



## ORIGINAL

# Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular



Juan Francisco Alemán<sup>a,b,\*</sup> y Beatriz Rueda<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud de Agaete, Agaete, Gran Canaria, Las Palmas, España

Recibido el 8 de enero de 2018; aceptado el 12 de julio de 2018

Disponible en Internet el 19 de octubre de 2018

### PALABRAS CLAVE

Factores de protección;  
Factores de vulnerabilidad;  
Adherencia;  
Calidad de vida;  
Enfermedad cardiovascular

### Resumen

**Objetivos:** Examinar las diferencias de género sobre determinados factores de protección (FP: aceptación y resiliencia), factores de vulnerabilidad (FV: ira, depresión y ansiedad), la adherencia al tratamiento y calidad de vida (cV) en pacientes cardiovasculares; y estudiar las relaciones de estos factores con la adherencia y CV en mujeres y hombres separadamente.

**Diseño:** Observacional y transversal.

**Emplazamiento:** Dos Centros de Atención Primaria de Gran Canaria.

**Participantes:** Participaron 198 pacientes cardiovasculares (91 hombres y 107 mujeres).

**Mediciones principales:** La aceptación se midió con la escala ICQ; la resiliencia, con la escala CD-RISC; la depresión, con el PHQ-9; la ansiedad, con la escala HADS; la ira interiorizada y exteriorizada, mediante el STAXI-2; la CV, con el cuestionario SF-36; y la adherencia, con una escala autoinformada.

**Resultados:** Las mujeres, en comparación con los hombres, presentaron mayor ansiedad (IC 95%: 6,3 a 7,9) y adherencia a la reducción de tabaco (IC 95%: 9,4 a 10,0) y alcohol (IC 95%: 9,6 a 10,1), y menor ira exteriorizada (IC 95%: 8,9 a 10,0), CV mental (IC 95%: 47,0 a 51,3) y adherencia a la medicación (IC 95%: 22,2 a 23,3). La aceptación se asoció con mejor adherencia solo en las mujeres. En los hombres hubo más FV relacionados con una peor adherencia. En ambos grupos la ansiedad tuvo un impacto negativo sobre la adherencia, y la CV se asoció positivamente con los FP y negativamente con FV.

**Conclusiones:** Se constatan las diferencias de género sobre CV, algunos FV y la adherencia; y el papel beneficioso de la aceptación en las mujeres.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juanfraale@gmail.com](mailto:juanfraale@gmail.com) (J.F. Alemán).

**KEYWORDS**

Protective factors;  
Vulnerability factors;  
Adherence;  
Quality of life;  
Cardiovascular  
disease

## Influence of gender on protective and vulnerability factors, adherence and quality of life in patients with cardiovascular disease

**Abstract**

**Objectives:** To examine gender differences on specific protective factors (PF: acceptance and resilience), vulnerability factors (VF: anger, depression, and anxiety; adherence to treatment and quality of life (QoL) in cardiovascular patients, as well as to study separately the relationships of these factors with adherence and QoL in females and males.

**Design:** Observational and cross-sectional.

**Setting:** Two Primary Care Centres in Gran Canaria.

**Participants:** One hundred and ninety-eight cardiovascular patients (91 males and 107 females) participated.

**Main measurements:** Acceptance was assessed by the ICQ scale; resilience by the CD-RISC; depression by the PHQ-9; anxiety by the HADS; Anger-In and Anger-Out by the STAXI-2; QoL by the SF-36; and adherence by a self-reported scale.

**Results:** Females exhibited higher anxiety (95% CI: 6.3-7.9) and adherence to reducing smoking (95% CI: 9.4-10.0) and drinking (95% CI: 9.6-10.1), and lower Anger-Out (95% CI: 8.9-10.0), mental QoL (95% CI: 47.0-51.3) and adherence to medication (95% CI: 22.2-23.3) compared to males. Acceptance was associated with better adherence only in women. There were more VF related to worse adherence in males. Anxiety had a negative impact on adherence, and QoL was positively associated with PF, and negatively with VF in both groups.

