A. (2006). Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. *Journal of Human Hypertension*, *20*(1), 23-29. doi:10.1038/sj.jhh.1001930

- Haukkala, A., Konttinen, H., Laatikainen, T., Kawachi, I., y Uutela, A. (2010). Hostility, anger control, and anger expression as predictors of cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 556-562. doi:10.1097/PSY.0b013e3181dbab87
- He, J., Gu, D., Chen, J., Jaquish, C. E., Rao, D. C., Hixson, J. E., ... y Whelton, P. K. (2009). Gender difference in blood pressure responses to dietary sodium intervention in the GenSalt study. *Journal of Hypertension*, 27, 48-54. doi:10.1097/HJH.0b013e328316bb87
- Helmers, K. F., y Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in health male volunteers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 635-645. doi:10.1016/S0022-3999(99)00067-7
- Heras, M., Fernández-Reyes, M. J., y Guerrero, M. T. (2014). Mortalidad global en ancianos con hipertensión arterial: Seguimiento prospectivo durante 6 años. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 31(1), 3-6. doi:10.1016/j.hipert.2013.05.002
- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Buss, U., y Rüger, U. (2000). Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 455-462. doi:10.1016/S0022-3999(99)00086-0
- Hesselink, A. E., Penninx, B. W. J. H., Schlösser, M. A. G., Wijnhoven, H. A. H., Van Der Windt, D. A. W. M., ... y Van Eijk, J. T. M. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Research*, 13(2), 509-518. doi:10.1023/B:QURE.0000018474.14094.2f
- Hippisley-Cox, J., Fielding, K., y Pringle, M. (1998). Depression as a risk factor for ischaemic heart disease in men: Population based case-control study. *British Medical Journal*, 316, 1714-1719. doi:10.1136/bmj.316.7146.1714

- Ho, P. M., Magid, D. J., Shetterly, S. M., Olson, K. L., Maddox, T. M., Peterson, P. N., ... y Rumsfeld, J. S. (2009). Medication nonadherence and adverse outcomes in CAD patients. *Cardiology Review*, 26 (2). 22-26.
- Hogan, B. E., y Linden, W. (2005). Curvilinear relationships of expressed anger and blood pressure in women but not in men. Evidence from two samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 97-102. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.02.014
- Holt, E. W., Muntner, P., Joyce, C. J., Webber, L., y Krousel-Wood, M. A. (2010). Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age and Ageing*, 39(4), 481-487. doi:10.1093/ageing/afq040
- Hosseini, S. H., Mokhberi, V., Mohammadpour, R. A., Mehrabianfard, M., y Lashak, N. B. (2011). Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 214-218. doi:10.3109/13651501.2011.572168
- Huertas-Vieco, M. P., Pérez-García, R., Albalate, M., de Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., ... y Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*, 34(6), 737-742. doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477
- Izawa, S., Eto, Y., Yamada, K. C., Nakano, M., Yamada, H., Nagayama, M., ... y Nomura, S. (2011). Cynical hostility, anger expression style, and acute myocardial infarction in middle-aged Japanese men. *Behavioral Medicine*, 37(3), 81-86. doi:10.1080/08964289.2011.585547
- Jacka, F. N., Pasco J. A., McConnell, S., Williams, L. J., Kotowicz, M. A., Nicholson, G. C., y Berk, M. (2007). Self-reported depression and cardiovascular risk factors in a community sample of women. *Psychosomatics*, 48(1), 54-59. doi:10.1176/appi.psy.48.1.54

- Jackevicius, C. A., Li, P., y Tu J.V. (2008). Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. *Circulation*, 117, 1028-1036.
doi:10.1161/ circulationaha.107.706820
- Jackevicius, C. A., Mamdani, M., y Tu, J. V. (2002). Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *Journal of the American Medical Association*, 288, 462- 467. doi:10.1001/jama.288.4.462
- Jankowska-Polańska, B., Dudek, K., Szymanska-Chabowska, A., y Uchmanowicz, I. (2016). The influence of frailty syndrome on medication adherence among elderly patients with hypertension. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1781-1790. doi:10.2147/CIA.S113994
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., y Jedynek, T. (2014). Emotional control, styles of coping with stress and acceptance of illness among patients suffering from chronic somatic diseases. *Stress Health*, 30, 34-42. doi:10.1002/smi.2493
- Jaser, S. S., y White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child Care, Health and Development*, 37(3), 335-342. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x
- Jokisalo, E., Kumpusalo, E., Enlund, H., y Takala, J. (2001). Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *Journal of Human Hypertension*, 15(11), 755-761. doi:10.1038/sj.jhh.1001276
- Jonas, B. S., y Lando, J. F. (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62, 188-196. doi:10.1097/00006842-200003000-00006
- Jordán, L. M., Martín, J. C., Corres, M. R., Diez, L., y Zubillaga G. (1998). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población general. Estudio epidemiológico realizado en Guipúzcoa. *Archivos de Bronconeumología*, 34(1), 23-27. doi:10.1016/S0300-2896(15)30501-9

- Joyner, J., Moore, A. R., Mount, D. L., Simmons, D. R., Ferrario, C. M., y Cline, D. M. (2012). Emergency department patients self-report higher patient inertia, hopelessness, and harmful lifestyle choices than community counterparts. *The Journal of Clinical Hypertension*, *14*(12), 828-835. doi:10.1111/jch.12001
- Jula, A., Salminen, J. K., y Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia a facet of essential hypertension. *Hipertensión*, *33*(4), 1057-1061. doi:10.1161/01.HYP.33.4.1057
- Kahler, Ch. W., Leventhal, A. M., Colby, S. M., Gwaltney, Ch. J., Kamarck, T. W., y Monti, P. M. (2009). Hostility, cigarette smoking, and responses to a lab-based social stressor. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *17*(6): 413-424. doi:10.1037/a0017690
- Kannel, W. B., y McGee, D. L. (1979). Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation*, *59*(1), 8-13. doi:10.1161/01.CIR.59.1.8
- Kaplan, N. M. (1991). *Clinical hypertension* (5ª Ed.). En Lopez, G., y Morando, A. (Trd.), ACINDES (Ed.). Hipertensión clínica. Buenos Aires, Republica Argentina. Editorial Medica Hipanoamericana.
- Karademas, E. C., y Hondronikola, I. (2010). The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: a prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine*, *15*(3), 336-346. doi:10.1080/13548501003668265
- Katon, W., y Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(4), 859-863. doi:10.1016/S0022-3999(02)00313-6
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Julkunen, J., y Salonen J. T. (1996). Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, *41*, 541-549. doi:10.1016/S0022-3999(96)00226-7

- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., y He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365, 217-223. doi: 10.1016/S0140-6736(05)17741-1
- Khan, N., Yun, L., Humphries, K., y Kapral, M. (2010). Antihypertensive drug use and adherence after stroke are there sex differences?. *Stroke*, 41, 1445-1449. doi:10.1161/STROKEAHA.110.579375
- Khayyam, Z., Neshat, H. T., Yousefy, A., Manshaee, G., y Sadeghei, M. (2014). The relationship of alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in coronary heart disease (A psychological model). *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 98-105. doi:10.4103/2277-9531.134816
- Khdour, M. R., Hawwa, A. F., Kidney, J. C., Smyth, B. M., y McElnay, J. C. (2012). Potential risk factors for medication non-adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *European Journal of Clinical Pharmacology*, 68(10), 1365-1373. doi:10.1007/s00228-012-1279-5
- Kellerman, Q. D., Christensen A. J., Baldwin, A. S., y Lawton, W.J. (2010). Association between depressive symptoms and mortality risk in chronic kidney disease. *Health Psychology*, 29(6), 594-600. doi:10.1037/a0021235
- Kettani, F.-Z., Dragomir, A., Côté, R., Roy, L., Bérard, A., Blais, L., ... y Perreault, S. (2009). Impact of a better adherence to antihypertensive agents on cerebrovascular disease for primary prevention. *Stroke*, 40, 213-220. doi:10.1161/STROKEAHA.108.522193.
- Ketterer, M. W., Mahr, G., Cao, J. J., Hudson, M., Smith, S., y Knysz, W. (2004). What's "unstable" in unstable angina?. *Psychosomatics*, 45(3), 185-196. doi:10.1176/appi.psy.45.3.185

- Kim, M. T., Han, H.-R., Hill, M. N., Rose L., y Roary M. (2003). Depression, substance use, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive black men. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 24-31. doi:10.1207/S15324796ABM2601_04
- Kim, J., y Kim, K. (2015). Gender differences in health-related quality of life of Korean patients with chronic obstructive lung disease. *Public Health Nursing*, 32(3), 191-200. doi:10.1111/phn.12129
- Kirkil, G., Deveci, F., Deveci, S., y Atmaca, M. (2015). Anxiety and depression symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 151-161. doi:10.5455/bcp.20121130122137
- Koelewijn-van Loon, M. S., van der Weijden, T., Ronda, G., van Steenkiste, B., Winkens, B., Elwyn, G., y Grol, R. (2010). Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a cluster-randomized controlled trial in primary care. *Preventive medicine*, 50(1), 35-44. doi:10.1016/j.ypmed.2009.11.007
- Kop, W. J. (1999). Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 61, 476-487. doi:10.1097/00006842-199907000-00012
- Kripalani, S., Yao, X., y Haynes, R. B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167, 540-550.
- Kristofferzon, M. L., Lindqvist, R., y Nilsson, A. (2011). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 476-483. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00851.x

- Kronish, I., Edmondson, D., Goldfinger, J., Fei, K., y Horowitz, C. (2012). Posttraumatic stress disorder and adherence to medications in survivors of strokes and transient ischemic attacks. *Stroke*, *43*, 2192-2197. doi:10.1161/STROKEAHA.112.655209.
- Kubzansky, L. D., Davidson, K.W., y Rozanski, A. (2005). The clinical impact of negative psychological states: Expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, *67*(Supl. 1), 10-14. doi:10.1097/01.psy.0000164012.88829.41
- Kubzansky, L. D., Park, N., Peterson, C., Vokonas, P., y Sparrow, D. (2011). Healthy psychological functioning and incident coronary heart disease: the importance of self-regulation. *Archives of General Psychiatry*, *68*(4), 400-408.
- Kuiper, N. A., y Nicholl, S. (2004). Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health. *Humor: International Journal of Humor Research*, *17*(1-2), 37-66.
doi:10.1515/humr.2004.007
- Kulkarni, S. P., Alexander, K. P., Lytle, B., Heiss, G., y Peterson, E. D. (2006). Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *American Heart Journal*, *151*(1), 185-191.
doi:10.1016/j.ahj.2005.02.038
- Kumbhani, D. J., Fonarow, G. C., Cannon, C. P., Hernandez, A. F., Peterson, E. D., Peacock, W. F., ... y Bhatt, D. L. (2013). Predictors of adherence to performance measures in patients with acute myocardial infarction. *The American Journal of Medicine*, *126*(1), 74.e1-74.e9. doi:10.1016/j.amjmed.2012.02.025
- Labott, S., Sanjabi, L., Jenkins, N., y Iannuzzi, M. (2001). Anger experience and expression in chronic obstructive pulmonary disease. *Psychology, Health & Medicine*, *6*(4), 481-486. doi:10.1080/13548500120087051
- Lambiase, M. J.; Kubzansky, L. D., y Thurston, R. C. (2014). Prospective study of anxiety and incident stroke. *Stroke*, *45*, 438-443. doi:10.1161/STROKEAHA.113.003741.

- Larson, S. L.; Owens, P. L.; Ford, D., y Eaton, W. (2001): Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiological Catchment Area Study. *Stroke*, 32, 1979-1983. doi:10.1161/hs0901.094623
- Lavoie, K. L., Bacon, S. L., Barone, S., Cartier, A., Ditto, B., y Labrecque, M. (2006). What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both?. *Chest Journal*, 130(4), 1039-1047. doi:10.1378/chest.130.4.1039
- Laws, M. B., Rose, G. S., Bezreh, T., Beach, M. C., Taubin, T., y Kogelman, L. (2012). Treatment acceptance and adherence in HIV disease: patient identity and the perceived impact of physician-patient communication. *Patient Preference and Adherence*, 6, 893-903. doi:10.2147/PPA.S36912
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, H., Lim, Y., Kim, S., Park, H. K., Ahn, J. J., Kim, Y., y Lee, B. C. (2014). Predictors of low levels of self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease in South Korea. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 78-83. doi:10.1111/nhs.12064
- Lespérance, F., y Frasure-Smith, N. (2000). Depression in patients with cardiac disease: a practical review. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 379-391. doi:10.1016/S0022-3999(99)00102-6
- Leung, D., Bai, X., Leung, A., Liu, B., y Chi, I. (2015). Prevalence of medication adherence and its associated factors among community-dwelling Chinese older adults in Hong Kong. *Geriatrics Gerontology International*, 15, 789-796. doi:10.1111/ggi.12342
- Lewko, J., Politynska, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M., ... y Kowalczyk, K. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Advances in Medical Sciences*, 52(Supl. 1), 144-146.

- Li, W-W., Kuo, C-T., Hwang, S-L., y Hsu, H-T. (2012). Factors related to medication non adherence for patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1816-1824. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04088.x.
- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (LELHA) (1995). *Situación actual de la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España*. Madrid: (LELHA) Lucha contra la Hipertensión Arterial,
- Lind, N., Nordin, M., Palmquist, E., Claeson, A., Millqvist, E., y Nordin, S. (2015). Coping and social support in asthma and allergy: The Västerbotten Environmental Health Study. *Journal of Asthma*, 52(6), 622-629. doi:10.3109/02770903.2014.991970.
- Liu, J., Chang, L., Wu, S., y Tsai, P. (2015). Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1846-1853. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.07.005
- Liu, S., Wu, R., Li, L., Liu, L., Li, G., Zhang, X., ... y Li, H. (2014). The prevalence of anxiety and depression in Chinese asthma patients. *PloS one*, 9(7), e103014. doi:10.1371/journal.pone.0103014
- Lo, S. H., Chau, J. P., Woo, J., Thompson, D. R., y Choi, K. C. (2016). Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 296-303. doi:10.1097/JCN.0000000000000251
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C. H., y Delahousse, J. (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5), 296-299. doi:10.1016/S0010-440X(97)90063-8
- López, R., Marín, B., Hueso C., Escalada, P., Sanz, A. C., y Rodríguez, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Anales*

del Sistema Sanitario de Navarra, 39(1), 123-131. doi:10.4321/S1137-

6627/2016000100014

Magán, I., Sanz, J., Espinosa, R., y García-Vera, M. P. (2013). Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial mantenida frente a la normotensión. *Clínica y Salud*, 24, 67-76. doi:10.5093/cl2013a8

Majed, B., Arveiler, D., Bingham, A., Ferrieres, J., Ruidavets, J. B., Montaye, M., ... y Empana, J-P. (2012). Depressive symptoms, a time-dependent risk factor for coronary heart disease and stroke in middle-aged men. *Stroke*, 43(7), 1761-1767. doi:10.1161/STROKEAHA.111.645366

Malik, S., y Afzal, N. (2015). Predictors of quality of life and resilience among outpatients with heart diseases. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 12(3), 31-33.

Mancia, G., Laurent, S., Agabiti-Rosei, E., Ambrosioni, E., Burnier, M., Caulfield, M. J., ... y Erdine, S. (2009). Reappraisal of European guidelines on hypertension management: A European Society of Hypertension task force document [Revisión de la guía europea de manejo de hipertensión: Documento de la Sociedad Europea de Hipertensión] (Molina, R., trad.). *Journal of Hypertension*, 27, 2121-2158. doi:10.1097/HJH.0b013e328333146d

Markovitz, J. H., Matthews, K. A., Kannel W. B., Cobb J. L., y D'Agostino R. B. (1993). Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension?. *The Journal of American Medical Association*, 270(20), 2439-2443. doi:10.1001/jama.1993.03510200045030

Márquez, E., Casado, J. J., De la Figuera, M., Gil, V., y Martell, N. (2002). El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. *Hipertensión*, 19(1), 12-16. doi:10.1016/S1889-1837(02)71216-6

- Márquez E., Martín J. L., Gil V., Martel N., Motero J., y Casado J. J. (SEH-LELHA) (2008). La inercia clínica profesional y el incumplimiento farmacológico: ¿Cómo influyen en el control de la hipertensión arterial? Estudio CUMAMPA. *Hipertensión*, 25(5), 187-193. doi:10.1016/S0212-8241(08)75977-2
- Marín, R., De la Sierra, A., Armario, P., Campo, C., Banegas J. R., y Gorostidi, M. (2005a). Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía española de hipertensión arterial. *Hipertensión*, 22(Supl. 2), 1-84. Recuperado de http://www.schta.cat/guies_espa.asp
- Marín, R., De la Sierra, A., Armario, P., Campo, C., Banegas J. R., y Gorostidi, M. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). (2005b). Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Medicina Clínica*, 125(1), 24-34. doi:10.1157/13076402
- Martín, L., Bayarre, H. D., y Grau, J. A. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012
- Martín, L., y Grau, J. A. (2004, enero-junio). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.
- Martin C. R., y Thompson D. R. (2000). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 5(2), 193-201. doi:10.1080/713690189
- Martínez, F. (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.

- Martins, C. M. William, D., y Campos L. (2016). Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 106(2), 130-135.
doi:10.5935/abc.20160012.
- Matsumoto, Y., Uyama, O., Shimizu, S., Michishita, H., Mori, R., Owada, T., y Sugita, M. (1993). Do anger and aggression affect carotid atherosclerosis?. *Stroke*, 24, 983-986.
doi:10.1161/01.str.24.7.983
- May, M., McCarron, P., Stansfeld, S., Ben-Shlomo, Y., Gallacher, J., Yarnell, J., ... y Ebrahim, S. (2002). Does psychological distress predict the risk of ischemic stroke and transient ischemic attack?. *Stroke*, 33(1), 7-12. doi:10.1161/hs0102.100529
- Mazzaglia, G., Ambrosioni, E., Alacqua, M., Filippi, A., Sessa, E., Immordino, V., ... y Mantovani, L. G. (2009). Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*, 120(16), 1598-1605. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.830299
- McCubbin, J. A., Wilson, J. F., Bruehl, S., Brady, M., Clark, K., y Kort, E. (1991). Gender effects on blood pressures obtained during an on-campus screening. *Psychosomatic Medicine*, 53, 90-100. doi:10.1097/00006842-199101000-00008
- Mehta, R. H., Bhatt, D. L., Steg, Ph. G., Goto, Sh., Hirsch, A. T., Liao, Ch., ... y Ohman, E. M. (2008). Modifiable risk factors control and its relationship with 1 year outcomes after coronary artery bypass surgery: Insights from the REACH registry. *European Heart Journal*, 29, 3052-3060. doi:10.1093/eurheartj/ehn478
- Melamed, S., Heruti, I., Shiloh, S., Zeidan, Z., y David, D. (1999). Emotional reactivity and debilitating beliefs during hospitalization predict future adjustment to first myocardial infarction in men. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 31, 23-30.
doi:10.1080/16501977312330

- Mena-Martin, F. J., Martin-Escudero, J. C., Simal-Blanco, F., Carretero-Ares, J. L., Arzuamouronte, D., y Herreros-Fernandez, V. (2003). Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: Results from the population-based Hortega study. *Journal of Hypertension*, *21*(7), 1283-1289.
doi:10.1097/01.hjh.0000059086.43904.17
- Mendes de Leon, C. F., DiLillo, V., Czajkowski, S., Norten, J., Schaefer, J., Catellier, D., y Blumenthal, J. A. (2001). Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: The ENRICH pilot study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *21*, 353-362. doi:10.1097/00008483-200111000-00003
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado, M. I., y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, *10*(2), 199-216.
- Mildestvedt, T., y Meland, E. (2007). Examining the “Matthew Effect” on the motivation and ability to make lifestyle changes in 217 heart rehabilitation patients. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, *35*(2), 140-147. doi:10.1080/14034940600881930
- Miravittles, M., Soler-Cataluña, J. J., Calle, M., Molina, J., Almagro, P., Quintano, J. A., ... y López-Campos, J. L. (2012). Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. *Archivos de bronconeumología*, *48*(7), 247-257.
doi:10.1016/j.arbres.2012.04.001
- Montero, P., Rueda, B., y Bermúdez, J. (2012). Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardiaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(2), 93-106.
doi:10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11318
- Montoya, E. A., y Osorio, CL.Y. (2005). Variables psicológicas relacionadas con hipertensión controlada y no controlada en grupo de pacientes hipertensos adscritos a la

- IPS punto de salud Robledo. Universidad de Antioquia (UdeA). Susalud.com: Colombia.
Recuperado de
http://www.susalud.com/memorias_prestadores/factores_hta_cont_no_cont.pdf
- Moore, S. M. (1995). A comparison of women's and men's symptoms during home recovery after coronary artery bypass surgery. *Heart Lung, 24*, 495-501. doi:10.1016/S0147-9563(95)80027-1
- Morán, C., Landero, R., y González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica, 9*(2), 543-552.
- Morisky, D. E., Green, L.W. y Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence and long-term predictive validity of blood pressure control. *Medical Care, 24*, 67-74.
- Moser, D. K., Dracup, K., Mckinley, Sh., Yamasaki, K., Kim, Ch., Riegel, B., ... y Barnett, M. (2003). An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 65*, 511-516.
doi:10.1097/01.PSY.0000041543.74028.10
- Mostofsky, E., Maclure, M., Tofler, G., Muller, J., y Mittleman, M. (2013). Relation of outbursts of anger and risk of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology, 112*, 343-348. doi:10.1016/j.amjcard.2013.03.035
- Najimi, A., Mostafavi, F., Sharifirad, G., y Golshiri, P. (2016). Barriers to adherence to pharmacotherapy among patients with hypertension: A cross-sectional study. *International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5*(7), 47-53.
- Narsavage, G. L., y Chen, K.Y-J. (2008). Factors related to depressed mood in adults with chronic obstructive pulmonary disease after hospitalización. *Home Healthcare Nurse, 26* (8), 474-482. doi:10.1097/01.NHH.0000335606.45977.06

- Nascimento, L., de Almeida, M. P., y Polanczyk, C. A. (2010). Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: Data from Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 953-961. doi:10.1007/s00127-009-0141-2
- Nicholson, A., Fuhrer, R., y Marmot, M. (2005). Psychological distress as a predictor of CHD events in men: the effect of persistence and components of risk. *Psychosomatic Medicine*, 67, 522-530. doi:10.1097/01.psy.0000171159.86446.9e
- Ninot, G., Fortes, M., Poulain, M., Brun, A., Desplan, J., Préfaut, C., y Varray, A. (2006). Gender difference in coping strategies among patients enrolled in an inpatient rehabilitation program. *Heart & Lung*, 35(2), 130-136. doi:10.1016/j.hrtlng.2005.09.004
- Núñez, A. J., Montiel, A., Martín, E., Torres, B., Lara, C., y González, J. A. (Grupo Polipresact) (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria*, 46(5), 238-245. doi:10.1016/j.aprim.2013.10.003
- Obiegło, M., Uchmanowicz, I., Wleklik, M., Jankowska-Polańska, B., y Kuśmierz, M. (2016). The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 241-247. doi:10.1177/1474515114564929
- Ofman, S. D., Pereyra, C. I., Cofreces, P., y Stefani, D. (2014). Importancia de las diferencias por género en el afrontamiento a la enfermedad: el caso de la hipertensión arterial esencial. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 161-170.
- Okely, J. A., y Gale, C. R. (2016). Well-being and chronic disease incidence: The English longitudinal study of ageing. *Psychosomatic Medicine*, 78, 335-344. doi:10.1097/PSY.0000000000000279
- Ollero, M. (2009). *Foro Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Granada [Artículo en foro].

Recuperado de http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-_Ollero-Baturone-M._.pdf

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid, Meditor.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Recuperado de:
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006, octubre). *Suplemento a la 45ª ed. de constitución de la OMS* (Modificaciones, adoptadas Por la 51ª ed. Asamblea Mundial de la Salud). Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution/sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014a). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Recuperado de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014b). *Enfermedades no transmisibles: Perfiles de países. España*. Recuperado de http://www.who.int/nmh/countries/esp_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Enfermedades cardiovasculares: Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2011). *Declaración política de la reunión de alto nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Sexagésimo sexto periodo de sesiones de la asamblea general (documento A/66/L.1 y resolución A/RES/66/2). Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de:
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>

- Pająk, A., Jankowski, P., Kotseva, K., Heidrich, J., De Smedt, D., y De Bacquer, D. (2013). Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(2), 331-340. doi:10.1177/2047487312441724
- Pakenham, K. I., y Cox, S. (2009). The dimensional structure of benefit finding in multiple sclerosis and relations with positive and negative adjustment: A longitudinal study. *Psychology & Health*, 24(4). 373-393.
- Patel, R. P., y Taylor, S. D. (2002). Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(1), 40-45. doi:10.1345/aph.1A046
- Pennebaker, J.W. (1982). The psychology of physical symptoms. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Cognitive organization II: Blood pressure and blood glucose* (pp.102-113). New York, NY (Heilderberg-Berlin): Springer - Verlag.
- Perales-Montilla, C. M., García-León, A., y Reyes-del Paso, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 32(5), 622-630. doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447
- Perestelo, R., Rivero, A., González, M., Pérez, J., y Serrano, P. (2010). Efectividad de la comunicación del riesgo cardiovascular. En *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias* SESCO Núm. 2009/01. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Ministerio de Ciencias e Innovación: Santa Cruz de Tenerife.
- Peters, R. M., y Lumley, M. A. (2007). Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 34-41. doi:10.1016/j.comppsy.2006.03.007

- Pokorski, R. J. (1999). Mortality risk in patients with coronary artery disease and depression. *Journal of Insurance Medicine*, 31(1), 4-7.
- Pollock, S. E., Verran, J. A., Hoare, K., y Solomons, H. C. (1989). Adaptive responses to diabetes mellitus. *Western Journal of Nursing Research*, 11(3), 265-280.
- Porter, L. S., Stone, A. A., y Schwartz, J. E. (1999). Anger expression and ambulatory blood pressure: A comparison of state and trait measures. *Psychosomatic Medicine*, 61, 454-463. doi:10.1097/00006842-199907000-00009
- Pouladi, N., Bime, Ch., Garcia, J., y Lussier, Y. (2016). Complex genetics of pulmonary diseases: Lessons from genome-wide association studies and next-generation sequencing. *Translational Research*, 168, 22-39. doi:10.1016/j.trsl.2015.04.016
- Pratt, L. A., Druss, B. G., Manderscheid, R. W., y Walker, E. R. (2016). Excess mortality due to depression and anxiety in the United States: results from a nationally representative survey. *General Hospital Psychiatry*, 39, 39-45. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.12.003
- Purebl, G., Birkás, E., Csoboth, C., Szumska, I., y Kopp, M. S. (2006). The relationship of biological and psychological risk factors of cardiovascular disorders in a large-scale national representative community survey. *Behavioral Medicine*, 31(4), 133-139. doi:10.3200/BMED.31.4.133-139
- Qian, J., Simoni-Wastila, L., Rattinger, G. B., Zuckerman, I. H., Lehmann, S., Wei, Y. J. J., y Stuart, B. (2014). Association between depression and maintenance medication adherence among Medicare beneficiaries with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 49-57. doi:10.1002/gps.3968
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82.

- Räikkönen, K., Matthews, K. A., y Kuller, L. H. (2001). Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension*, 38, 798-802.
- Raju, R., Sarma, P., y Pandian, J. (2010). Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among Indian stroke survivors. *Stroke*, 41, 2932-2937. doi:10.1161/STROKEAHA.110.596817
- Reigada, L. C., Hoogendoorn, C. J., Walsh, L. C., Lai, J., Szigethy, E., Cohen, B. H., ... y Benkov, K. J. (2015). Anxiety symptoms and disease severity in children and adolescents with crohn disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 60(1), 30-35.
- Reyes, A. G., Garrido, A., Torres, L. E., y Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.
- Richardson, M. A., Simons-Morton, B., y Annegers, J. F. (1993). Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. *Health Education Quarterly*, 20(4), 489-503. doi:10.1177/109019819302000409
- Rodriguez, F., Cannon, C. P., Steg, P., Kumbhani, D. J., Goto, S., Smith, S. C., ... y Bhatt, D. L. (2013). Predictors of long-term adherence to evidence-based cardiovascular disease medications in outpatients with stable atherothrombotic disease: Findings from the REACH registry. *Clinical Cardiology*, 36(12), 721-727. doi:10.1002/clc.22217
- Ross, S., Walker, A., y MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613. doi:10.1038/sj.jhh.1001721
- Rueda, B., y Alemán, J. F. (2015). Anxiety and depression in hypertensive women: influence on symptoms and alexithymia. *Archives of Clinical Hypertension*. 1(1), 10-16. doi:10.17352/ach.000003

- Rueda, B., y Pérez-García, A. M. (2004). Influencia de las emociones negativas sobre la percepción de competencia en salud y la calidad de vida en la hipertensión esencial. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(134), 841-864.
- Rueda, B., y Pérez-García, A. M. (2006). A prospective study of the effects of psychological resources and depression in essential hypertension. *Journal of Health Psychology*, 11(1), 129-140. doi:10.1177/1359105306058868
- Rueda, B., y Pérez-García, A. M. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 105-116. doi:10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4037
- Rueda, B., y Pérez-García, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: mediational and prospective relations. *Psychology & Health*, 28(10),1152-1170. doi:10.1080/08870446.2013.795223
- Ruiz de Alegría-Fernández, B., Basabe-Barañano, N., y Saracho-Rotaecche, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: Un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología*, 33(3), 342-354. doi:10.3265/Nefrología.pre2013.Feb.11771
- Ruppar, T., Delgado, J., y Temple, J. (2015). Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(5), 395-404. doi:10.1177/1474515115571213
- Russell, M. A., Smith, T. W., y Smyth, J. M. (2016). Anger expression, momentary anger, and symptom severity in patients with chronic disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(2), 259-271. doi:10.1007/s12160-015-9747-7
- Saez, M., y Barceló, M. A. (2012). Coste de la hipertensión arterial en España. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29(4),145-151. doi:10.1016/j.hipert.2012.07.003

- Sáez, T., Suárez, C., Blanco, F., y Gabriel, R. (1998). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la población anciana española. *Revista Española de Cardiología*, 51(11), 864-873.
- Samwel, H. J., Kraaimaat, F. W., Evers, A. W., y Crul, B. J. (2007). The role of fear-avoidance and helplessness in explaining functional disability in chronic pain: A prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(4), 237-241. doi:10.1007/BF03002998
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. doi:10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., y Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1024-1040. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1024
- Schneider, R. H., Egan, B. M., Johnson, E. H., Drobny H., y Hyjulius, S. (1986). Anger and anxiety in borderline hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 48(3/4), 242-248. doi:10.1097/00006842-198603000-00009
- Schwartz, G. E., Weinberger, D. A., y Singer, J. A. (1981). Cardiovascular differentiation of happiness, sorrow, anger, and fear following imagery and exercise. *Psychosomatic Medicine*, 43(4), 343-367. doi:10.1097/00006842-198108000-00007
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R., y Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(5), 447-468. doi:10.1007/BF00844941

- Shinton, R., y Beevers, G. (1989). Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *British Medical Journal*, 298, 789-794. doi:10.1136/bmj.298.6676.789
- Singh, S., Deshmukh, P., Ungratwar, A., Subramanyam, A. A., y Kamath, R. (2014). Does resilience affect illness perception and well-being in the elderly?. *Journal of Geriatric Mental Health*, 1(2), 94-99.
- Sinyor, D ., Amato, Ph., Kaloupek, D. G., Becker, R., Goldenberg, M., y Coopersmith, H. (1986). Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke*, 17, 1102-1107. doi:10.1161/01.STR.17.6.1102.
- Sirey, J. A., Raue, P. J., y Alexopoulos, G. S. (2007). An intervention to improve depression care in older adults with COPD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 154-159. doi:10.1002/gps.1705
- Smith, T. W., Peck, J. R., y Ward, J. R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9(4), 377-389.
- Smolina, K., Ball, L., Humphries, K. H., Khan, N., y Morgan, S. G. (2015). Sex disparities in post-acute myocardial infarction pharmacologic treatment initiation and adherence. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(6), 586-592. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.115.001987
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) (2011). *Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas* (p. 31). Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas, Sevilla, España.
- Sokol, M. C., Mcguigan, K. A., Verbrugge, R. R., y Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalize statin risk and healthcare cost. *Medical Care*, 43, 521-530.

- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Rusell, S., y Crane, R. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment. Vol.2*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Spielberger, C. D., y Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ, USA: L. Erlbaum Associates.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., y Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Journal of The American Medical Association*, 282(18), 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V., Hahn, S. R., ... y Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Journal of The American Medical Association*, 272(22), 1749-1756. doi:10.1001/jama.1994.03520220043029
- Sprigg, N., Selby, J., Fox, L., Berge, E., Whyne, D., y Bath, Ph. (2013). Very low quality of life after acute stroke data from the efficacy of nitric oxide in stroke trial. *Stroke*, 44, 3458-3462. doi:10.1161/STROKEAHA.113.002201
- Stampfer, M. J., Hu, F. B., Manson, J. E., Rimm, E. B., y Willett, W. C. (2000). Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *New England Journal of Medicine*, 343(1), 16-22. doi:10.1056/NEJM200007063430103
- Stern, S. L., Dhanda, R., y Hazuda, H. P. (2009). Helplessness predicts the development of hypertension in older Mexican and European Americans. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 333-337. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.04.007

- Stewart, M., Hirth, A. Klassen, G., Makrides, L., y Wolfd, H. (1997). Coping, and social support as psychosocial factors in readmissions for ischaemic heart disease. *International Journal of Nursing Studies*, 34(2), 151-163. doi:10.1016/j.ehj.2003.08.017
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., y Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33(1), 40-50. doi:10.1007/s10900-007-9066-4
- Stuart, B. C., Simoni-Wastila, L., Zuckerman, I. H., Davidoff, A., Shaffer, T., Yang, H. W. K., ... y Bryant-Comstock, L. (2010). Impact of maintenance therapy on hospitalization and expenditures for Medicare beneficiaries with chronic obstructive pulmonary disease. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8(5), 441-453. doi:10.1016/j.amjopharm.2010.10.002
- Suárez, C., y Gabriel R. (2000). Epidemiología de la hipertensión arterial en España. *Cardiovascular Risk Factors*, 9(4), 239-246.
- Sun, D., Cao, J., Liu, X., Yu, L., Yao, C., Li, J., ... y Huang, J. (2010). Combined effects of smoking and systolic blood pressure on risk of coronary heart disease: A cohort study in Chinese women. *Journal of Women's Health*, 19(4), 713-718. doi:10.1089=jwh.2009.1486
- Svensson, S., Kjellgren, K. I., Ahlner, J., y Säljö, R. (2000). Reason for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*, 76(2-3), 157-163. doi:10.1016/S0167-5273(00)00374-0
- Swindells, S., Mohr, J., Justic, J. C., y Berman, S. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: Impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD & AIDS*, 10(6), 383-391.

- Taira, D. A., Gelber, R. P., Davis, J., Gronley, K., Chung, R. S., y Seto, T. B. (2007). Antihypertensive adherence and drug class among Asian Pacific Americans. *Ethnicity and Health, 12*(3), 265-281. doi:10.1080/13557850701234955
- Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. M., y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría la Facultad de Medicina de Barcelona, 12*, 233-238.
- Theeke, L. A., y Mallow, J. (2013). Loneliness and quality of life in chronically ill rural older adults. *American Journal of Nursing, 113*(9), 28-37.
doi:10.1097/01.NAJ.0000434169.53750.14
- Thommasen, H. V., y Zhang, W. (2006). Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural Remote Health, 6*(2), 528-545. Recuperado de http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_528.pdf
- Thong, M. S., Kaptein, A. A., Vissers, P. A., Vreugdenhil, G., y van de Poll-Franse, L. V. (2016). Illness perceptions are associated with mortality among 1552 colorectal cancer survivors: A study from the population-based PROFILES registry. *Journal of Cancer Survivorship, 10*(5), 898-905. doi:10.1007/s11764-016-0536-5
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., y Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors, 34*(3), 237-245.
doi:10.1016/j.addbeh.2008.10.016
- Todarello, T., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., y Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychosomatic Research, 39*(8), 987-994. doi:10.1016/0022-3999(95)00506-4
- Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., y Bosworth, H. B. (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with

- hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(6), 489-497. doi:10.1007/s10865-008-9173-4
- Tsivgoulis, G., Psaltopoulou, Th., Wadley, V., Alexandrov, A., Howard, G., Unverzagt, F., ... y Judd, S. (2015). Adherence to a mediterranean diet and prediction of incident stroke. *Stroke*, 46, 780-785. doi:10.1161/STROKEAHA.114.007894
- Tuesca-Molina, R., Guallar-Castillón, P., Banegas-Banegas, J. R., y Graciani-Pérez, A. (2006). Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 220-227. doi:10.1157/13088853
- Tung, H., Hunter, A., Wei, J., y Chang, Ch. (2009). Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. *Heart Lung*, 38, 469-479. doi:10.1016/j.hrtlng.2009.01.006
- Turvey, C. L.; Schultz, S. K.; Beglinger, L., y Klein, D. M. (2009). A longitudinal community-based study of chronic illness, cognitive and physical function, and depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 632-641.
- Ucan, O., y Ovayolu, N. (2010). Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2511-2519. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03295.x
- Uchenna, O., Ijeoma, E., Pauline, E., y Sylvester, O. (2010). Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, 4(9), 644-651.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The lancet*, 352(9131), 837-853. doi:10.1016/S0140-6736(98)07019-6

- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998). Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *The Lancet*, 352(9131), 854-865. doi:10.1016/S0140-6736(98)07037-8
- Väättäinen, S., Cederberg, H., Roine, R., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Saramies, J., Uusitalo, H., ... y Martikainen, J. (2016). Does future diabetes risk impair current quality of life? A cross-sectional study of health-related quality of life in relation to the Finnish diabetes risk score (FINDRISC). *PloS one*, 11(2),1-15. doi:10.1371/journal.pone.0147898
- Valkamo, M., Hintikka, J., Honkalampi, K., Niskanen, L., Koivumaa-Honkanen, H., y Viinamäki, H. (2001). Alexithymia in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(3), 125-130. doi:10.1016/S0022-3999(00)00209-9
- Valls, E. y Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, 109, 51-72.
- Van Der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J., van Gilst, W. H., y van Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, 27(4), 434-440.
doi:10.1093/eurheartj/ehi603
- Van Elderen, Th., Maes, S., y Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 175-183.
doi:10.1016/S0022-3999(99)00024-0
- Van Manen, J. G., Bindels, P. J. E., Dekker, F. W., IJzermans, C. J., Van der Zee, J. S., y Schade, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57(5), 412-416. doi:10.1136/thorax.57.5.412
- Van Minh, H., Byass, P., Chuc, N. T. K., y Wall, S. (2005). Gender differences in prevalence and socioeconomic determinants of hypertension: findings from the WHO STEPs survey