**Conclusions:** Gender differences in QoL, some VF, and adherence are observed, in addition to the beneficial role of Acceptance in women.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan un grupo de enfermedades al que se dedica, desde el nivel de asistencia de Atención Primaria de la Salud (APS), una mayor cantidad de recursos<sup>1</sup>, dada su elevada morbimortalidad<sup>2</sup> y la complejidad que requiere su intervención.

A pesar del esfuerzo realizado desde APS, se sigue apreciando en los pacientes cardiovasculares una baja adherencia a los tratamientos<sup>3,4</sup> y una calidad de vida (CV) deteriorada. Estos resultados, además, parecen agravarse dependiendo del género y de la edad del paciente. Las mujeres con ECV<sup>1</sup> presentan una mayor probabilidad de mortalidad por enfermedad coronaria, fundamentalmente a partir de los 70 años, refiriendo niveles más bajos de CV tanto física como mental<sup>5</sup>.

La constatada presencia de las diferencias de género en relación con el curso de la ECV ha llevado a los investigadores a explorar cómo estas diferencias pueden manifestarse también en determinados mecanismos cognitivos y emocionales, los cuales pueden constituir, o bien factores de protección (FP), en la medida en que favorecen una mayor adherencia y CV, o bien factores de vulnerabilidad (FV) capaces de poner en riesgo al paciente al incidir de forma negativa sobre el cumplimiento del tratamiento y su CV.

Entre los FP la aceptación y la resiliencia parecen asociarse con un mejor estado emocional en pacientes con ECV. La aceptación puede definirse como el reconocimiento por parte del paciente de la necesidad de adaptarse a su enfermedad, sintiéndose, al mismo tiempo, capaz de tolerar las

consecuencias adversas de la misma<sup>6</sup>. La resiliencia<sup>7</sup>, por su parte, hace referencia al conjunto de fortalezas que permiten que el paciente logre una adaptación adecuada a su enfermedad.

Si bien se ha observado en los hombres con ECV una mayor puntuación en resiliencia<sup>8</sup>, el estudio de las diferencias de género con respecto a la aceptación apenas ha sido abordado hasta el momento.

En cuanto a los FV, la depresión, la ansiedad y la ira —expresada hacia fuera (ira exteriorizada) o suprimida (ira interiorizada)— representan procesos emocionales que han recibido una mayor atención, observándose su asociación con un peor ajuste psicológico y un mayor riesgo de desarrollar ECV<sup>9-12</sup>.

En cuanto a las diferencias de género sobre los FV, la evidencia parece ser clara en relación con la depresión y la ansiedad, mostrando las mujeres con ECV niveles más elevados de estas dos emociones<sup>10,13</sup>. Con respecto a la ira, se ha señalado que podría predecir mejor la ECV en los hombres, mientras que, en las mujeres, podría hacerlo mejor la ansiedad<sup>14</sup>.

En la presente investigación se ha pretendido examinar, en un conjunto de pacientes con diagnóstico de ECV establecida y tratados en APS, las posibles diferencias de género en relación con los FP (aceptación y resiliencia), los FV (depresión, ansiedad, ira interiorizada e ira exteriorizada), la adherencia a las pautas del tratamiento y la CV física y mental. Asimismo, se ha estudiado en qué medida las relaciones de los FP y los FV con la adherencia a las pautas de los tratamientos y la CV variaban en función del género de los pacientes.

## Material y método

### Participantes y procedimiento

El estudio realizado fue de tipo observacional y descriptivo.

Para su realización se accedió, mediante la base de datos proporcionada por la Gerencia de APS, a una población de 4.416 personas adscritas a tres cupos médicos de dos centros de salud, pertenecientes al Área de Salud de Gran Canaria, Islas Canarias. De ella, se seleccionaron 1.250 pacientes que tenían ECV y acudían, para su control periódico, a su centro de salud.

Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 80 años y diagnóstico de ECV en la historia clínica (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca y/o patología arterial valvular cardíaca), incluyendo la posible comorbilidad con diabetes y/o hipercolesterolemia. Fueron criterios de exclusión: padecer una enfermedad crónica oncológica, respiratoria, renal, hepática, y/o psiquiátrica; y/ o haber estado, durante el último año, en tratamiento psicológico con apoyo farmacológico, o cognitivo-conductual.