- in a rural community of Vietnam. *Journal of Human Hypertension*, 20(2), 109-115.
doi:10.1038/sj.jhh.1001942
- Vazquez, I., Sáñez, E., González, B., Romero, E., Blanco, M., y Vereá, H. (2010). The role of alexithymia in quality of life and health care use in asthma. *Journal of Asthma*, 47, 797-804. doi:10.3109/02770900903560217
- Verma, M., y Verma, Sh. (2013). Coping strategies and quality of life of adolescents with asthma. *Social Science International*, 29(1), 19-27.
- Villar, I., Carrillo, R., Regí, M., Marzo, M., Arcusa, N., y Segundo, M. (2014). Factores relacionados con la calidad de vida de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Atención Primaria*, 46(4), 179-187. doi:10.1016/j.aprim.2013.09.004
- Vinnacia, S., y Arango, C. (2003). Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorectal. *Suma Psicológica*, 10(1), 43-65.
- Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: Un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC. *Terapia Psicológica*, 29(1), 65-75. doi:10.4067/S0718-48082011000100007
- von Känel, R., Hari, R., Schmid, J. P., Saner, H., y Begré, S. (2011). Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: A retrospective observational study. *BioMed Central Psychiatry*, 11(1), 1-8. doi:10.1186/1471-244X-11-98
- Yildirim, A., Hacıhasanoğlu Aşilar, R., Bakar, N., y Demir, N. (2013). Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1), 14-22. doi:10.1111/ijn.12031

- Waldstein, S.H. R., Kauhanen, J., Neumann, S. A., y Katzel, L. I. (2002). Alexithymia and cardiovascular risk in older adults: psychosocial, psychophysiological and biomedical correlates. *Psychology and Health, 17*(5), 597-610. doi:10.1080/08870440290025803
- Wang, Ph. S., Bohn, R. L., Knight, E., Glynn, R. J., Mogun, H., y Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine, 17*(7), 504-511. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.00406.x
- Wang, Y., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Willett, W. C., y Hu, F. B. (2005). Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *The American Journal of Clinical Nutrition, 81*(3), 555-563.
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992, junio). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473-483.
- Whelton, S. P. Chin, A. Xin, X., y He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine, 136*(7), 493-503. doi:10.7326/0003-4819-136-7-200204020-00006
- Whipple, M. O., Lewis, T. T., Sutton-Tyrrell, K., Matthews, K. A., Barinas-Mitchell, E., Powell, L. H., y Everson-Rose, S. A. (2009). Hopelessness, depressive symptoms, and carotid atherosclerosis in women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Stroke, 40*(10), 3166-3172. doi:10.1161/STROKEAHA.109.554519
- Wiehe, M., Fuchs, S. C., Moreira, L. B., Moraes, R. S., Pereira, G. M., Gus, M., y Fuchs, F. D. (2006). Absence of association between depression and hypertension: results of a prospectively designed population-based study. *Journal of Human Hypertension, 20*, 434-439. doi:10.1038/sj.jhh.1002017
- Wiesemann, A., Ludt, S., Szecsenyi, J., Scheuermann, W., y Scheidt, R. (2004). Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy life-style in a German

- community-results of the GP-based Oestringen study. *Patient Education and Counseling*, 55(1), 40-47. doi:10.1016/j.pec.2003.07.002
- Wiklund, I., Herlitz, J., Johansson, S., Bengtson, A., Karlson, B. W., y Persson, N. G. (1993). Subjective symptoms and well-being differ in woman and men after myocardial infarction. *European Heart Journal*, 14, 1315-1319. doi:10.1093/eurheartj/14.10.1315
- Willgoss, T. G., y Yohannes, A. M. (2013). Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respiratory Care*, 58(5), 858-866. doi:10.4187/respcare.01862
- Williams, J. E., Nieto, F. J., Sanford, C. P. Couper, D. J., y Tyroler, H. A. (2002). The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Stroke*, 33, 13-20. doi:10.1161/hs0102.101625.
- Williams, B., Poulter, N. R., Brown, M. J., Davis, M., McInnes, G. T., Potter, J. F., ... y Thom, S. M. (2004). Guidelines for management of hypertension: Report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. *Journal of Human Hypertension*, 18(3), 139-185. doi:10.1038/sj.jhh.1001683
- Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Hense, H-W., Joffres, M., ... y Vescio, F. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 2363-2369. doi:10.1001/jama.289.18.2363
- Zhang, A. Z., Wang, Q. C., Huang, K. M., Huang, J. G., Zhou, C. H., Sun, F. Q., ... y Wu, F. T. (2016). Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic digestive system diseases: A multicenter epidemiological study. *World Journal of Gastroenterology*, 22(42), 9437-9444. doi:10.3748/wjg.v22.i42.9437
- Zoeckler, N., Kenn, K., Kuehl, K., Stenzel, N., y Rief, W. (2014). Illness perceptions predict exercise capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD

patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(2), 146-151.

doi:10.1016/j.jpsychores.2013.11.021

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zyoud, S. H., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., y Morisky, D. E. (2013). Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 191-197. doi:10.1186/1477-7525-11-191

VIII ANEXOS

ANEXOS A

TABLAS

Tabla A1

Estadísticos descriptivos de asimetría y curtosis de las variables psicosociales no transformada en los grupos de la muestra

	<i>HTAe</i>		<i>ECV+HTA</i>		<i>ERC</i>		<i>NO E. C.</i>	
	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis
FA global	.211	-.123	.366	-.103	.755	1.104	.336	-.425
FA a la reducción de rutinas de riesgo ¹	-.051	-.233	.525	-.570	.492	-.660	-.068	-.875
FA al ejercicio	.177	-.836	.191	-.664	.489	-.303	.028	-1.016
FA por apoyo familiar	-.175	-.839	.100	-.771	-.068	-.951	.147	-.911
Calidad de Vida total	-.678	-.351	-.035	-.347	-.614	-.050	-1.065	.968
C. de V. Dolor corporal	-.478	-.755	-.069	-1.065	-.146	-.387	-1.064	1.052
C. de V. Salud general	.059	-.916	.292	-.338	-.512	.017	-.533	-.539
C. de V. Vitalidad	-.492	-.253	.371	.171	-.625	.252	-.723	.064
C. de V. Función social	-.770	-.496	-.968	.167	-.732	-.179	-1.400**	1.790**
C. de V. Rol emocional	-1.057	-.633	-.975	-.800	-.567	-1.213	-1.988**	2.280**
C. de V. Salud mental	-.423	-.498	-.097	-.618	-.210	-.359	-.849	.632
Aceptación	-.519	-.424	.330	-.928	-.459	-.838	-.427	-.708
Beneficios Percibidos	-.221	-.390	.552	-.439	.374	-.876	-.303	-.841
Resiliencia	-.539	.901	-.453	-.340	-.230	-.971	-.556	.218
Control ira exteriorizada	-.026	-.996	.041	-1.318	-.084	-1.185	-.453	-.723
Control ira interiorizada	-.026	-.974	.155	-.559	-.382	-.839	-.154	-.395
Alexitimia total	.561	-.266	.273	-.732	.243	-.771	.067	-1.110
Dif. identificar sentimientos (DIS)	.546	-.135	.458	-.696	.523	-.758	.299	-.787
Dif. describir sentimientos (DDS)	.491	-.527	-.179	-.612	.232	-1.093	.301	-.564
Desesp. Cognitiva	1.184**	.785	.217	-.988	.549	-.727	.901	.694
Ansiedad	.761	-.160	.248	-1.170	.334	-.742	.819	-.243
Ira interiorizada	.766	.753	.225	-.579	.298	-.925	.869	.696

** Estadísticos desajustados que no mejoraban con la transformación y se optó por mantener.

¹En los grupos HTAe (hipertensión arterial esencial), ECV+HTA (enfermedad cardiovascular + hipertensión) y No E. C. (pacientes sin enfermedad crónica), FA a la dieta y en el grupo de ERC, FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar.

Tabla A1 “Continuación”

Estadísticos descriptivos de asimetría y curtosis de las variables psicosociales no transformadas en los grupos de la muestra

	<i>HTAe</i>		<i>ECV+HTA</i>		<i>ERC</i>		<i>NO E. C.</i>	
	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis	Asimetría	Curtosis
Riesgo percibido total	-.195	.925	.367	.068	.271	-.497	-.175	.478
Riesgo incontrolable	-.065	-1.008	-.200	-.059	.582	.045	.265	-.839
Riesgo conocido/moderado	-1.025	1.084	.108	-.737	.130	-.568	-.556	-.149
Riesgo desconocido	-.586	1.239	.225	.487	-.070	-.671	-.637	.392
E. Afrontamiento activo	-.222	-.383	.229	-.559	-.608	.423	.112	-.199
E. Planificación	.130	.056	.205	-.699	-.722	1.114	.104	-.076
E. Apoyo emocional	-.087	-.825	.871	-.312	.099	-1.160	.026	-.489
E. Apoyo instrumental	.324	-.389	.242	-.430	.222	-.349	.454	-.261
E. Reevaluación positiva	.126	-.495	.907	-.052	.267	-.669	.383	-.138
E. Aceptación	-.070	-.680	.050	-1.409**	-.834	1.585**	.025	-.048
E. Autodistracción	.028	-.681	.139	-.989	-.314	-.441	.259	-.495
E. Ventilación emocional	.608	.358	.804	1.117	.518	-.138	.496	.102

** Estadísticos desajustados que no mejoraban con la transformación y se optó por mantener.

¹En los grupos HTAe (hipertensión arterial esencial), ECV+HTA (enfermedad cardiovascular + hipertensión) y No E. C. (pacientes sin enfermedad crónica), FA a la dieta y en el grupo de ERC, FA a la evitación de ambientes de riesgo y consejos limpieza del hogar.

Tabla A2

Datos de asimetría y curtosis de las variables psicosociales antes y después de su transformación en los grupos de la muestra

	<i>HTAe</i>		<i>ECV+HTA</i>		<i>ERC</i>		<i>NO E. C.</i>	
	<i>Asimetría Pre/Post</i>	<i>Curtosis Pre/Post</i>	<i>Asimetría Pre/Post</i>	<i>Curtosis Pre/Post</i>	<i>Asimetría Pre/Post</i>	<i>Curtosis Pre/Post</i>	<i>Asimetría Pre/Post</i>	<i>Curtosis Pre/Post</i>
FA a la medicación	2.1*/.87	4.71*/-.51	1.98*/1.2**	2.97*/.34	.673/-.28	-.79/-1.15	.601/-.25	-.62/-1.4**
FA tabaco	2.8*/2.3**	7.20*/3.5**	3.06*/2.6**	8.6*/5.0**	1.02/.70	-.63/-1.5**	2.43*/2.0**	4.7*/2.1**
FA alcohol	3.6*/2.6**	13.7*/5.3**	2.24*/1.9**	3.4*/1.8**	1.9*/1.3**	2.50*/-.00	4.01*/1.8**	18.6*/1.6**
C. de V. Física global	-.80/-.19	-.10/-.89	.013/.80	-.52/-.14	-1.0/-.13	.358/-.65	-1.5*/-.99	1.92*/.42
C. de V. Mental global	-.60/-.18	-.44/-.99	-.16/.32	-.18/-.60	-.34/.13	-.55/-.69	-1.1/-.65	1.38*/.03
C. de V. Función física	-1.4*/-.76	1.38*/-.54	-.29/.40	-.71/-1.11	-1.8*/-1.0	2.53*/-.14	-2.3*/-1.7**	5.36*/2.2**
C. de V. Rol físico	-1.2*/-1.0	-.24/-.73	-.46/-.22	-1.5*/-1.7**	-.74/-.66	-1.3*/-1.4**	-2.2*/-1.9**	3.82*/2.3**
Indefensión	1.4*/1.0	1.8*/.38	.13*/-.10	-1.1/-1.2	.88/.59	-.14/-.60	.97/.63	.82/-.48
Desesperanza total	1.9*/.55	3.9*/.25	.67/-.15	-.33/-.75	1.8*/.34	3.2*/.16	2.2*/.34	5.5*/.69
D. Afectiva	1.8*/.88	2.8*/-.54	1.0/.03	1.1/-1.4**	1.4*/.60	1.5*/-1.15	1.8*/1.18	3.0*/-.26
D. Motivacional	2.3*/.08	5.7*/.13	.86/.12	-.6/-1.3**	2.1/1.11	4.1/.13	3.2/1.70**	10.*/2.3**
Depresión	1.0/-.23	.97/-.43	.64/-.37	-.56/-.54	.92/-.15	.18/-.55	1.4*/.10	2.2*/.03
Ira exteriorizada	2.3*/.52	12.*/.82	1.0/.30	1.1/-.35	.94/.36	.21/-.80	.68/-.04	.81/-.54
E. Religión	.24/-.60	-1.1/-.81	.00/-.55	-1.5*/-1.2	.72/.09	-.73/-1.6**	.40/-.50	-.80/-1.01
E. Negación	.62/-.21	-.42/-1.40	1.2*/-.52	4.3*/-.55	.85/-.35	1.2/-1.15	.72/-.44	.64/-.98
E. Humor	.82/-.01	-.05/ -1.4**	.06/-.91	-.72/-.32	.31/-.59	-.87/-.87	1.2*/-.51	1.7*/1.11
E. Autoinculpación	.65/-.62	.20/-.46	1.2*/-.02	.92/-.92	.79/-.44	.20/-.50	.44/-.87	.18/.14
E. Desconexión conductual	1.3*/.26	1.4*/-1.2**	1.3*/.18	1.4*/-1.2	1.3*/.620	.97/-1.211	.89/.522	-.58/-1.551

* Estadístico que justifica la transformación de la variable ** Estadísticos desajustados que no mejoraron con la transformación.

Tabla A3

Correlaciones entre los factores protectores en el grupo de personas sin enfermedad crónica

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
Aceptación	1				
Beneficios Percibidos	.68***	1			
Resiliencia	.02	.03	1		
Control ira ext.	-.06	-.01	.29***	1	
Control ira int.	-.05	-.03	.30***	.44***	1

*** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A4

Correlaciones entre los factores de vulnerabilidad en el grupo HTAe

	Indefensión	Alexitimia total	Dif. identificar sentimientos	Dif. describir sentimientos	Desesperanza total	D. Afectiva	D. Motivacional	D. factor cognitivo	Depresión	Ansiedad	Ira exteriorizada	Ira interiorizada	Riesgo percibido total	Riesgo incontrolable	Riesgo conocido/moderado	Riesgo desconocido
Indefensión	1															
Alexitimia T.	.29***	1														
Dif. Identificar sentimientos	.34***	.93***	1													
Dif. describir sentimientos	.17*	.88***	.66***	1												
Desesper. total	.19*	.41***	.37***	.39***	1											
D. Afectiva	.12	.16	.14	.16	.72***	1										
D. Motivacional	.19*	.45***	.43***	.38***	.75***	.43***	1									
D. F. cognitivo	.15	.40***	.34***	.39***	.80***	.44***	.51***	1								
Depresión	.28***	.60***	.63***	.43***	.43***	.19*	.36***	.41***	1							
Ansiedad	.29***	.58***	.61***	.43***	.41***	.24***	.32***	.42***	.69***	1						
Ira exterior.	.26***	.16	.23***	.04	.16	.14	.15	.11	.25***	.30***	1					
Ira interior.	.15	.36***	.31***	.35***	.29***	.18*	.24***	.30***	.36***	.45***	.28***	1				
R. percibido total	.04	.08	.08	.06	-.04	-.08	.01	-.11	.11	.02	.01	-.02	1			
R. incontrolable	.16	.09	.13	.01	.14	-.03	.18*	.15	.21*	.14	.10	.20*	.55***	1		
R. conocido/mo.	-.07	-.01	-.06	.04	-.19*	-.11	-.08	-.29***	-.07	-.15	-.10	-.09	.64***	-.09	1	
R. desconocido	-.06	.05	.04	.06	-.10	.00	-.14	-.14	.00	.01	-.01	-.23***	.56***	-.19*	.40***	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A5

Correlaciones entre los factores de vulnerabilidad en el grupo ECV+HTA

	Indefensión	Alexitimia total	Dif. identificar sentimientos	Dif. describir sentimientos	Desesperanza total	D. Afectiva	D. Motivacional	D. factor cognitivo	Depresión	Ansiedad	Ira exteriorizada	Ira interiorizada	Riesgo percibido total	Riesgo incontrolable	Riesgo conocido/moderado	Riesgo desconocido
Indefensión	1															
Alexitimia T.	.59***	1														
Dif. Identificar sentimientos	.57***	.93***	1													
Dif. describir sentimientos	.48***	.86***	.62***	1												
Desesper. total	.47***	.36***	.36***	.27**	1											
D. Afectiva	.19	.23	.21	.20	.56***	1										
D. Motivacional	.41***	.29**	.33***	.16	.85***	.36***	1									
D. F. cognitivo	.45***	.37***	.34***	.32***	.87***	.31**	.67***	1								
Depresión	.38***	.50***	.59***	.26**	.55***	.19	.58***	.51***	1							
Ansiedad	.20	.43***	.44***	.30**	.68***	.35***	.62***	.62***	.71***	1						
Ira exterior.	.21	-.04	.03	-.13	.39***	.13	.42***	.14	.28**	.27**	1					
Ira interior.	.26**	.40***	.47***	.22	.34***	.34***	.41***	.11	.50***	.38***	.42***	1				
R. percibido total	.32***	.13	.14	.08	.07	.00	.04	.11	.19	-.00	.08	.13	1			
R. incontrolable	.33***	.03	.12	-.10	.27**	.08	.26**	.18	.20	.11	.51***	.24	.72***	1		
R. conocido/mo.	.13	.06	.01	.11	-.19	-.17	-.22	.02	.03	-.13	-.41***	-.14	.69***	.14	1	
R. desconocido	.10	.20	.13	.27*	-.09	.03	-.12	-.04	.11	-.07	-.26**	.04	.59***	-.02	.54***	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A6

Correlaciones entre los factores de vulnerabilidad en el grupo con ERC

	Indefensión	Alexitimia total	Dif. identificar sentimientos	Dif. describir sentimientos	Desesperanza total	D. Afectiva	D. Motivacional	D. factor cognitivo	Depresión	Ansiedad	Ira exteriorizada	Ira interiorizada	Riesgo percibido total	Riesgo incontrolable	Riesgo conocido/modera	Riesgo desconocido
Indefensión	1															
Alexitimia T.	.13	1														
Dif. Identificar sentimientos	.25**	.90***	1													
Dif. describir sentimientos	-.12	.68***	.29**	1												
Desesper. total	.17	.32***	.21	.35***	1											
D. Afectiva	.02	.15	.06	.22	.71***	1										
D. Motivacional	.06	.24**	.06	.43***	.76***	.56***	1									
D. F. cognitivo	.15	.33***	.35***	.13	.71***	.26**	.31***	1								
Depresión	.16	.43***	.36***	.34***	.53***	.39***	.49***	.32***	1							
Ansiedad	.10	.46***	.47***	.22	.51***	.35***	.44***	.54***	.57***	1						
Ira exterior.	.00	.32***	.46***	-.06	.08	.12	-.03	.17	.11	.26**	1					
Ira interior.	.20	.03	.16	-.19	.09	.03	-.15	.31***	-.15	.08	.43***	1				
R. percibido total	-.08	.22	.15	.23**	.27**	.13	.33***	.13	.25**	.17	.30***	-.07	1			
R. incontrolable	-.23**	.25**	.08	.41***	.39***	.28**	.40***	.24**	.22	.29**	-.04	-.09	.67***	1		
R. conocido/mo.	-.01	-.06	-.11	.05	.12	.21	.17	-.09	.16	-.13	.23	-.14	.53***	.06	1	
R. desconocido	.24**	.02	.19	-.28**	-.25**	-.36***	-.21	-.10	-.04	-.06	.39***	.12	.19	-.49***	.07	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A7

Correlaciones entre los factores de vulnerabilidad en el grupo de personas sin enfermedad crónica