Para evitar sesgos de selección accidental o derivados de la asistencia regular a las citas, entre los 1.250 pacientes potencialmente seleccionados se extrajo aleatoriamente una muestra de 300 participantes, estimando este tamaño con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Entre ellos se pudo contactar con 225 mediante un código de identificación personal proporcionado por la base de datos, y aprovechando las citas periódicas para seguimiento en las consultas médicas o de enfermería, establecidas en los protocolos del Servicio Canario de la Salud.

Los 225 pacientes fueron informados en su centro de salud sobre la investigación. Ocho declinaron participar. A los 217 que consintieron en participar, se les entregó un cuestionario que debían cumplimentar y devolver en la siguiente visita. Diecinueve sujetos fueron eliminados por representar casos atípicos y tener sus puntuaciones en algunas variables una homocedasticidad, simetría y curtosis por encima de 1 y 1,2, respectivamente. La muestra final estuvo compuesta por 198 participantes.

El estudio contó con la evaluación, autorización y aprobación por parte del personal responsable de la Gerencia de APS del Área de Salud de Gran Canaria.

### Medidas

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

- Subescala de aceptación del *Illness Cognition Questionnaire* (ICQ)<sup>6</sup> (6 ítems). Mide la aceptación de la enfermedad como un proceso que disminuye la evaluación aversiva de la enfermedad crónica. El rango de puntuación comprende entre 6 y 24 puntos. La subescala ha mostrado una buena fiabilidad ( $\alpha = 0,86$ ) en muestras de habla castellana<sup>15</sup>.
- Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)<sup>16</sup> (25 ítems), traducida al castellano por Bobes et al. (2008) y cedida para esta investigación por los autores originales. Evalúa el conjunto de capacidades y/o habilidades

que permiten adaptarse adecuadamente al estrés, demostrando una alta validez y fiabilidad ( $\alpha = 0,89$ ). El rango de puntuación oscila entre 0 y 100.

- Cuestionario de salud del paciente para la depresión PHQ-9<sup>17</sup> (9 ítems), traducido al castellano por el *MAPI Research Institute*. Evalúa el nivel de depresión referido a las dos últimas semanas. El rango de respuestas comprende entre 0 y 27 puntos. Un valor entre 5 y 9 indica sintomatología depresiva leve.
- Subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS<sup>18</sup> (7 ítems). Mide la ansiedad experimentada en el último mes. El rango de respuestas abarca entre 0 y 21 puntos, indicando presencia de ansiedad los valores entre 7 y 10<sup>19</sup>.
- Dos subescalas del Inventario Rasgo-Estado de Ira y su Expresión STAXI-2<sup>20</sup> (6 ítems cada una), adaptadas al castellano<sup>21</sup>. La subescala II mide la expresión de la ira hacia dentro cuando el individuo se enfada, y la subescala IE la expresión de la ira hacia fuera. El rango de respuesta comprende entre 6 y 24 puntos.
- Subescalas de salud física y salud mental del cuestionario de Salud SF-36 (36 ítems), adaptado al castellano por Alonso et al. (1995)<sup>22</sup>. Evalúa la CV o funcionamiento y el estado global de salud, utilizando puntuaciones crudas entre «35» (peor estado de salud) y «144» (mejor estado de salud).
- Subescalas pertenecientes a la escala autoinformada ADH-HTAe, elaborada por Alemán y Rueda<sup>23</sup> a partir del Cuestionario MBG<sup>24</sup> y el Test de Morisky-Green-Levine<sup>25</sup>. Evalúan la falta de adherencia terapéutica en la HTAe respecto a la medicación (cinco ítems; rango de repuesta entre 5 y 25 puntos), la dieta (cinco ítems; rango entre 5 y 25 puntos), la práctica de ejercicio (tres ítems; rango entre 3 y 15 puntos), y la disminución del consumo de tabaco (dos ítems, rango entre 2 y 10 puntos) y alcohol (dos ítems, rango entre 2 y 10 puntos). La puntuación de los ítems de las subescalas se invirtió, significando una alta puntuación en ellas mayor cumplimiento de la pauta.