	Indefensión	Alexitimia total	Dif. identificar sentimientos	Dif. describir sentimientos	Desesperanza total	D. Afectiva	D. Motivacional	D. factor cognitivo	Depresión	Ansiedad	Ira exteriorizada	Ira interiorizada	Riesgo percibido total	Riego incontrolable	Riesgo conocido/moderado	Riesgo desconocido
Indefensión	1															
Alexitimia T.	.09	1														
Dif. Identificar sentimientos	.16	.88***	1													
Dif. describir sentimientos	-.02	.81***	.44***	1												
Desesper. total	-.09	.23**	.16	.23**	1											
D. Afectiva	.04	.02	.02	.01	.51***	1										
D. Motivacional	-.22**	.16	.12	.15	.69***	.22**	1									
D. F. cognitivo	-.09	.19**	.14	.19**	.84***	.25**	.50***	1								
Depresión	-.01	.26***	.25***	.18	.36***	.02	.21	.31***	1							
Ansiedad	-.09	.32***	.33***	.20**	.15	-.04	.04	.28***	.42***	1						
Ira exterior.	.01	.16	.08	.20**	.14	.05	-.01	.21**	.19	.33***	1					
Ira interior.	.11	.35***	.15	.49***	.15	-.01	.04	.19*	.17	.25	.39***	1				
R. percibido total	.00	.00	-.00	.00	.13	.22**	.05	.13	.06	.08	.14	.25***	1			
R. incontrolable	.01	.18	.20	.10	.29***	.17	.30***	.28***	.12	.10	.12	.34***	.65***	1		
R. conocido/mo.	-.01	-.12	-.10	-.10	-.19	.00	-.20*	-.13	-.01	.10	-.00	-.07	.48***	-.14	1	
R. desconocido	-.01	-.16	-.22*	-.04	.00	.18	-.13	-.03	-.05	-.09	.10	.06	.52***	-.09	.20**	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A8

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento en el grupo HTAe

	<i>Afrontamiento activo</i>	<i>Planificación</i>	<i>Apoyo emocional</i>	<i>Apoyo instrumental</i>	<i>Religión</i>	<i>Reevaluación positiva</i>	<i>Aceptación</i>	<i>Negación</i>	<i>Humor</i>	<i>Auto-distracción</i>	<i>Auto-inculpación</i>	<i>Desconexión conductual</i>	<i>Ventilación emocional</i>
Afrontamiento activo	1												
Planificación	.37***	1											
Apoyo emocional	.30***	.34***	1										
Apoyo instrumental	.34***	.29***	.52***	1									
Religión	.01	.06	.22**	.08	1								
Reevaluación positiva	.47***	.42***	.48***	.31***	.13	1							
Aceptación	.39***	.22**	.23***	.19**	.17**	.45***	1						
Negación	-.03	-.04	.01	.02	.22***	-.04	-.16	1					
Humor	-.01	.28***	.12	-.02	-.01	.20**	.20**	.10	1				
Autodistracción	.06	.04	.27***	.20**	.26***	.29***	.24***	.24***	.29***	1			
Autoinculpación	-.16	-.01	.02	-.07	.20**	-.07	-.19**	.30***	.05	.10	1		
Desconexión conductual	-.08	-.07	-.02	-.14	.21**	-.04	-.12	.23***	.12	.21**	.15	1	
Ventilación emocional	.05	.18*	.15	.28*	.00	.18**	.11	-.08	.29***	.12	.00	.13	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A9

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento en el grupo ECV+HTA

	<i>Afrontamiento activo</i>	<i>Planificación</i>	<i>Apoyo emocional</i>	<i>Apoyo instrumental</i>	<i>Religión</i>	<i>Reevaluación positiva</i>	<i>Aceptación</i>	<i>Negación</i>	<i>Humor</i>	<i>Auto-distracción</i>	<i>Auto-inculpación</i>	<i>Desconexión conductual</i>	<i>Ventilación emocional</i>
Afrontamiento activo	1												
Planificación	.46***	1											
Apoyo emocional	-.00	.15	1										
Apoyo instrumental	.04	.02	.41***	1									
Religión	.12	.36***	.24**	.03	1								
Reevaluación positiva	.34***	.33***	.49***	-.01	.18	1							
Aceptación	.18	.17	.33***	-.15	.23	.39***	1						
Negación	.11	.43***	-.02	-.18	.41***	.15	-.06	1					
Humor	-.05	.27**	.02	.20	.17	.1	-.16	.12	1				
Autodistracción	.26**	.52***	.08	.10	.19	.25**	.23	.19	.17	1			
Autoinculpación	-.05	.26**	-.37***	-.01	-.23	-.13	-.43***	.21	.11	.43***	1		
Desconexión conductual	-.08	.21	-.14	-.19	.22	-.14	-.15	.26**	.32***	.10	.10	1	
Ventilación emocional	.04	.42***	.19	.17	.03	.08	-.19	.33***	.34***	.47***	.28**	.43***	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A10

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento en el grupo ERC

	<i>Afrontamiento activo</i>	<i>Planificación</i>	<i>Apoyo emocional</i>	<i>Apoyo instrumental</i>	<i>Religión</i>	<i>Reevaluación positiva</i>	<i>Aceptación</i>	<i>Negación</i>	<i>Humor</i>	<i>Auto-distracción</i>	<i>Auto-inculpación</i>	<i>Desconexión conductual</i>	<i>Ventilación emocional</i>
Afrontamiento activo	1												
Planificación	.52***	1											
Apoyo emocional	.60***	.33***	1										
Apoyo instrumental	.53***	.18	.62***	1									
Religión	-.01	.10	-.22	-.14	1								
Reevaluación positiva	.67***	.55***	.36***	.21	.03	1							
Aceptación	.41***	.34***	.12	.00	.17	.26**	1						
Negación	.17	.01	-.04	-.02	.52***	.19	.02	1					
Humor	.16	.25**	.37***	.17	-.21	-.03	.21	-.35***	1				
Autodistracción	.21	.44***	.24**	.11	-.07	.27**	.13	-.08	.41***	1			
Autoinculpación	-.30***	-.12	-.26**	-.12	-.06	-.20	-.27**	.03	-.01	.08	1		
Desconexión conductual	-.45***	-.35***	-.37***	-.21	.11	-.31***	-.33***	.19	-.36***	-.08	.45***	1	
Ventilación emocional	.24**	.24**	.39***	.39***	-.14	.28**	-.05	-.03	.50***	.51***	.25**	-.04	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A11

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento en el grupo de personas sin enfermedad crónica

	<i>Afrontamiento activo</i>	<i>Planificación</i>	<i>Apoyo emocional</i>	<i>Apoyo instrumental</i>	<i>Religión</i>	<i>Reevaluación positiva</i>	<i>Aceptación</i>	<i>Negación</i>	<i>Humor</i>	<i>Auto-distracción</i>	<i>Auto-inculpación</i>	<i>Desconexión conductual</i>	<i>Ventilación emocional</i>
Afrontamiento activo	1												
Planificación	.53***	1											
Apoyo emocional	.29***	.19	1										
Apoyo instrumental	.17	.24***	.53***	1									
Religión	.09	.08	.09	.08	1								
Reevaluación positiva	.35***	.31***	.28***	.38***	.05	1							
Aceptación	.30***	.23**	.26***	.16	.00	.30***	1						
Negación	.03	-.01	-.07	-.06	.11	-.06	-.15	1					
Humor	.01	.05	-.05	.13	.02	.08	.07	-.31***	1				
Autodistracción	.02	.10	.14	.20**	.22**	.29***	.39***	.11	.11	1			
Autoinculpación	.01	.04	-.24**	-.02	-.12	-.08	-.17	.30***	.14	-.08	1		
Desconexión conductual	-.17	-.19**	-.03	-.12	.09	-.05	-.12	.20**	-.20**	.12	.04	1	
Ventilación emocional	-.08	.02	.25***	.44***	.26***	.27***	.03	.21**	.09	.38***	.05	.18	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A12

Correlaciones entre las variables de FA al tratamiento en el grupo HTAe

	<i>Falta de adherencia global</i>	<i>FA a la medicación</i>	<i>FA a la Dieta</i>	<i>FA al Ejercicio</i>	<i>FA disminución de tabaco</i>	<i>FA disminución de alcohol</i>	<i>FA por apoyo familiar</i>
<i>Falta de adherencia global</i>	1						
<i>FA a la medicación</i>	.39***	1					
<i>FA a la Dieta</i>	.74***	.09	1				
<i>FA al Ejercicio</i>	.69***	.15	.37***	1			
<i>FA disminución de tabaco</i>	.23***	-.02	-.00	.14	1		
<i>FA disminución de alcohol</i>	.23***	.04	.01	.17**	.29***	1	
<i>FA por apoyo familiar</i>	.62***	.02	.38***	.31***	-.05	-.11	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A13

Correlaciones entre las variables de FA al tratamiento en el grupo ECV+HTA

	<i>Falta de adherencia global</i>	<i>FA a la medicación</i>	<i>FA a la Dieta</i>	<i>FA al Ejercicio</i>	<i>FA disminución de tabaco</i>	<i>FA disminución de alcohol</i>	<i>FA por apoyo familiar</i>
<i>Falta de adherencia global</i>	1						
<i>FA a la medicación</i>	.51***	1					
<i>FA a la Dieta</i>	.69***	-.00	1				
<i>FA al Ejercicio</i>	.29*	.25**	.09	1			
<i>FA disminución de tabaco</i>	.46***	.42***	.06	-.14	1		
<i>FA disminución de alcohol</i>	.50***	.34***	.26**	-.10	.53***	1	
<i>FA por apoyo familiar</i>	.37***	-.01	.10	-.43***	.16	.08	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A14

Correlaciones entre las variables de FA al tratamiento en el grupo ERC

	<i>Falta de adherencia global</i>	<i>FA a la medicación</i>	<i>FA evitación ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar</i>	<i>FA al Ejercicio</i>	<i>FA disminución de tabaco</i>	<i>FA disminución de alcohol</i>	<i>FA por apoyo familiar</i>
<i>Falta de adherencia global</i>	1						
<i>FA a la medicación</i>	.40***	1					
<i>FA evitación ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar</i>	.62***	-.23**	1				
<i>FA al Ejercicio</i>	.41***	.04	.15	1			
<i>FA disminución de tabaco</i>	.64***	.13	.32***	.11	1		
<i>FA disminución de alcohol</i>	.06	.04	-.08	-.08	.15	1	
<i>FA por apoyo familiar</i>	.60***	.03	.43***	-.02	.35***	-.14	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A15

Correlaciones entre las variables de FA al tratamiento en el grupo de personas sin enfermedad crónica

	<i>Falta de adherencia global</i>	<i>FA a la medicación</i>	<i>FA a la Dieta</i>	<i>FA al Ejercicio</i>	<i>FA disminución de tabaco</i>	<i>FA disminución de alcohol</i>	<i>FA por apoyo familiar</i>
<i>Falta de adherencia global</i>	1						
<i>FA a la medicación</i>	.35***	1					
<i>FA a la Dieta</i>	.57***	-.18	1				
<i>FA al Ejercicio</i>	.48***	.02	.19	1			
<i>FA disminución de tabaco</i>	.24**	-.15	.03	.08	1		
<i>FA disminución de alcohol</i>	.16	.01	-.07	-.12	.12	1	
<i>FA por apoyo familiar</i>	.59***	-.08	.30***	.03	.04	.15	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A16

Correlaciones entre las variables calidad de vida en el grupo HTAe

	<i>C.V. total</i>	<i>C.V. Física global</i>	<i>C.V. Mental global</i>	<i>C.V. Función física</i>	<i>C.V. Rol físico</i>	<i>C.V. Dolor corporal</i>	<i>C.V. Salud general</i>	<i>C.V. Vitalidad</i>	<i>C.V. Función Social</i>	<i>C.V. Rol emocional</i>	<i>C.V. Salud mental</i>
<i>C.V. total</i>	1										
<i>C.V. Física global</i>	.92***	1									
<i>C.V. Mental global</i>	.94***	.79***	1								
<i>C.V. Función física</i>	.76***	.84***	.59***	1							
<i>C.V. Rol físico</i>	.72***	.72***	.60***	.61***	1						
<i>C.V. Dolor corporal</i>	.78***	.76***	.72***	.57***	.61***	1					
<i>C.V. Salud general</i>	.75***	.80***	.65***	.47***	.48***	.48***	1				
<i>C.V. Vitalidad</i>	.91***	.79***	.92***	.62***	.61***	.75***	.63***	1			
<i>C.V. Función Social</i>	.83***	.68***	.85***	.531***	.56***	.58***	.55***	.75***	1		
<i>C.V. Rol emocional</i>	.66***	.51***	.69***	.39***	.48***	.42***	.45***	.58***	.65***	1	
<i>C.V. Salud mental</i>	.89***	.71***	.95***	.52***	.53***	.65***	.61***	.81***	.77***	.63***	1

*** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A17

Correlaciones entre las variables calidad de vida en el grupo ECV+HTA

	<i>C.V. total</i>	<i>C.V. Física global</i>	<i>C.V. Mental global</i>	<i>C.V. Función física</i>	<i>C.V. Rol físico</i>	<i>C.V. Dolor corporal</i>	<i>C.V. Salud general</i>	<i>C.V. Vitalidad</i>	<i>C.V. Función Social</i>	<i>C.V. Rol emocional</i>	<i>C.V. Salud mental</i>
<i>C.V. total</i>	1										
<i>C.V. Física global</i>	.91***	1									
<i>C.V. Mental global</i>	.93***	.77***	1								
<i>C.V. Función física</i>	.74***	.85***	.54***	1							
<i>C.V. Rol físico</i>	.62***	.60***	.57***	.46***	1						
<i>C.V. Dolor corporal</i>	.76***	.73***	.69***	.50***	.45***	1					
<i>C.V. Salud general</i>	.78***	.77***	.71***	.48***	.32***	.49***	1				
<i>C.V. Vitalidad</i>	.87***	.78***	.86***	.59***	.40***	.68***	.72***	1			
<i>C.V. Función Social</i>	.68***	.52***	.72***	.36***	.64***	.50***	.40***	.43***	1		
<i>C.V. Rol emocional</i>	.54***	.41***	.60***	.23	.47***	.28**	.47***	.40***	.59***	1	
<i>C.V. Salud mental</i>	.85***	.63***	.92***	.43***	.46***	.64***	.61***	.72***	.62***	.46***	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A18

Correlaciones entre las variables calidad de vida en el grupo ERC

	<i>C.V. total</i>	<i>C.V. Física global</i>	<i>C.V. Mental global</i>	<i>C.V. Función física</i>	<i>C.V. Rol físico</i>	<i>C.V. Dolor corporal</i>	<i>C.V. Salud general</i>	<i>C.V. Vitalidad</i>	<i>C.V. Función Social</i>	<i>C.V. Rol emocional</i>	<i>C.V. Salud mental</i>
<i>C.V. total</i>	1										
<i>C.V. Física global</i>	.93***	1									
<i>C.V. Mental global</i>	.92***	.79***	1								
<i>C.V. Función física</i>	.79***	.85***	.55***	1							
<i>C.V. Rol físico</i>	.77***	.82***	.61***	.75***	1						
<i>C.V. Dolor corporal</i>	.56***	.64***	.54***	.34***	.46***	1					
<i>C.V. Salud general</i>	.91***	.91***	.77***	.74***	.71***	.46***	1				
<i>C.V. Vitalidad</i>	.94***	.81***	.92***	.70***	.64***	.48***	.80***	1			
<i>C.V. Función Social</i>	.77***	.69***	.82***	.44***	.59***	.64***	.66***	.71***	1		
<i>C.V. Rol emocional</i>	.63***	.48***	.66***	.41***	.48***	.21	.44***	.57***	.53***	1	
<i>C.V. Salud mental</i>	.82***	.66***	.94***	.39***	.46***	.41***	.69***	.80***	.71***	.64***	1

*** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A19

Correlaciones entre las variables calidad de vida en el grupo de personas sin enfermedad crónica

	<i>C.V. total</i>	<i>C.V. Física global</i>	<i>C.V. Mental global</i>	<i>C.V. Función física</i>	<i>C.V. Rol físico</i>	<i>C.V. Dolor corporal</i>	<i>C.V. Salud general</i>	<i>C.V. Vitalidad</i>	<i>C.V. Función Social</i>	<i>C.V. Rol emocional</i>	<i>C.V. Salud mental</i>
<i>C.V. total</i>	1										
<i>C.V. Física global</i>	.84***	1									
<i>C.V. Mental global</i>	.89***	.53***	1								
<i>C.V. Función física</i>	.60**	.81***	.27***	1							
<i>C.V. Rol físico</i>	.63***	.72***	.37***	.58***	1						
<i>C.V. Dolor corporal</i>	.75***	.73***	.58***	.47***	.64***	1					
<i>C.V. Salud general</i>	.66***	.81***	.42***	.47***	.39***	.41***	1				
<i>C.V. Vitalidad</i>	.81***	.50***	.87***	.27***	.37***	.61***	.36***	1			
<i>C.V. Función Social</i>	.67***	.40***	.73***	.17	.38***	.44***	.31***	.44***	1		
<i>C.V. Rol emocional</i>	.58***	.29***	.65***	.15	.27***	.33***	.19**	.44***	.64***	1	
<i>C.V. Salud mental</i>	.83***	.45***	.95***	.22**	.28***	.49***	.40***	.79***	.65***	.60***	1

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A20

Correlaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada.</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
<i>Indefensión</i>	-.26***	.17	-.03	-.26***	-.12
<i>Alexitimia total</i>	-.25***	-.01	-.35***	-.15	-.10
<i>Dif. identificar sentimientos</i>	-.21**	.06	-.29***	-.21**	-.10
<i>Dif. describir sentimientos</i>	-.25***	-.11	-.36***	-.05	-.09
<i>Desesperanza total</i>	-.39***	-.34***	-.45***	-.22***	-.29***
<i>Desesperanza Afectiva</i>	-.26***	-.32***	-.29***	-.16	-.27***
<i>Desesperanza Motivacional</i>	-.30***	-.16	-.45***	-.11	-.04
<i>Desesperanza factor cognitivo</i>	-.37***	-.27***	-.31***	-.22***	-.18**
<i>Depresión</i>	-.36***	-.19**	-.32***	-.28***	-.19**
<i>Ansiedad</i>	-.39***	-.17**	-.27***	-.30***	-.24***
<i>Ira exteriorizada</i>	-.11	-.00	-.13	-.53***	-.30***
<i>Ira interiorizada</i>	-.23***	-.23***	-.26***	-.12	-.12
<i>Riesgo percibido total</i>	-.07	-.00	-.16	-.03	-.05
<i>Riesgo incontrolable</i>	-.27***	-.14	-.26***	-.02	-.01
<i>Riesgo conocido/moderado</i>	.16	.12	.04	.06	.03
<i>Riesgo desconocido</i>	.06	.05	-.00	-.09	-.12

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A21

Correlaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada.</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
<i>Indefensión</i>	-.59***	-.50***	-.34***	-.24**	-.14
<i>Alexitimia total</i>	-.38***	-.47***	-.21	-.11	.03
<i>Dif. identificar sentimientos</i>	-.46***	-.41***	-.30**	-.18	.01
<i>Dif. describir sentimientos</i>	-.19	-.43***	-.03	-.00	.07
<i>Desesperanza total</i>	-.58***	-.53***	-.66***	-.27**	-.24**
<i>Desesperanza Afectiva</i>	-.26**	-.42***	-.28**	-.19	-.36***
<i>Desesperanza Motivacional</i>	-.49***	-.40***	-.61***	-.25**	-.20
<i>Desesperanza factor cognitivo</i>	-.45***	-.38***	-.55***	-.09	.04
<i>Depresión</i>	-.41***	-.35***	-.38***	-.23	.05
<i>Ansiedad</i>	-.30**	-.44***	-.52***	-.15	-.05
<i>Ira exteriorizada</i>	-.44***	-.24	-.47***	-.37***	-.43***
<i>Ira interiorizada</i>	-.22	-.14	-.34***	-.01	-.21
<i>Riesgo percibido total</i>	-.21	.03	-.07	-.02	-.03
<i>Riesgo incontrolable</i>	-.42***	-.02	-.39***	-.24**	-.36***
<i>Riesgo conocido/moderado</i>	.13	.16	.25**	.33***	.32***
<i>Riesgo desconocido</i>	.05	-.03	.25**	.06	.21

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A22

Correlaciones de los factores de protección con los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Aceptación</i>	<i>Beneficios Percibidos</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Control ira exteriorizada.</i>	<i>Control ira interiorizada</i>
<i>Indefensión</i>	-.24**	.20	-.03	.19	.44***
<i>Alexitimia total</i>	-.01	.15	-.22	-.39***	-.16
<i>Dif. identificar sentimientos</i>	-.00	.26**	-.09	-.26**	-.12
<i>Dif. describir sentimientos</i>	-.01	-.10	-.34***	-.42***	-.14
<i>Desesperanza total</i>	-.49***	-.14	-.55***	-.40***	-.18
<i>Desesperanza Afectiva</i>	-.64***	-.44***	-.49***	-.49***	-.26**
<i>Desesperanza Motivacional</i>	-.38***	-.31***	-.48***	-.52***	-.22
<i>Desesperanza factor cognitivo</i>	-.13	.19	-.35***	-.11	-.12
<i>Depresión</i>	-.38***	-.14	-.36***	-.42***	-.04
<i>Ansiedad</i>	-.36***	-.12	-.35***	-.48***	-.07
<i>Ira exteriorizada</i>	-.08	-.15	-.06	-.31***	-.29**
<i>Ira interiorizada</i>	.07	.10	-.02	.27**	.09
<i>Riesgo percibido total</i>	-.06	-.21	-.07	-.17	-.25**
<i>Riesgo incontrolable</i>	-.20	-.24**	-.35***	-.25**	-.30**
<i>Riesgo conocido/moderado</i>	-.11	-.21	-.07	-.05	-.08
<i>Riesgo desconocido</i>	.28**	.16	.45***	.15	.10

** $p < .05$.; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A23

Medias marginales estimadas obtenidas en aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada, control ira interiorizada, indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con HTAe

	Sexo		Duración de la enfermedad		Sexo x Duración de la enfermedad			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Aceptación	18.30	18.09	17.99	18.40	18.12	18.49	17.86	18.32
Beneficios percibidos	15.31	15.43	15.10	15.65	14.73	15.90	15.47	15.39
Resiliencia	72.45 _a **	66.05 _a **	72.00	66.50	74.94	69.95	69.05	63.05
Control ira exteriorizada	16.98	17.30	17.35	16.93	18.04	15.92	16.66	17.93
Control ira interiorizada	16.75	15.84	16.28	16.31	16.66	16.85	15.90	15.78
Indefensión	2.93	3.03	2,99	2,97	2,93	2,93	3,05	3,01
Alexitimia total	25.88 _a **	31.13 _a **	29.15	27.87	25.23	26.53	33.07	29.20
Desesperanza total	1.42	1.73	1.67	1.48	1.57	1.26	1.78	1.69
Depresión	1.81 _a **	2.50 _a **	2.08	2.23	1.64	1.99	2.53	2.47
Ansiedad	4.97 _a **	7.39 _a **	6.05	6.31	4.42	5.51	7.67	7.11
Ira exteriorizada	10.25	9.81	9.74	10.32	9.78	10.71	9.69	9.93
Ira interiorizada	11.74	12.56	11.54	12.75	11.26	12.22	11.82	13.29
Riesgo percibido total	48.28	50.42	48.36	50.34	46.47	50.09	50.25	50.58

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

** $p < .05$.

Tabla A24

Medias marginales estimadas obtenidas en aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada, control ira interiorizada, indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA

	Sexo		Duración de la enfermedad		Sexo x Duración de la enfermedad			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Aceptación	17.96	18.88	19.28	17.56	19.33	16.58	19.23	18.53
Beneficios percibidos	14.89	16.41	15.35	15.95	14.56	15.23	16.15	16.68
Resiliencia	65.17	63.32	66.87	61.62	70.40	59.94	63.34	63.30
Control ira exteriorizada	18.58	18.99	19.67	17.90	20.62	16.54	18.72	19.26
Control ira interiorizada	15.77	16.72	16.56	15.93	15.79	15.74	17.33	16.11
Indefensión	3.51	3.20	3.26	3.45	3.40	3.61	3.12	3.29
Alexitimia total	26.36	28.34	23.84 _b **	30.86 _b **	20.48	32.24	27.19	29.48
Desesperanza total	1.90	2.06	1.84	2.11	1.47	2.33	2.21	1.90
Depresión	1.47 _a **	2.66 _a **	1.36 _b ***	2.77 _b ***	-.06 _c ***	3.01 _c ***	2.80 _c ***	2.53 _c ***
Ansiedad	3.71 _a **	6.77 _a **	4.34	6.14	1.02 _c **	6.40 _c **	7.66 _c **	5.89 _c **
Ira exteriorizada	10.38 _a **	8.23 _a **	8.53	10.08	9.40	11.36	7.66	8.80
Ira interiorizada	12.57	12.30	11.02 _b **	13.85 _b **	10.68	14.47	11.36	13.23
Riesgo percibido total	55.36 _a **	50.78 _a **	52.06	54.08	54.14	56.57	49.99	51.58

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A25

Medias marginales estimadas obtenidas en dificultad identificar sentimientos, dificultad describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza factor cognitivo, riesgo incontrolable, riesgo conocido/moderado y riesgo desconocido en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Dificultad para identificar sentimientos	12.63 _a *	15.69 _a *	10.55 _b ***	17.77 _b ***	6.97 _c **	18.29 _c **	14.13 _c **	17.24 _c **
Dificultad para describir sentimientos	13.72	12.64	13.28	13.09	13.50	13.94	13.06	12.23
Desesperanza afectiva	.79	.62	.76	.65	.70	.89	.82	.42
Desesperanza motivacional	.78	1.10	.73	1.16	.38	1.18	1.07	1.13
Desesperanza factor cognitivo	1.49	2.04	1.75	1.78	.96 _c **	2.03 _c **	2.54 _c **	1.54 _c **
Riesgo percibido incontrolable	20.20 _a **	17.48 _a **	17.95	19.73	19.52	20.89	16.39	18.56
Riesgo conocido/moderado	17.98	17.67	17.85	17.80	17.83	18.12	17.87	17.48
Riesgo percibido desconocido	17.17 _a *	15.63 _a *	16.25	16.54	16.78	17.55	15.72	15.53

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

* $p=.05$; ** $p<.05$; *** $p<.001$.

Tabla A26

Medias marginales estimadas obtenidas en aceptación, beneficios percibidos, resiliencia, control ira exteriorizada, control ira interiorizada, indefensión, alexitimia total, desesperanza total, depresión, ansiedad, ira exteriorizada, ira interiorizada y riesgo percibido total en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC

	Sexo		Duración de la enfermedad		Sexo x Duración de la enfermedad			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Aceptación	17.68	18.28	19.73 _b **	16.23 _b **	20.22	15.13	19.23	17.33
Beneficios percibidos	14.09	15.66	17.09 _b ***	12.66 _b ***	17.49 _c **	10.68 _c **	16.68 _c **	14.64 _c **
Resiliencia	73.25	72.64	74.71	71.17	76.41	70.08	73.02	72.26
Control ira exteriorizada	16.50 _a *	20.19 _a *	19.83 _b *	16.86 _b *	16.32 _c *	16.67 _c *	23.33 _c *	17.05 _c *
Control ira interiorizada	16.44 _a *	20.93 _a *	19.13	18.24	15.44 _c *	17.44 _c *	22.83 _c *	19.04 _c *
Indefensión	3.06	3.43	3.29	3.20	3.06	3.07	3.52	3.34
Alexitimia total	30.05	29.65	30.04	29.66	33.38 _c *	26.73 _c *	26.70 _c *	32.60 _c *
Desesperanza total	1.49	1.65	1.44	1.70	1.23	1.75	1.65	1.64
Depresión	2.05	1.52	1.15 _b **	2.42 _b **	1.82 _c *	2.28 _c *	.47 _c *	2.57 _c *
Ansiedad	6.41	5.77	5.04	7.13	5.09	7.72	5.00	6.54
Ira exteriorizada	10.38	10.44	10.43	10.39	9.92	10.84	10.94	9.94
Ira interiorizada	12.00 _a *	15.46 _a *	14.78	12.67	11.20 _c *	12.80 _c *	18.37 _c *	12.55 _c *
Riesgo percibido total	50.35	50.38	51.21	49.53	49.34 _c *	51.37 _c *	53.07 _c *	47.69 _c *

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las dos categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A27

Medias marginales estimadas obtenidas en dificultad identificar sentimientos, dificultad describir sentimientos, desesperanza afectiva, desesperanza motivacional, desesperanza factor cognitivo, riesgo incontrolable, riesgo conocido/moderado y riesgo desconocido en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Dificultad para identificar sentimientos	16.45	17.82	17.67	16.60	19.11	13.79	16.23	19.41
Dificultad para describir sentimientos	13.60	11.83	12.37	13.05	14.27	12.93	10.47	13.18
Desesperanza afectiva	.60	.45	.36	.70	.35	.85	.36	.55
Desesperanza motivacional	.53	.44	.27	.70	.40	.65	.14	.74
Desesperanza factor cognitivo	1.27	1.72	1.55	1.44	1.03	1.51	2.07	1.37
Riesgo percibido incontrolable	15.56 _a *	12.91 _a *	14.05	14.41	14.28	16.84	13.83	11.98
Riesgo conocido/moderado	17.53	18.55	18.12	17.96	16.92 _c **	18.15 _c **	19.33 _c **	17.78 _c **
Riesgo percibido desconocido	17.26	18.91	19.02 _b **	17.15 _b **	18.14	16.37	19.90	17.93

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

* $p < .05$; ** $p < .05$.

Tabla A28

Medias marginales estimadas obtenidas en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando la edad/incidencia en pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
					<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
E. Afrontamiento activo	4.11	3.75	4.15	3.71	4.40	3.82	3.90	3.59
E. Planificación	3.55 _a **	2.81 _a **	3.34	3.01	3.74	3.36	2.95	2.67
E. Apoyo emocional	3.54	3.49	3.53	3.49	3.47	3.60	3.59	3.38
E. Apoyo instrumental	3.19	3.11	3.20	3.11	3.40	2.98	2.99	3.23
E. Religión	1.21 _a **	1.54 _a **	1.30	1.45	1.23	1.18	1.38	1.71
E. Reevaluación positiva	3.29	2.86	3.21	2.93	3.47	3.10	2.95	2.77
E. Aceptación	4.31 _a **	3.75 _a **	4.23	3.83	4.57	4.06	3.90	3.60
E. Negación	.90	1.03	.92	1.01	.88	.92	.96	1.11
E. Humor	1.03	.87	.89	1.01	.89	1.16	.90	.85
E. Autodistracción	2.80	3.03	2.89	2.95	2.56	3.04	3.21	2.85
E. Autoinculpación	1.13	1.18	1.07	1.24	1.03	1.22	1.11	1.26
E. Desconexión conductual	.95	1.33	.98	1.31	.75	1.15	1.20	1.46
E. Ventilación emocional	1.70	1.91	1.80	1.81	1.65	1.76	1.95	1.86

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

** $p < .05$.

Tabla A29

Medias marginales estimadas obtenidas en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
					<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
E. Afrontamiento activo	3.59	4.13	3.97	3.75	3.49	3.69	4.45	3.81
E. Planificación	2.36	2.71	2.25	2.82	1.97	2.75	2.53	2.89
E. Apoyo emocional	3.45	2.70	3.00	3.16	4.01 _c **	2.89 _c **	1.99 _c **	3.42 _c **
E. Apoyo instrumental	3.10	2.82	2.80	3.12	3.15	3.04	2.45	3.19
E. Religión	1.69	1.69	2.12 _b **	1.27 _b **	2.27	1.11	1.96	1.43
E. Reevaluación positiva	2.61	2.39	2.49	2.52	2.69	2.54	2.29	2.49
E. Aceptación	4.61	3.94	4.85 _b **	3.70 _b **	5.58	3.64	4.13	3.76
E. Negación	.75 _a **	1.15 _a **	.94	.96	.62	.88	1.26	1.05
E. Humor	1.19 _a *	.86 _a *	1.10	.95	1.32	1.05	.87	.85
E. Autodistracción	2.79	2.89	2.79	2.89	2.44	3.15	3.15	2.62
E. Autoinculpación	.71	.93	.52 _b **	1.12 _b **	.28	1.14	.76	1.10
E. Desconexión conductual	.87	.76	.74	.88	.57	1.17	.92	.60
E. Ventilación emocional	1.05	1.05	.77	1.34	.47 _c **	1.63 _c **	1.07 _c **	1.04 _c **

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

* $p=.05$; ** $p<.05$.

Tabla A30

Medias marginales estimadas obtenidas en las estrategias de afrontamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
					<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
E. Afrontamiento activo	3.64	3.65	3.24 _b **	4.06 _b **	3.64 _c **	3.65 _c **	2.84 _c **	4.46 _c **
E. Planificación	2.82	3.23	2.90	3.16	2.95	2.69	2.85	3.62
E. Apoyo emocional	3.17	2.62	2.32 _b **	3.47 _b **	3.13 _c **	3.21 _c **	1.52 _c **	3.73 _c **
E. Apoyo instrumental	2.84	3.09	2.77	3.16	2.91	2.77	2.62	3.55
E. Religión	.91	1.12	1.10	.93	.91	.91	1.29	.94
E. Reevaluación positiva	2.63 _a **	3.45 _a **	2.92	3.16	2.64	2.62	3.20	3.70
E. Aceptación	4.69 _a **	3.72 _a **	3.79 _b **	4.62 _b **	4.46	4.92	3.12	4.32
E. Negación	.80	1.13	1.05	.88	.80	.80	1.30	.96
E. Humor	1.41 _a **	.80 _a **	.76 _b **	1.45 _b **	1.20	1.63	.32	1.28
E. Autodistracción	2.53 _a **	3.76 _a **	3.33	2.96	2.83	2.23	3.84	3.68
E. Autoinculpación	1.20	1.45	1.50	1.15	1.27	1.12	1.72	1.18
E. Desconexión conductual	.68 _a **	1.69 _a **	1.68 _b **	.69 _b **	.62 _c **	.74 _c **	2.75 _c **	.64 _c **
E. Ventilación emocional	2.00	2.45	2.03	2.42	1.81	2.19	2.25	2.65

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

** $p < .05$.

Tabla A31

Correlaciones entre las variables calidad de vida y FA al tratamiento en el grupo de pacientes con HTAe

	<i>Falta de adherencia global</i>	<i>FA a la medicación</i>	<i>FA reducción de rutinas de riesgo (dieta)</i>	<i>FA ejercicio</i>	<i>FA disminución de tabaco</i>	<i>FA disminución de alcohol</i>	<i>FA por apoyo familiar</i>
<i>C.V. total</i>	-.33***	-.33***	-.16	-.33***	.04	.08	-.17**
<i>C.V. Física global</i>	-.28***	-.28***	-.14	-.28***	.08	.13	-.20**
<i>C.V. Mental global</i>	-.31***	-.35***	-.13	-.33***	-.00	.01	-.13
<i>C.V. Función física</i>	-.25***	-.31***	-.16	-.26***	.11	.10	-.10
<i>C.V. Rol físico</i>	-.015	-.22**	-.16	-.16	.14	.15	-.03
<i>C.V. Dolor corporal</i>	-.24***	-.22**	-.14	-.23***	.12	.13	-.21**
<i>C.V. Salud general</i>	-.26***	-.16	-.09	-.24***	-.01	.0	-.25***
<i>C.V. Vitalidad</i>	-.33***	-.37***	-.13	-.32***	-.00	.04	-.18**
<i>C.V. Función Social</i>	-.30***	-.27***	-.17**	-.34***	-.01	.09	-.15
<i>C.V. Rol emocional</i>	-.29***	-.25***	-.14	-.29***	-.01	-.05	-.12

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A32

Correlaciones entre las variables calidad de vida y FA al tratamiento en el grupo de pacientes con ECV+HTA

	<i>Falta de adherencia global</i>	<i>FA a la medicación</i>	<i>FA reducción de rutinas de riesgo (dieta)</i>	<i>FA ejercicio</i>	<i>FA disminución tabaco</i>	<i>FA disminución de alcohol</i>	<i>FA por apoyo familiar</i>
<i>C.V. total</i>	-.35***	-.25**	-.14	-.22	-.26**	-.05	-.09
<i>C.V. Física global</i>	-.27**	-.22	-.03	-.23	-.20	-.05	-.06
<i>C.V. Mental global</i>	-.39***	-.22	-.22	-.19	-.31***	-.05	-.10
<i>C.V. Función física</i>	-.143	-.30**	.16	-.29**	-.09	.00	.00
<i>C.V. Rol físico</i>	-.26**	-.25**	-.09	-.19	-.18	-.10	.00
<i>C.V. Dolor corporal</i>	-.53***	-.24	-.35***	-.21	-.21	-.23	-.19
<i>C.V. Salud general</i>	-.139	-.03	-.06	.00	-.22	.03	-.08
<i>C.V. Vitalidad</i>	-.25**	-.04	-.17	-.31***	-.09	.09	.00
<i>C.V. Función Social</i>	-.46***	-.38***	-.24**	-.12	-.40***	-.25**	-.08
<i>C.V. Rol emocional</i>	-.23	-.05	-.30**	.10	-.41***	-.18	.07

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A33

Correlaciones entre las variables calidad de vida y FA al tratamiento en el grupo de pacientes con ERC

	<i>Falta de adherencia global</i>	<i>FA a la medicación</i>	<i>FA evitación ambientes de riesgo/consejos de limpieza del hogar</i>	<i>FA ejercicio</i>	<i>FA disminución de tabaco</i>	<i>FA disminución de alcohol</i>	<i>FA por apoyo familiar</i>
<i>C.V. total</i>	.14	.18	.01	.07	-.02	.16	.06
<i>C.V. Física global</i>	-.03	.06	-.08	.13	-.23	.169	-.05
<i>C.V. Mental global</i>	.19	.17	.05	-.00	.04	.11	.21
<i>C.V. Función física</i>	-.00	.22	-.10	.15	-.25**	.04	-.13
<i>C.V. Rol físico</i>	.10	.14	-.04	.15	-.17	.10	.02
<i>C.V. Dolor corporal</i>	.02	-.15	.07	.26**	-.14	.17	.04
<i>C.V. Salud general</i>	.00	.05	-.06	.02	-.03	.28**	-.03
<i>C.V. Vitalidad</i>	.29**	.26**	.08	.08	.13	.11	.17
<i>C.V. Función Social</i>	.29**	.16	.15	.11	-.01	.13	.33***
<i>C.V. Rol emocional</i>	.00	.31***	-.20	-.14	-.04	.10	-.00

** $p < .05$; *** $p < .01$. (Bilateral)

Tabla A34

Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida total y falta de adherencia a elementos del tratamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Calidad de vida total	117.55 _a **	104.62 _a **	112.54	109.63	119.83	115.27	105.26	103.98
FA a la medicación	-.17 _a **	-.15 _a **	-.16	-.16	-.16	-.17	-.15	-.15
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	14.67	15.21	13.99 _b **	15.89 _b **	14.01	15.33	13.97	16.45
FA al ejercicio	7.36	7.67	7.28	7.76	7.38	7.35	7.17	8.17
FA disminución de tabaco	-.20 _a **	-.23 _a **	-.20	-.22	-.19	-.21	-.22	-.24
FA disminución de alcohol	-.20 _a **	-.24 _a **	-.20 _b **	-.23 _b **	-.18	-.22	-.23	-.24
FA por apoyo familiar	10.98	11.34	10.95	11.38	11.22	10.74	10.68	12.01

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

** $p < .05$.

Tabla A35

Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida total y falta de adherencia a elementos del tratamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ECV+HTA

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Calidad de vida total	104.96	101.95	106.10	100.80	111.53	98.38	100.67	103.23
FA a la medicación	-.17	-.16	-.16	-.17	-.16	-.17	-.16	-.17
FA a la reducción de rutinas de riesgo (dieta)	12.06 _a **	14.49 _a **	12.00 _b ***	14.55 _b ***	10.61	13.51	13.39	15.58
FA al ejercicio	7.49	8.76	7.67	8.57	7.00	7.97	8.35	9.17
FA disminución de tabaco	-.19 _a ***	-.24 _a ***	-.21	-.23	-.17	-.21	-.25	-.24
FA disminución de alcohol	-.20 _a ***	-.25 _a ***	-.23	-.22	-.21	-.19	-.25	-.25
FA por apoyo familiar	10.74	11.26	11.40	10.61	11.56	9.93	11.24	11.28

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

** $p=.05$; *** $p<.05$.

Tabla A36

Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida total y falta de adherencia a elementos del tratamiento en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Calidad de vida total	105.56	104.48	110.70	99.33	119.65 _c **	91.47 _c **	101.76 _c **	107.20 _c **
FA a la medicación	-.12	-.13	-.13	-.11	-.12	-.12	-.15	-.10
FA evitación ambientes de riesgo/ consejos de limpieza del hogar	14.27 _a *	16.30 _a *	16.63 _b **	13.94 _b **	14.50 _c **	14.03 _c **	18.76 _c **	13.85 _c **
FA al ejercicio	8.36	8.36	9.37 _b **	7.35 _b **	8.21 _c **	8.52 _c **	10.54 _c **	6.18 _c **
FA disminución de tabaco	-.21 _a **	-.11 _a **	-.15	-.17	-.23 _c **	-.19 _c **	-.07 _c **	-.16 _c **
FA disminución de alcohol	-.15 _a ***	-.24 _a ***	-.21	-.18	-.18	-.12	-.25	-.23
FA por apoyo familiar	11.47	11.39	11.63	11.23	12.43	10.50	10.82	11.96

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según ANOVA: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A37

Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida física y la calidad de vida mental en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con HTAe

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Calidad de vida física	247264.99 _a *	191688.98 _a *	232036.25	206917.72	260819.42	233710.57	203253.09	180124.87
Calidad de vida mental	3196.05 _a *	2538.41 _a *	2873.32	2861.14	3259.55	3132.54	2487.08	2589.74

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según los ANCOVAs: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

* $p=.05$.

Tabla A38

Medias marginales estimadas obtenidas en la calidad de vida física y la calidad de vida mental en función del sexo y la duración de la enfermedad, controlando edad/incidencia en pacientes con ERC

	<i>Sexo</i>		<i>Duración de la enfermedad</i>		<i>Sexo x Duración de la enfermedad</i>			
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>	
					<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>	<i>Hasta 3 años</i>	<i>Más de 3 años</i>
Calidad de vida física	210897.57	179446.56	215422.38	174921.75	262936.78 _c *	158858.37 _c *	167907.98 _c *	190985.14 _c *
Calidad de vida mental	2504.06	2501.41	2646.53	2358.94	3123.81 _c *	1884.32 _c *	2169.25 _c *	2833.57 _c *

Subíndices iguales indican diferencias significativas para las categorías según los ANCOVAs: (a) respecto al sexo, (b) a la duración de la enfermedad y (c) para interacción sexo, duración de la enfermedad.

* $p=.05$.

Tabla A39

Predicción de calidad de vida total por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	Variables	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.30	.09	13.32***(1,131)	.09***	-.30***
	Sexo					-.24**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Indefensión					-.23**
	Aceptación					.25**
	Beneficios percibidos	.66	.44	13.98***(7,131)	.34***	-.01
	Resiliencia					.31***
	Control ira exteriorizada					.17**
	Control ira interiorizada					-.09
	Sexo					-.06
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.11
	Aceptación					.12
	Beneficios percibidos					-.09
	Resiliencia					.19**
	Control ira exteriorizada					.03
	Control ira interiorizada	.82	.67	17.18*** (14,131)	.23***	-.04
	Dif. Identificar sentimientos					-.03
	Dif. describir sentimientos					.03
	Desesperanza					-.08
	Depresión					-.32***
	Ansiedad					-.25**
Ira exteriorizada					.04	
Ira interiorizada					-.08	

p<.05; *p<.001.

Tabla A40

Predicción de calidad de vida física por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	VARIABLES	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>VARIABLES Sociodemográficas</i>	Sexo	.24	.08	11.38**(1,131)	.08**	-.28**
	Sexo					-.22**
	Indefensión					-.24**
<i>VARIABLES Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Aceptación					.18*
	Beneficios percibidos	.60	.36	10.14***(7,131)	.28***	.00
	Resiliencia					.32***
	Control ira exteriorizada					.12
	Control ira interiorizada					-.13
	Sexo					-.07
<i>VARIABLES Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.16**
	Aceptación					.08
	Beneficios percibidos					-.05
	Resiliencia					.25**
	Control ira exteriorizada					.03
	Control ira interiorizada	.71	.50	8.58*** (14,131)	.14***	-.08
	Dif. Identificar sentimientos					-.05
	Dif. describir sentimientos					.06
	Desesperanza					-.05
	Depresión					-.31**
	Ansiedad					-.16
Ira exteriorizada					.08	
Ira interiorizada					-.01	

*p=.05; **p<.05; ***p<.001.

Tabla A41

Predicción de calidad de vida mental por las variables sociodemográficas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	Variables	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.29	.08	12.09**(1.131)	.08**	-.29**
	Sexo					-.23**
	Indefensión					-.19**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Aceptación					.26**
	Beneficios percibidos	.65	.42	12.98***(7,131)	.33***	-.01
	Resiliencia					.27***
	Control ira exteriorizada					.20***
	Control ira interiorizada					-.04
	Sexo					-.04
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.06
	Aceptación					.12
	Beneficios percibidos					-.08
	Resiliencia					.15**
	Control ira exteriorizada					.04
	Control ira interiorizada	.83	.68	18.47*** (14,131)	.26***	.01
	Dif. Identificar sentimientos					-.04
	Dif. describir sentimientos					.02
	Desesperanza					-.02
	Depresión					-.35***
	Ansiedad					-.27**
	Ira exteriorizada					.02
Ira interiorizada					-.10	

p<.05; *p<.001.

Tabla A42

Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>VARIABLES Protectoras</i>	Indefensión					-.42***
	Aceptación					-.03
	Beneficios percibidos					.01
	Resiliencia	.75	.57	13.29***(6,65)	.57***	.47***
	Control ira exteriorizada					.16
	Control ira interiorizada					-.07
<i>VARIABLES Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.45***
	Aceptación					-.04
	Beneficios percibidos					.08
	Resiliencia					.52**
	Control ira exteriorizada					.09
	Control ira interiorizada					-.01
	Dif. Identificar sentimientos	.84	.71	9.92*** (13,65)	.13**	.29**
	Dif. describir sentimientos					-.06
	Desesperanza					.30**
	Depresión					-.52**
	Ansiedad					.07
	Ira exteriorizada					-.06
Ira interiorizada					-.06	

p<.05; *p<.001.

Tabla A43

Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	Variables	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>Variables Protectoras</i>	Indefensión					-.42**
	Aceptación					.03
	Beneficios percibidos					-.00
	Resiliencia	.71	.51	10.51***(6,65)	.51***	.26*
	Control ira exteriorizada					.27
	Control ira interiorizada					-.04
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.53***
	Aceptación					.03
	Beneficios percibidos					.10
	Resiliencia					.42**
	Control ira exteriorizada					.21
	Control ira interiorizada					-.04
	Dif. Identificar sentimientos	.80	.65	7.55*** (13,65)	.13**	.43**
	Dif. describir sentimientos					-.10
	Desesperanza					.38**
	Depresión					-.46**
	Ansiedad					.08
	Ira exteriorizada					-.09
Ira interiorizada					.01	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A44

Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	Variables	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>Variables Protectoras</i>	Indefensión					-.44***
	Aceptación					-.17
	Beneficios percibidos					.06
	Resiliencia	.75	.57	13.22***(6,65)	.57***	.60***
	Control ira exteriorizada					.10
	Control ira interiorizada					-.11
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.40***
	Aceptación					-.21
	Beneficios percibidos					.08
	Resiliencia					.58***
	Control ira exteriorizada					.02
	Control ira interiorizada					.01
	Dif. Identificar sentimientos	.87	.76	13.04*** (13,65)	.19***	.25*
	Dif. describir sentimientos					-.10
	Desesperanza					.18
	Depresión					-.67***
	Ansiedad					.14
Ira exteriorizada					-.01	
Ira interiorizada					-.06	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A45

Predicción de calidad de vida total por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>VARIABLES Protectoras</i>	Indefensión					-.02
	Aceptación					.19
	Beneficios percibidos					.07
	Resiliencia	.45	.20	2.78** (6,71)	.20**	.11
	Control ira exteriorizada					.21
	Control ira interiorizada					-.13
<i>VARIABLES Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.12
	Aceptación					.10
	Beneficios percibidos					.05
	Resiliencia					.13
	Control ira exteriorizada					-.22
	Control ira interiorizada					-.08
	Dif. Identificar sentimientos	.64	.41	3.12** (13,71)	.20**	.27
	Dif. describir sentimientos					-.24
	Desesperanza					-.09
	Depresión					.03
	Ansiedad					-.42**
Ira exteriorizada					-.24	
Ira interiorizada					.44**	

**p<.05.

Tabla A46

Predicción de calidad de vida física por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	Variables	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>Variables Protectoras</i>	Indefensión					-.12
	Aceptación					.08
	Beneficios percibidos					.17
	Resiliencia	.44	.20	2.72** (6,71)	.20**	.04
	Control ira exteriorizada					.27
	Control ira interiorizada					-.14
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.22
	Aceptación					.04
	Beneficios percibidos					.08
	Resiliencia					.11
	Control ira exteriorizada					-.14
	Control ira interiorizada					-.11
	Dif. Identificar sentimientos	.61	.37	2.67** (13,71)	.17**	.29
	Dif. describir sentimientos					-.23
	Desesperanza					-.07
	Depresión					.09
	Ansiedad					-.33**
	Ira exteriorizada					-.38**
Ira interiorizada					.51**	

***p*<.05.

Tabla A47

Predicción de calidad de vida mental por los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	Variables	R	R ²	F (g.l.)	R ² _(cambio)	β
<i>Variables Protectoras</i>	Indefensión					-.01
	Aceptación					.24
	Beneficios percibidos					-.06
	Resiliencia	.39	.15	1.97 (6,71)	.15	.10
	Control ira exteriorizada					.19
	Control ira interiorizada					-.05
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.07
	Aceptación					.07
	Beneficios percibidos					-.02
	Resiliencia					.07
	Control ira exteriorizada					-.13
	Control ira interiorizada					.02
	Dif. Identificar sentimientos	.61	.37	2.72** (13,71)	.22**	.24
	Dif. describir sentimientos					-.07
	Desesperanza					-.03
	Depresión					-.05
	Ansiedad					-.59***
	Ira exteriorizada					-.07
Ira interiorizada					.22	

** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A48

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA global	Indefensión					.00
	Aceptación					-.34***
	Beneficios percibidos					-.33***
	Resiliencia	.58	.34	10.79***(6,131)	.34***	-.01
	Control ira exteriorizada					.03
	Control ira interiorizada					.03
<i>VARIABLES Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.05
	Aceptación					-.33**
	Beneficios percibidos					-.34**
	Resiliencia					.04
	Control ira exteriorizada					.10
	Control ira interiorizada					.02
	Dif. Identificar sentimientos	.61	.37	5.45*** (13,131)	.03	.10
	Dif. describir sentimientos					.02
	Desesperanza					-.01
	Depresión					.01
	Ansiedad					.00
	Ira exteriorizada					.11
Ira interiorizada					.07	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A48 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Variable Criterio	Modelos	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
<u>FA a la Medicación</u>						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.22	.04	6.67** (1,131)	.04**	.22**
	Sexo					.22**
	Indefensión					.02
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Aceptación					-.24**
	Beneficios percibidos	.42	.18	3.93** (7,131)	.13**	-.13
	Resiliencia					-.09
	Control ira exteriorizada					-.03
	Control ira interiorizada					.20**
	Sexo					.19**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.02
	Aceptación					-.23**
	Beneficios percibidos					-.09
	Resiliencia					-.02
	Control ira exteriorizada	.46	.21	2.28** (14,131)	.03	.01
	Control ira interiorizada					.19
	Dif. Identificar sentimientos					.04
	Dif. describir sentimientos					-.02
	Desesperanza					.09
	Depresión					.13
	Ansiedad					-.10
Ira exteriorizada					.04	
Ira interiorizada					.10	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A48 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	Variables	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA a la disminución de las rutinas de riesgo (Dieta)						
<i>Variables Clínicas</i>	Años desde diagnóstico	.21	.04	6.31** (1,131)	.04**	.21**
	Años desde diagnóstico					.25**
	Indefensión					-.02
<i>Variables Clínicas Más Protectoras</i>	Aceptación					-.09
	Beneficios percibidos	.43	.18	4.11*** (7,131)	.14**	-.26**
	Resiliencia					.08
	Control ira exteriorizada					-.02
	Control ira interiorizada					-.14
<i>Variables Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Años desde diagnóstico					.28**
	Indefensión					-.09
	Aceptación					-.06
	Beneficios percibidos					-.25**
	Resiliencia	.48	.23	2.59** (14,131)	.04	.19
	Control ira exteriorizada					.01
	Control ira interiorizada					-.13
	Dif. Identificar sentimientos					.11
	Dif. describir sentimientos					.05
	Desesperanza					.16
	Depresión					-.08
	Ansiedad					.03
	Ira exteriorizada					.04
Ira interiorizada					.04	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A48 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	Variables	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Ejercicio	Indefensión					.11
	Aceptación					-.26**
	<i>Variables Protectoras</i>	.47	.22	6.09*** (6,131)	.22**	Beneficios percibidos
	Resiliencia					-.03
	Control ira exteriorizada					.01
	Control ira interiorizada					-.01
Indefensión	.11					
<i>Más de Vulnerabilidad</i>	Aceptación					-.25**
	Beneficios percibidos					-.28**
	Resiliencia	.51	.26	3.26*** (13,131)	.03	-.07
	Control ira exteriorizada					.03
	Control ira interiorizada					-.02
	Dif. Identificar sentimientos					.08
	Dif. describir sentimientos					-.10
	Desesperanza					-.17
	Depresión					-.05
	Ansiedad					.12
	Ira exteriorizada					.01
	Ira interiorizada					.06

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A48 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA disminución Tabaco						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.20	.04	5.51** (1,131)	.04**	-.20**
	Sexo					-.18**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Indefensión					-.07
	Aceptación					-.37**
	Beneficios percibidos	.39	.16	3.36** (7,131)	.11**	-.00
	Resiliencia					.01
	Control ira exteriorizada					-.02
	Control ira interiorizada					.11
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Sexo					-.13
	Indefensión					-.06
	Aceptación					-.37**
	Beneficios percibidos					-.06
	Resiliencia					-.03
	Control ira exteriorizada					.04
	Control ira interiorizada	.48	.23	2.56** (14,131)	.07	.15
	Dif. Identificar sentimientos					-.05
	Dif. Describir sentimientos					.05
	Desesperanza					-.11
	Depresión					-.22
	Ansiedad					.23
	Ira exteriorizada					.21**
Ira interiorizada					-.13	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A48 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA disminución Alcohol	Sexo					-.24**
	Años desde diagnóstico	.31	.10	7.25** (2,131)	.10**	-.20**
<i>VARIABLES Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo					-.18**
	Años desde diagnóstico					-.16*
	Indefensión					-.08
	Aceptación					-.20*
	Beneficios percibidos	.44	.19	3.81*** (8,131)	.09**	-.15
	Resiliencia					.17*
	Control ira exteriorizada					-.18*
<i>VARIABLES Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Control ira interiorizada					.12
	Sexo					-.14
	Años desde diagnóstico					-.18**
	Indefensión					-.06
	Aceptación					-.21**
	Beneficios percibidos					-.17
	Resiliencia					.12
	Control ira exteriorizada					-.17
	Control ira interiorizada	.51	.26	2.78** (15,131)	.06	.15
	Dif. Identificar sentimientos					-.04
	Dif. describir sentimientos					.01
	Desesperanza					-.12
	Depresión					-.26**
	Ansiedad					.18
Ira exteriorizada					.09	
Ira interiorizada					.09	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A48 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con HTAe

Modelo	Variables	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β	
<u>FA por Apoyo Familiar</u>	Indefensión					-.06	
	Aceptación					-.20	
	Beneficios percibidos					-.11	
	<i>Variables Protectoras</i>	Resiliencia	.37	.13	3.31** (6,131)	.13**	-.10
		Control ira exteriorizada					.19*
		Control ira interiorizada					-.00
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.10	
	Aceptación					-.20	
	Beneficios percibidos					-.13	
	Resiliencia					-.04	
	Control ira exteriorizada					.20	
		Control ira interiorizada	.44	.20	2.27** (13,131)	.06	-.03
		Dif. Identificar sentimientos					.10
		Dif. describir sentimientos					.11
		Desesperanza					-.07
		Depresión					.24*
		Ansiedad					-.22
		Ira exteriorizada					.00
		Ira interiorizada					-.02

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A49

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Global	Indefensión					-.14
	Aceptación					.16
	<i>Variables Protectoras</i> Beneficios percibidos	.54	.29	4.06**(6,65)	.29**	-.06
	Resiliencia					-.67***
	Control ira exteriorizada					.01
	Control ira interiorizada					.08
	<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión				
Aceptación						-.03
Beneficios percibidos						.02
Resiliencia		.64	.41	2.88**(13,65)	.12	-.40*
Control ira exteriorizada						.00
Control ira interiorizada						.08
Dif. Identificar sentimientos						.06
Dif. describir sentimientos						-.20
Desesperanza						-.18
Depresión						-.32
Ansiedad						.56**
Ira exteriorizada						-.07
Ira interiorizada						.27

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A49 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β				
FA a la Medicación	Indefensión					-.10				
	Aceptación					.08				
	<i>Variables Protectoras</i>	.63	.42	7.31*** (6,65)	.42***	.27**				
	Beneficios percibidos									
	Resiliencia									
	Control ira exteriorizada									
Control ira interiorizada										
										-.52**
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					.14				
	Aceptación					.00				
	Beneficios percibidos					.08				
	Resiliencia					-.47**				
	Control ira exteriorizada					.01				
	Control ira interiorizada	.79	.62	6.65*** (13,65)	.19**	-.15				
	Dif. Identificar sentimientos									
	Dif. describir sentimientos									
	Desesperanza									
	Depresión									
	Ansiedad									
	Ira exteriorizada									
	Ira interiorizada									
										-.15
						-.15				
						.15				
						-.09				
						.43**				

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A49 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA rutinas de riesgo (Dieta)						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo					..25**
	Años desde diagnóstico	.40	.16	4.04** (3,65)	.16**	.26**
	Edad/incidencia					-.37**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Sexo					.22
	Años desde diagnóstico					.29**
	Edad/incidencia					-.32**
	Indefensión	.60	.36	3.61** (9,65)	.20**	-.19
	Aceptación					.07
	Beneficios percibidos					-.24**
	Resiliencia					-.46**
Control ira exteriorizada					-.08	
Control ira interiorizada					.39**	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A49 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA rutinas de riesgo (Dieta)	Sexo					.01
	Años desde diagnóstico					.19
	Edad/incidencia					-.23
	Indefensión					-.16
	Aceptación					-.02
	Beneficios percibidos					-.11
	Resiliencia	.69	.47	2.78** (16,65)	.10	-.31
	Control ira exteriorizada					-.03
	Control ira interiorizada					.22
	Dif. Identificar sentimientos					.29
	Dif. describir sentimientos					-.21
	Desesperanza					-.11
	Depresión					-.12
	Ansiedad					.44*
	Ira exteriorizada					-.24
	Ira interiorizada					-.09

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A49 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	Variables	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Ejercicio	Indefensión					.05
	Aceptación					-.18
	<i>Variables Protectoras</i>	.31	.09	1.04 (6,65)		-.13
	Beneficios percibidos					
	Resiliencia					.04
	Control ira exteriorizada					.17
Control ira interiorizada				.09	-.16	
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					.18
	Aceptación					-.40
	Beneficios percibidos					-.18
	Resiliencia					.01
	Control ira exteriorizada	.54	.29	1.67 (13,65)	.19	.04
	Control ira interiorizada					-.11
	Dif. Identificar sentimientos					-.22
	Dif. describir sentimientos					-.11
	Desesperanza					-.31
	Depresión					-.22
	Ansiedad					.35
	Ira exteriorizada					-.50**
	Ira interiorizada					.50**

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A49 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA disminución Tabaco						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.27	.07	5.34** (1,65)	.07**	-.27**
	Sexo					-.32**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Indefensión					.14
	Aceptación					.25
	Beneficios percibidos	.56	.31	3.80** (7,65)	.23**	.17
	Resiliencia					-.53**
	Control ira exteriorizada					.15
	Control ira interiorizada					-.08
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Sexo					-.26
	Indefensión					.30
	Aceptación					.13
	Beneficios percibidos					.17
	Resiliencia					-.39
	Control ira exteriorizada	.61	.37	2.18** (14,65)	.06	.17
	Control ira interiorizada					-.01
	Dif. Identificar sentimientos					-.14
	Dif. describir sentimientos					-.10
	Desesperanza					-.15
	Depresión					-.16
	Ansiedad					.29
	Ira exteriorizada					.14
Ira interiorizada					.09	

*p=.05; **p<.05; ***p<.001.

Tabla A49 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
<u>FA disminución Alcohol</u>						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.35	.12	9.25** (1,65)	.12**	-.35**
	Sexo					-.45***
	Indefensión					-.36**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Aceptación					.17
	Beneficios percibidos	.50	.25	2.88** (2,65)	.13	-.10
	Resiliencia					-.26
	Control ira exteriorizada					-.09
	Control ira interiorizada					.01
	Sexo					-.33**
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.16
	Aceptación					-.04
	Beneficios percibidos					.01
	Resiliencia					.17
	Control ira exteriorizada					-.00
	Control ira interiorizada	.71	.50	3.74*** (4,65)	.24**	.03
	Dif. Identificar sentimientos					-.05
	Dif. describir sentimientos					-.19
	Desesperanza					-.17
	Depresión					-.19
	Ansiedad					.60**
	Ira exteriorizada					.37**
Ira interiorizada					.11	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A49 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ECV+HTA

Modelo	Variable	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
<u>FA por Apoyo Familiar</u>	Indefensión	.31	.10	1.09 (6,65)	.10	-0.08
	Aceptación					.38
	Beneficios percibidos					.03
	Resiliencia					-.33
	Control ira exteriorizada					-.16
	Control ira interiorizada					.07
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión	.43	.18	.91 (13,65)	.08	-0.20
	Aceptación					.41
	Beneficios percibidos					.19
	Resiliencia					-.18
	Control ira exteriorizada					-.11
	Control ira interiorizada					.05
	Dif. Identificar sentimientos					.14
	Dif. describir sentimientos					.17
	Desesperanza					.28
	Depresión					-.07
	Ansiedad					-.02
	Ira exteriorizada					.28
	Ira interiorizada					-.20

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .00$.

Tabla A50

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Global	Indefensión					.37**
	Aceptación	.55	.30	4.79***(6,71)	.30***	.12
	Beneficios percibidos					-.42**
	Resiliencia					-.07
	Control ira exteriorizada					.10
	Control ira interiorizada					-.46***
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					.29**
	Aceptación					-.07
	Beneficios percibidos	.72	.53	3.92***(13,71)	.22**	-.26
	Resiliencia					-.15
	Control ira exteriorizada					.23
	Control ira interiorizada					-.37**
	Dif. Identificar sentimientos					-.05
	Dif. describir sentimientos					.22
	Desesperanza					-.11
	Depresión					-.05
	Ansiedad					-.12
	Ira exteriorizada					.50**
	Ira interiorizada					.06

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A50 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA a la Medicación						-.48***
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Edad/incidencia	.48	.23	21.98*** (1,71)	.23***	
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Edad/incidencia					-.31**
	Indefensión	.62	.39	5.99*** (7,71)	.15**	.35**
	Aceptación					.06
	Beneficios percibidos					-.10
	Resiliencia					.22
	Control ira exteriorizada					-.07
	Control ira interiorizada					-.41**
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Edad/incidencia					-.21
	Indefensión					.46**
	Aceptación					.14
	Beneficios percibidos	.71	.51	4.23*** (14,71)	.11	.02
	Resiliencia					.29*
	Control ira exteriorizada					-.27
	Control ira interiorizada					-.46**
	Dif. Identificar sentimientos					-.41**
	Dif. describir sentimientos					-.10
	Desesperanza					-.00
	Depresión					.17
	Ansiedad					-.02
	Ira exteriorizada					.09
	Ira interiorizada					.13

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A50 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA rutinas de riesgo (Ambientes con humo y polvo)						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo					.10
	Años desde diagnóstico	.26	.07	2.60 (2,71)	.07	-.28**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Sexo					.28**
	Años desde diagnóstico					-.57***
	Indefensión	.54	.29	3.32** (8,71)	.22**	.02
	Aceptación					-.21
	Beneficios percibidos					-.41**
	Resiliencia					-.06
	Control ira exteriorizada					.15
	Control ira interiorizada					-.10

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A50 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA rutinas de riesgo (Ambientes con humo y polvo)	Sexo					.33**
	Años desde diagnóstico					-.52***
	Indefensión					.01
	Aceptación	.70	.49	3.59*** (15,71)	.19**	-.50**
	Beneficios percibidos					-.29
	Resiliencia					-.28**
	Control ira exteriorizada					.45**
	Control ira interiorizada					-.20
	Dif. Identificar sentimientos					.14
	Dif. describir sentimientos					.29**
	Desesperanza					-.46**
	Depresión					-.18
	Ansiedad					.18
	Ira exteriorizada					.19
	Ira interiorizada					-.14

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A50 “Continuación”

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA Ejercicio						
<i>Variables Clínicas</i>	Años desde diagnóstico	.19	.03	2.71 (1,71)	.03	-.19
	Años desde diagnóstico					-.25**
<i>Variables Clínicas y Protectoras</i>	Indefensión					.20
	Aceptación	.49	.24	2.93* (7,71)	.20**	.02
	Beneficios percibidos					-.25
	Resiliencia					-.26*
	Control ira exteriorizada					.28
	Control ira interiorizada					-.39**
	Años desde diagnóstico					-.25**
<i>Variables Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					.02
	Aceptación					-.05
	Beneficios percibidos					-.28
	Resiliencia	.74	.55	5.03*** (14,71)	.31***	-.13
	Control ira exteriorizada					.18
	Control ira interiorizada					-.24*
	Dif. Identificar sentimientos					.22
	Dif. describir sentimientos					.13
	Desesperanza					.12
	Depresión					-.06
	Ansiedad					-.22
	Ira exteriorizada					.12
	Ira interiorizada					.44**

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A50 "Continuación"

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA disminución Tabaco						
<i>VARIABLES Sociodemográficas y Clínicas</i>	Sexo	.29	.08	3.23** (1,71)	.08**	.29**
	Edad/incidencia					.07
<i>VARIABLES Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Sexo					.40***
	Edad/incidencia					.18
	Indefensión					.19
	Aceptación	.60	.37	4.63*** (3,71)	.28***	.36**
	Beneficios percibidos					-.53***
	Resiliencia					-.14
	Control ira exteriorizada					.12
<i>VARIABLES Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Control ira interiorizada					-.35**
	Sexo					.49***
	Edad/incidencia					.40***
	Indefensión					.24**
	Aceptación					.31**
	Beneficios percibidos	.83	.69	8.62*** (6,71)	.32***	-.25**
	Resiliencia					-.15
	Control ira exteriorizada					.26
	Control ira interiorizada					-.36**
	Dif. Identificar sentimientos					-.57***
	Dif. describir sentimientos					.15
	Desesperanza					-.06
	Depresión					.06
Ansiedad					.09	
Ira exteriorizada					.78***	
Ira interiorizada					.00	

*p=.05; **p<.05; ***p<.001.

Tabla A50 "Continuación"

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA disminución Alcohol						
<i>Variables Sociodemográficas</i>	Sexo	.48	.23	21.86*** (1,71)	.23***	-.48***
	Sexo					-.42***
	Indefensión					-.19
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras</i>	Aceptación					-.40**
	Beneficios percibidos	.61	.37	5.47*** (7,71)	.13**	.11
	Resiliencia					.09
	Control ira exteriorizada					.29**
	Control ira interiorizada					-.21
	Sexo					-.43***
<i>Variables Sociodemográficas Más Protectoras y de Vulnerabilidad</i>	Indefensión					-.21
	Aceptación					-.24
	Beneficios percibidos					.21
	Resiliencia					.03
	Control ira exteriorizada	.76	.59	5.90*** (14,71)	.21**	.43**
	Control ira interiorizada					-.09
	Dif. Identificar sentimientos					-.33**
	Dif. describir sentimientos					-.18
	Desesperanza					.22
	Depresión					-.00
	Ansiedad					.20
	Ira exteriorizada					.54***
	Ira interiorizada					-.24

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

Tabla A50 "Continuación"

Predicción de falta de adherencia global al tratamiento y las distintas pautas del tratamiento por las variables sociodemográficas y clínicas, los factores de protección y los factores de vulnerabilidad en el grupo de pacientes con ERC

Modelo	VARIABLES	R	R²	F (g.l.)	ΔR²	β
FA por Apoyo Familiar						
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas</i>	Edad/incidencia	.28	.08	6.32** (1,71)	.08**	.28**
	Edad/incidencia					.33**
<i>Variables Sociodemográficas y Clínicas Más Protectoras</i>	Indefensión	.51	.26	3.21** (7,71)	.17**	.16
	Aceptación					.36**
	Beneficios percibidos					-.43**
	Resiliencia					.08
	Control ira exteriorizada					-.30*
	Control ira interiorizada					.01
<i>Variables Protectoras Más de Vulnerabilidad</i>	Edad/incidencia					.21
	Indefensión					.06
	Aceptación					.16
	Beneficios percibidos	.66	.44	3.22** (14,71)	.18**	-.33**
	Resiliencia					.05
	Control ira exteriorizada					-.10
	Control ira interiorizada					.06
	Dif. Identificar sentimientos					.02
	Dif. describir sentimientos					.39**
	Desesperanza					-.10
	Depresión					.21
	Ansiedad					-.27
	Ira exteriorizada					.25
Ira interiorizada					.01	

* $p < .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$.

ANEXOS B

DOCUMENTOS

Acreditación y autorización de proyecto investigador por el Servicio Canario de Salud



Gerencia de Atención Primaria
Área de Salud de Gran Canaria
Estructura de Apoyo a la Investigación

Asunto: AUTORIZACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

En relación al proyecto de investigación abajo indicado en el que solicita la AUTORIZACIÓN de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, me pongo en contacto con Ud. como Investigador Principal para indicarle que de acuerdo al informe realizado por los técnicos que evaluaron su proyecto procede CONCEDER dicha autorización.

Al ser la promoción de la investigación en el ámbito de la Atención Primaria una de nuestras prioridades deseáramos que nos remitiese, una vez concluido el trabajo, copia del mismo en el que se cite la participación de esta institución como: Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud.

Para cualquier información complementaria, las personas responsables de la Investigación en la Gerencia de Atención Primaria son José Luis Alonso (928 45 84 30) y Francisco Navarro (928 45 84 14).

La Gerente de Atención Primaria del
Área de Salud de Gran Canaria

Edo. Elizabeth Hernández González

Gobierno de Canarias	
Consejería de Sanidad	
Gerencia Atención Primaria G.C.	
REGISTRO AUXILIAR	
Fecha:	- 2 MAY 2013
SALIDA	
Número:	217031
SCS:	43965 Hora: 9:46

En Las Palmas de Gran Canaria, a 30 de abril de 2013

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Título: EMOCIONES, ACEPTACIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: INFLUENCIA SOBRE SU CALIDAD DE VIDA Y SUS CONDUCTAS DE ADHERENCIA

Investigador solicitante: JUAN FRANCISCO ALEMÁN RAMOS

e-mail: juanfraale@gmail.com

Lugar de trabajo: Proyecto para la realización de la tesis doctoral UNED

Teléfono/s de contacto: 629513238

José Luis Alonso
Tel: 928 458430 / Fax: 928 11 85 20
e-mail: jalobil@gobiernodecanarias.org

Francisco J. Navarro
Tel: 928 45 84 14 / Fax: 928 11 85 20
fnavvaz@gobiernodecanarias.org

Cuadernillo de la fase inicial de test y escalas entregado a pacientes de los grupos con HTAe y ECV+HTA

CUADERNILLO

INDIQUE EL NÚMERO DE ORDEN QUE LE HA SIDO ASIGNADO: _____

Para garantizar la confidencialidad de sus respuestas no ponga nombre a este documento.

El cuestionario está impreso a dos caras. Por favor, no olvide girar el folio para continuar rellenando el cuadernillo

Responda las siguientes cuestiones marcando con una "X"

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado/Divorciado

Otro estado (Indique cuál): _____

En la actualidad ¿Tiene pareja?: Sí No

Situación laboral: Trabaja

No trabaja

Está en paro

Está jubilado

Estudia

Baja temporal/ permanente

Ama de casa

Nivel de estudios: Sin estudios

Estudios primarios

Bachillerato elemental/Graduado escolar

Bachillerato superior/BUP/COU

Estudios universitarios

Edad (Indíquela): _____

Señale si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades

	Sí	No
Hipertensión		
Solo alguna vez niveles altos de tensión		
Diabetes		
Infartos Agudos de Miocardio		
Infartos cerebrales (ACV)		
Niveles de colesterol altos		
Otros problemas cardiacos o cardiovasculares, indique cuál/es:		

¿Cuánto tiempo hace que está en tratamiento para su hipertensión?:

Menos de un año Entre 1 y 5 años Más de cinco años

¿Cuántos medicamentos toma al día?

(Cada medicamento cuéntelo una vez aunque lo tome tres veces al día)

Ninguno 1 2 3 4 Más de 4

¿Cuántos de esos medicamentos son para su hipertensión?:

(Cada medicamento cuéntelo una vez aunque lo tome tres veces al día)

Ninguno 1 2 3 Más de 3

Señale si algún familiar que no sea su pareja, sus hijos o sus nietos, ha tenido alguna de las siguientes enfermedades

	Sí	no
Hipertensión		
Diabetes		
Infartos Agudos de Miocardio		
Infartos cerebrales (ACV)		
Otros problemas cardiacos o cardiovasculares, indicar cuál:		

Hábito de fumar: Fumador No fumador Exfumador

Si es fumador, ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

0-10 11-20 más de 20

¿Toma bebidas alcohólicas en las comidas o fuera de ellas? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuántas bebidas toma al día? _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes frases recogen circunstancias en relación con su hipertensión y el tratamiento indicado por su médico **rodee con un círculo** la opción que más se aproxime a su respuesta teniendo en cuenta que:

- 1 = Nunca
- 2 = Pocas veces
- 3 = Algunas veces
- 4 = Muchas veces
- 5 = Siempre

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	¿Tiene problemas para tomar la medicación para la hipertensión que le ha indicado su Médico?	1	2	3	4	5
2	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?	1	2	3	4	5
3	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	1	2	3	4	5
4	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?	1	2	3	4	5
5	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja de tomarla?	1	2	3	4	5
6	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre dieta que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
7	¿Se sienta con ganas en la mesa sabiendo que los platos no tienen sal?	1	2	3	4	5
8	¿Le añade sal a las comidas?	1	2	3	4	5
9	Modifica los tipos de comidas que antes preparaba para adaptarlos a su hipertensión.	1	2	3	4	5
10	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre ejercicio que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
11	¿Practica algún tipo de ejercicio diario por ejemplo pasear, caminar, etc.?	1	2	3	4	5
12	Tiene una hora o momento del día fijo para realizar este ejercicio	1	2	3	4	5
13	Le recuerda su familia, que no olvide tomar su medicación	1	2	3	4	5
14	Procura su familia no ponerla nerviosa para que controle su enfermedad	1	2	3	4	5
15	Entiende su familia el cambio en las					

	comidas para adaptarlas a su hipertensión	1	2	3	4	5
16	Se preparan en casa varias comidas para que usted pueda seguir su dieta sin sal	1	2	3	4	5
17	¿Tiene problemas con su familia para dedicar una parte de su tiempo diario a hacer ejercicio?	1	2	3	4	5

Conteste a las dos preguntas siguientes solo si es fumador

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
18	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre el tabaco que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
19	¿Intenta disminuir el consumo de tabaco?	1	2	3	4	5

Conteste a las dos preguntas siguientes solo si consume alcohol, por poco que sea

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
20	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre el alcohol que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
21	¿Intenta disminuir el consumo de alcohol?	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o sentir. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número que recoja mejor el grado en que cada frase se ajusta a Vd. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, pensar y sentir.

		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	A menudo no sé qué emoción estoy sintiendo	1	2	3	4	5
2	Me resulta difícil encontrar la palabra exacta para expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5

		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
3	Tengo sensaciones que ni siquiera los médicos entienden	1	2	3	4	5
4	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	1	2	3	4	5
5	Prefiero analizar los problemas antes que contarlos	1	2	3	4	5
6	Cuando estoy disgustado/a, no sé si estoy triste, enfadado/a, o tengo miedo	1	2	3	4	5
7	Con frecuencia me siento desconcertado/a por las sensaciones que experimento	1	2	3	4	5
8	Antes que ponerme a pensar en por qué me pasan determinadas cosas, prefiero dejarme llevar por ellas	1	2	3	4	5
9	Tengo sentimientos que no puedo identificar bien	1	2	3	4	5
10	Es imprescindible darse cuenta y sentir las emociones	1	2	3	4	5
11	Me resulta difícil decir lo que siento acerca de los demás	1	2	3	4	5
12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos	1	2	3	4	5
13	No sé lo que pasa dentro de mí	1	2	3	4	5
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado	1	2	3	4	5
15	Prefiero hablar con los demás sobre cosas cotidianas antes que sobre sus sentimientos	1	2	3	4	5
16	Me gustan más los programas de entretenimiento que los que tienen un contenido profundo o dramático	1	2	3	4	5
17	Tengo dificultad en revelar mis sentimientos más íntimos, incluso a los amigos más cercanos	1	2	3	4	5
18	Puedo sentirme cerca de alguien, incluso aunque estemos en silencio	1	2	3	4	5
19	Examinar mis sentimientos puede serme útil para resolver mis problemas personales	1	2	3	4	5
20	Cuando veo una película, intento no ponerme en la piel del protagonista, manteniendo una actitud distante	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar, de actuar y/o de sentir cuando la enfermedad se alarga en el tiempo haciéndose crónica. Rodee con un círculo el número que refleje en qué medida está de acuerdo usted con los siguientes enunciados. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor describa su modo habitual de comportarse, reaccionar y sentir.

		Nada	Algo	Mucho	Completa-mente
1	Debido a mi enfermedad echo de menos las cosas que me gusta hacer	1	2	3	4
2	Puedo manejar los problemas relacionados con mi enfermedad	1	2	3	4
3	He aprendido a vivir con mi enfermedad	1	2	3	4
4	Tratar con mi enfermedad me ha hecho una persona fuerte	1	2	3	4
5	Mi enfermedad controla mi vida	1	2	3	4
6	He aprendido mucho de mi enfermedad	1	2	3	4
7	Mi enfermedad me hace sentir inútil a veces	1	2	3	4
8	Mi enfermedad ha hecho que valore más mi vida	1	2	3	4
9	Mi enfermedad me impide hacer lo que me gusta	1	2	3	4
10	He aprendido a aceptar las limitaciones de mi enfermedad	1	2	3	4
11	Mirando hacia atrás, puedo ver que mi enfermedad también ha producido cambios positivos en mi vida	1	2	3	4
12	Mi enfermedad me limita en todo lo importante para mí	1	2	3	4
13	Puedo aceptar mi enfermedad bien	1	2	3	4
14	Creo que puedo manejar los problemas de mi enfermedad, incluso si esta empeora	1	2	3	4
15	Mi enfermedad con frecuencia me hace sentir indefenso	1	2	3	4
16	Mi enfermedad me ha ayudado a valorar lo importante en la vida	1	2	3	4
17	Puedo hacer frente eficazmente a mi enfermedad	1	2	3	4
18	Mi enfermedad me ha hecho disfrutar más del momento	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: Señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. **Rodee con un círculo** "V" verdadero o "F" falso.

		Verdadero	Falso
1	Miro hacia el futuro con esperanza y entusiasmo.	V	F
2	Mejor me doy por vencido ya que nada puedo hacer para mejorar mi vida.	V	F
3	Cuando las cosas andan mal, me ayuda saber que no será así para siempre.	V	F
4	No me puedo imaginar lo que será mi vida de aquí a diez años.	V	F
5	Tengo el tiempo suficiente para lograr las cosas que quiero hacer.	V	F
6	En el futuro espero tener éxito en las cosas más importantes para mí.	V	F
7	Mi futuro parece oscuro.	V	F
8	He tenido muy buena suerte en la vida y espero recibir más cosas buenas de la vida aún.	V	F
9	Nada me ha salido bien hasta ahora y no hay razón para esperar algo mejor del futuro.	V	F
10	Mis experiencias del pasado me han preparado bien para el futuro.	V	F
11	Lo que puedo ver en mi futuro es desagradable más que agradable.	V	F
12	No espero conseguir lo que realmente deseo.	V	F
13	Pensando en el futuro espero sentirme más feliz de lo que me siento ahora.	V	F
14	Las cosas nunca me salen como yo quiero que me salgan.	V	F
15	Tengo mucha fe en el futuro.	V	F
16	Como nunca consigo la que quiero no tiene sentido desear algo.	V	F
17	Es muy difícil que yo encuentre alguna satisfacción en el futuro.	V	F
18	El futuro me parece inseguro e incierto.	V	F
19	Puedo esperar más tiempos buenos que malos.	V	F
20	No tiene sentido tratar de lograr lo que quiero; probablemente no lo voy a conseguir.	V	F

INSTRUCCIONES: Indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes frases tomando como referencia el mes último. Si una situación particular no le ha ocurrido recientemente, responda de acuerdo a cómo cree que se habría sentido en ella. Rodee con un círculo el número de la opción que mejor describa su forma de actuar, pensar y sentir.

		En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
1		0	1	2	3	4
2		0	1	2	3	4
3		0	1	2	3	4
4		0	1	2	3	4
5		0	1	2	3	4
6		0	1	2	3	4
7		0	1	2	3	4
8		0	1	2	3	4
9		0	1	2	3	4
10		0	1	2	3	4
11		0	1	2	3	4
12		0	1	2	3	4
13		0	1	2	3	4
14		0	1	2	3	4
15		0	1	2	3	4
16		0	1	2	3	4
17		0	1	2	3	4

		En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
18		0	1	2	3	4
19		0	1	2	3	4
20		0	1	2	3	4
21		0	1	2	3	4
22		0	1	2	3	4
23		0	1	2	3	4
24		0	1	2	3	4
25		0	1	2	3	4

Copyright © 2001, 2003, 2007, 2010 by Kathryn M. Connor, M.D. and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

08012010

INSTRUCCIONES: Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Indique su respuesta rodeando con un círculo el número

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1	Poco interés o alegría por hacer cosas.	0	1	2	3
2	Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a .	0	1	2	3
3	Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado.	0	1	2	3
4	Sensación de cansancio o de tener poca energía.	0	1	2	3
5	Poco apetito o comer demasiado.	0	1	2	3
6	Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a.	0	1	2	3
7	Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8	Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.	0	1	2	3

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
9	Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo.	0	1	2	3

Si ha marcado alguno de los problemas del cuestionario anterior,

¿Hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?			
Ninguna dificultad	Algunas dificultades	Muchas dificultades	Muchísimas dificultades

INSTRUCCIONES: Piense en cómo se sintió usted a lo largo del mes pasado. A continuación marque con una cruz (X) la opción que mejor describa cómo se encontró usted en ese momento

1. Me sentí tenso o nervioso

Todos los días Muchas veces A veces Nunca

2. Tuve una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

Definitivamente, y es muy fuerte Sí, pero no es muy fuerte
 Un poco, pero no me preocupa Nada

3. Tuve mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces Con bastante frecuencia
 A veces, aunque no muy a menudo Sólo en ocasiones

4. Pude sentirme relajado

Siempre Por lo general No muy a menudo Nunca

5. Tuve una sensación extraña, como de "hormiguelo" en el estómago

Nunca En ciertas ocasiones Con bastante frecuencia
 Muy a menudo

6. Me sentí inquieto, como si no pudiera parar de moverme

Mucho Bastante No mucho Nada

7. Me asaltaron sentimientos repentinos de pánico

- Muy frecuentemente Bastante a menudo No muy a menudo
 Nada

INSTRUCCIONES: A continuación se encontrará una serie de expresiones que las personas utilizan para describir su forma de comportarse cuando se encuentran enfadados o furiosos. Lea cada una de las frases y rodee con un círculo el número que mejor indique con qué frecuencia usted suele reaccionar o comportarse del modo descrito cuando se encuentra enfadado o furioso

- 1 = Casi nunca**
2 = Algunas veces
3 = A menudo
4 = Casi siempre

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Controlo mi temperamento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Expreso mi ira | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me guardo para mí lo que siento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Hago comentarios irónicos de los demás | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mantengo la calma | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Hago cosas como dar portazos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ardo por dentro aunque no lo demuestro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Controlo mi comportamiento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Discuto con los demás | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Puedo controlarme y no perder los estribos..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Digo barbaridades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me irrito más de lo que la gente se cree | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Pierdo la paciencia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Controlo mis sentimientos de enfado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Rehuyo encararme con aquello que me enfada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Respiro profundamente y me relajo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Hago cosas como contar hasta diez | 1 | 2 | 3 | 4 |

21. Trato de relajarme1 2 3 4
22. Hago algo sosegado para calmarme1 2 3 4
23. Intento distraerme para que se me pase el enfado1 2 3 4
24. Pienso en algo agradable para tranquilizarme1 2 3 4

INSTRUCCIONES: Conteste a las siguientes preguntas marcando el recuadro con una "X"

X

1.- En general, usted diría que su **salud** es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE
USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3.- Su salud actual, ¿Le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿Le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5.- Su salud actual, ¿Le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

- 6.- Su salud actual, ¿Le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 7.- Su salud actual, ¿Le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 8.- Su salud actual, ¿Le limita para **agacharse o arrodillarse**?
1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 9.- Su salud actual, ¿Le limita para caminar **un kilómetro o más**?
1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 10.- Su salud actual, ¿Le limita para caminar **varias manzanas** (Varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 11.- Su salud actual, ¿Le limita para caminar **una sola manzana** (Unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 12.- Su salud actual, ¿Le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

- 13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí
2 No

- 14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
- 15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
- 16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (Por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
- 17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
- 18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
- 19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No
- 20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales **han dificultado** sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 Nada
2 Un poco
3 Regular
4 Bastante
5 Mucho

- 21.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 No, ninguno
 - 2 Sí, muy poco
 - 3 Sí, un poco
 - 4 Sí, moderado
 - 5 Sí, mucho
 - 6 Sí, muchísimo
- 22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (Incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

- 23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 24.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 25.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca

- 26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 27.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo **mucho energía**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió **agotado**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió **feliz**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca
- 31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió **cansado**?
- 1 Siempre
 - 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces

- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (Como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o sentir. Rodee con un círculo el número que refleje en qué medida está usted de acuerdo con los siguientes enunciados. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor describa su grado de acuerdo o desacuerdo con la probabilidad/posibilidad que plantea cada enunciado.

Totalmente en desacuerdo = 1

En desacuerdo = 2

De acuerdo = 3

Totalmente de acuerdo = 4

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Es posible que tenga alguna enfermedad del corazón	1	2	3	4
2.	Es posible que llegue a tener alguna enfermedad del corazón en los próximos diez años	1	2	3	4
3.	Una persona que contrae una enfermedad del corazón no tiene posibilidades de curarse.	1	2	3	4
4.	Es posible que llegue a tener alguna enfermedad del corazón debido a mis conductas pasadas	1	2	3	4
5.	Estoy seguro de que llegaré a tener alguna enfermedad del corazón	1	2	3	4
6.	Los hábitos de un estilo de vida saludables son inalcanzables	1	2	3	4
7.	Es probable que vaya a tener alguna enfermedad del corazón	1	2	3	4
8.	Corro el riesgo de padecer alguna enfermedad del corazón	1	2	3	4
9.	Es posible que vaya a tener alguna enfermedad del corazón	1	2	3	4
10.	Ahora no estoy haciendo nada que sea malo para mi corazón	1	2	3	4
11.	Soy demasiado joven para tener alguna enfermedad del corazón	1	2	3	4
12.	La gente como yo no padece una enfermedad del corazón	1	2	3	4
13.	Estoy lo suficientemente sano como para que mi cuerpo pueda combatir una enfermedad del corazón	1	2	3	4
14.	No me preocupa el que pueda llegar a tener una enfermedad del corazón	1	2	3	4

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
15.	La gente de mi edad es demasiado joven para llegar a tener una enfermedad del corazón	1	2	3	4
16.	La gente de mi edad no padece una enfermedad del corazón	1	2	3	4
17.	Los hábitos de mi estilo de vida no me ponen en riesgo de padecer una enfermedad del corazón	1	2	3	4
18.	No importa lo que haga, si voy a tener una enfermedad del corazón, la tendré	1	2	3	4
19.	La gente que no tiene una enfermedad del corazón simplemente tiene suerte	1	2	3	4
20.	Las causas de las enfermedades del corazón son desconocidas	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. **Rodee con un círculo el número que refleje mejor su propia forma de enfrentarse a los problemas.**

Nunca = 0
A veces = 1
Casi siempre = 2
Siempre = 3

		Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer	0	1	2	3
2.	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy	0	1	2	3
3.	Acepto la realidad de lo que ha sucedido	0	1	2	3
4.	Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente	0	1	2	3
5.	Me digo a mí mismo "esto no es real"	0	1	2	3
6.	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	0	1	2	3
7.	Hago bromas sobre ello	0	1	2	3
8.	Me critico a mí mismo	0	1	2	3

		Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
9.	Consigo apoyo emocional de otros	0	1	2	3
10.	Tomo medidas para intentar que la situación mejore	0	1	2	3
11.	Renuncio a intentar ocuparme de ello	0	1	2	3
12.	Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables	0	1	2	3
13.	Me niego a creer que haya sucedido	0	1	2	3
14.	Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo	0	1	2	3
15.	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor	0	1	2	3
16.	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales	0	1	2	3
17.	Consigo el consuelo y la comprensión de alguien	0	1	2	3
18.	Busco algo bueno en lo que está sucediendo	0	1	2	3
19.	Me río de la situación	0	1	2	3
20.	Rezo o medito	0	1	2	3
21.	Aprendo a vivir con ello	0	1	2	3
22.	Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión	0	1	2	3
23.	Expreso mis sentimientos negativos	0	1	2	3
24.	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo	0	1	2	3
25.	Renuncio al intento de hacer frente al problema	0	1	2	3
26.	Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir	0	1	2	3
27.	Me echo la culpa de lo que ha sucedido	0	1	2	3
28.	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen	0	1	2	3

¿Desea participar en la siguiente fase de la investigación?

SÍ

NO

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo B3

Escala de (ADH-HTAe) adaptada al grupo de enfermos respiratorios crónicos

INSTRUCCIONES: Las siguientes frases recogen circunstancias en relación con su enfermedad respiratoria y el tratamiento indicado por su médico **rodee con un círculo** la opción que más se aproxime a su respuesta teniendo en cuenta que:

- 1 = Nunca
- 2 = Pocas veces
- 3 = Algunas veces
- 4 = Muchas veces
- 5 = Siempre

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	¿Tiene problemas para tomar la medicación (comprimidos o inhaladores) para su problema respiratorio que le ha indicado su Médico?	1	2	3	4	5
2	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos (comprimidos o inhaladores) para su problema respiratorio?	1	2	3	4	5
3	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	1	2	3	4	5
4	Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?	1	2	3	4	5
5	Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?	1	2	3	4	5
6	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre condiciones de limpieza de su vivienda que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
7	¿Se siente con ganas en sus salidas con los amigos sabiendo que debe evitar sitios con humo (fumadores)?.	1	2	3	4	5
8	¿Suele tener plantas en casa?	1	2	3	4	5
9	¿Se limpia su casa con aspiradora o paño húmedo?	1	2	3	4	5
10	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre ejercicio que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
11	¿Practica algún tipo de ejercicio diario por ejemplo pasear, caminar, etc.?	1	2	3	4	5
12	Tiene una hora o momento del día fijo para realizar este ejercicio.	1	2	3	4	5
13	Le recuerda su familia, que no olvide tomar su medicación.	1	2	3	4	5

14	Procura su familia no ponerla nerviosa cuando tiene una crisis.	1	2	3	4	5
15	¿Entiende su familia que no se pueden tener peluches o animales de pelo largo en casa?	1	2	3	4	5
16	¿Al resto de la familia se molesta por el excesivo trabajo que supone la limpieza de la casa?	1	2	3	4	5
17	¿Tiene problemas con su familia para dedicar una parte de su tiempo diario a hacer ejercicio?	1	2	3	4	5

Conteste a las dos preguntas siguientes solo si es fumador

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
18	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre el tabaco que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
19	¿Intenta disminuir el consumo de tabaco?	1	2	3	4	5

Conteste a las dos preguntas siguientes solo si consume alcohol, por poco que sea

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
20	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre el alcohol que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
21	¿Intenta disminuir el consumo de alcohol?	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o sentir. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número que recoja mejor el grado en que cada frase se ajusta a Vd. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, pensar y sentir.

		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	A menudo no sé qué emoción estoy sintiendo	1	2	3	4	5
2	Me resulta difícil encontrar la palabra exacta para expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5

Anexo B4

Escala de (ADH-HTAe) adaptada a personas sin enfermedad crónica

INSTRUCCIONES: Las siguientes frases recogen circunstancias en relación con algún tratamiento indicado por su médico rodee con un círculo la opción que más se aproxime a su respuesta teniendo en cuenta que:

- 1 = Nunca
- 2 = Pocas veces
- 3 = Algunas veces
- 4 = Muchas veces
- 5 = Siempre

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	¿Tiene problemas para tomar la medicación que le suele indicar su Médico?	1	2	3	4	5
2	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?	1	2	3	4	5
3	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	1	2	3	4	5
4	Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?	1	2	3	4	5
5	Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?	1	2	3	4	5
6	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre dieta que le puedan haber indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
7	¿Se sienta con ganas en la mesa sabiendo que la comida igual no le va a saciar?	1	2	3	4	5
8	¿Le añade sal o salsas para hacerlas apetecibles?	1	2	3	4	5
9	Modifica los tipos de comidas que antes preparaba para adaptarlos a lo indicado por el médico	1	2	3	4	5
10	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre ejercicio que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
11	¿Practica algún tipo de ejercicio diario por ejemplo pasear, caminar, etc.?	1	2	3	4	5
12	Tiene una hora o momento del día fijo para realizar este ejercicio	1	2	3	4	5
13	Le recuerda su familia, que no olvide tomar su medicación	1	2	3	4	5
14	Procura su familia no ponerla nerviosa para que se pueda controlar	1	2	3	4	5

15	Entiende su familia el cambio en las comidas para adaptarlas a lo indicado por su medico	1	2	3	4	5
16	Se preparan en casa varias comidas para que usted pueda seguir su dieta.	1	2	3	4	5
17	¿Tiene problemas con su familia para dedicar una parte de su tiempo diario a hacer ejercicio?	1	2	3	4	5

Conteste a las dos preguntas siguientes solo si es fumador

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
18	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre el tabaco que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
19	¿Intenta disminuir el consumo de tabaco?	1	2	3	4	5

Conteste a las dos preguntas siguientes solo si consume alcohol, por poco que sea

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
20	¿Tiene problemas para seguir los consejos sobre el alcohol que le han indicado su Médico o Enfermero?	1	2	3	4	5
21	¿Intenta disminuir el consumo de alcohol?	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o sentir. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número que recoja mejor el grado en que cada frase se ajusta a Vd. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, pensar y sentir.

		Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	A menudo no sé qué emoción estoy sintiendo	1	2	3	4	5
2	Me resulta difícil encontrar la palabra exacta para expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5

Anexo B5

Solicitud de permiso de uso de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003) y condiciones de la cesión

Dear Juan Francisco:

Thank you for your interest in the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). We are pleased to grant permission for use of the CD-RISC in the project you have described under the following terms of agreement:

1. You agree not to use the CD-RISC for any commercial purpose, or in research or other work performed for a third party, or provide the scale to a third party. If other off-site collaborators are involved with your project, their use of the scale is restricted to the project, and the signatory of this agreement is responsible for ensuring that all collaborators adhere to the terms of this agreement.
 2. You may use the CD-RISC in written form, by telephone, or in secure electronic format where the scale is protected from unauthorized distribution or the possibility of modification.
 3. Further information on the CD-RISC can be found at the www.cd-risc.com website. The scale's content may not be modified, although in some circumstances the formatting may be adapted with permission of either Dr. Connor or Dr. Davidson. If you wish to create a non-English language translation or culturally modified version of the CD-RISC, please let us know and we will provide details of the standard procedures.
 4. Three forms of the scale exist: the original 25 item version and two shorter versions of 10 and 2 items respectively. When using the CD-RISC 25, CD-RISC 10 or CD-RISC 2, whether in English or other language, please include the full copyright statement and use restrictions as it appears on the scale.
 5. Complete and return this form via email to mail@cd-risc.com.
6. In any publication or report resulting from use of the CD-RISC, you do not publish or partially reproduce the CD-RISC without first securing permission from the authors. **Except in this particular case, as an appendix to the thesis with the corresponding copyright.**

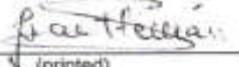
If you agree to the terms of this agreement, please email a signed copy to the above email address. Upon receipt of the signed agreement, we will email a copy of the scale.

For questions regarding use of the CD-RISC, please contact Jonathan Davidson at mail@cd-risc.com. We wish you well in pursuing your goals.

Sincerely yours,

Jonathan R. T. Davidson, M.D.
Kathryn M. Connor, M.D.

Agreed to by: Juan Francisco Alemán Ramos

Signature:  Date: 17-12-2012

(printed)

Date

PSICÓLOGO CLÍNICO
Title

ESTUDIANTE (TESIS DOCTORAL)
Organization

Juan

De: Jonathan Davidson, M.D. [jonathan.davidson@duke.edu]
Enviado el: martes, 18 de diciembre de 2012 16:11
Para: Juan
Asunto: RE: Request Form from: Juan Francisco Alemán Ramos
Datos adjuntos: Depress Anxiety - Development of a new resilience scale (CD-RISC).pdf; RISC Manual 11-15-12.pdf; CD-RISC Sp (Eur) 2010.pdf

Dear Juan:

Thank you for your message. I am pleased to enclose the scale and manual. We do not really like to see the scale reproduced in full but you are certainly free to show it to your committee. It has been our experience that people understand the concerns of copyright when it is explained. One thing you could do, perhaps, is reproduce table 2 from our original report (which is attached). To do that, you would need to obtain permission from John Wiley, who I am sure would be willing to give it.

If you have other questions, please don't hesitate to let me know.

With best wishes,

Jonathan Davidson