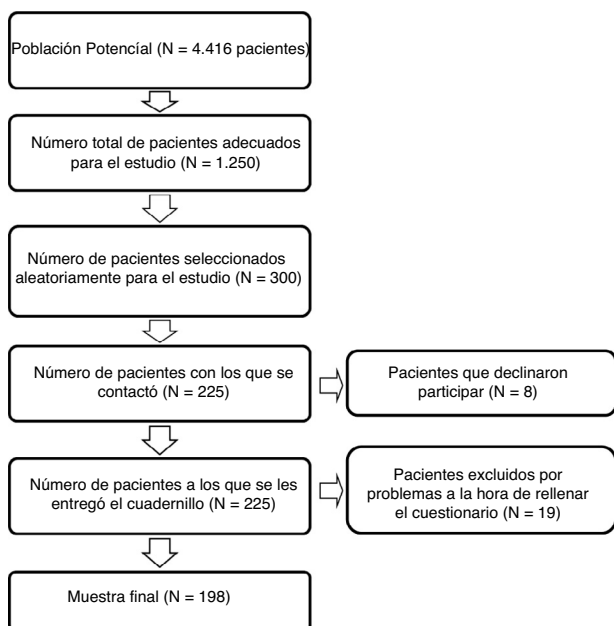
### Análisis estadístico

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

Se realizaron análisis de varianza multivariados (MANCOVA) para calcular las diferencias en los FP, los FV y las pautas de adherencia (como variables dependientes) en función del género (variable independiente). Para evaluar las diferencias de género sobre la CV física y mental, se efectuaron análisis de covarianza univariados (ANCOVA) ya que, debido a su alta intercorrelación, no pudieron ser introducidas en un MANCOVA. En todos los análisis se controló el potencial efecto de la edad. El tamaño del efecto se calculó mediante el estadístico eta parcial al cuadrado ( $\eta^2_p$ ).

Para examinar las relaciones entre los FP y los FV con la adherencia a las pautas del tratamiento y la CV tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres, se realizó un análisis correlacional, obteniéndose el coeficiente de correlación de Pearson.

El nivel de significación empleado en todos los análisis fue  $p < 0,05$ .



**Esquema general del estudio.** Diagrama con la selección de los participantes del estudio.

## Resultados

La muestra total estuvo compuesta por 198 personas (91 hombres y 107 mujeres) con diagnóstico de ECV. La edad media fue de 61,3 años (DT = 12,1), los hombres presentaron mayor número de enfermedades comórbidas que las mujeres (tabla 1).

El análisis de MANCOVA que se efectuó para examinar las diferencias en la aceptación y la resiliencia en función del género, controlando la edad, no resultó significativo (tabla 2). En cambio, sí lo fue al analizar los FV (lambda de Wilks = 0,48;  $F_{(4, 192)} = 50,2$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,51$ ), constatándose un efecto principal por parte del género ( $F_{(4, 192)} = 5,9$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,11$ ). En particular, las mujeres mostraron

una mayor ansiedad y menor ira exteriorizada que los hombres.

En cuanto al efecto del género sobre la adherencia a las diferentes pautas del tratamiento, el MANCOVA obtenido resultó también significativo (lambda de Wilks = 0,20;  $F_{(5, 191)} = 149,7$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,79$ ). El género tuvo un efecto principal ( $F_{(5, 191)} = 6,85$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,15$ ), siendo las mujeres quienes presentaron una mayor adherencia a la disminución del tabaco y el alcohol en comparación con los hombres, aunque en estos, sin embargo, la adherencia a la medicación fue más elevada (tabla 3).

Con respecto a la CV, los ANCOVA realizados reflejaron diferencias significativas en función del género solo en la CV mental ( $F_{(2, 197)} = 4,25$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2_p = 0,04$ ), siendo esta más elevada en el caso de los hombres que en el de las mujeres. En cuanto a la CV física, si bien el efecto conjunto del género y la edad resultó significativo ( $F_{(2, 197)} = 4,9$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2_p = 0,04$ ), las diferencias en función del género no lo fueron.

En los hombres, la aceptación y la resiliencia se asociaron positivamente con las dos dimensiones de CV y con la adherencia a la disminución del tabaco. La aceptación correlacionó con una mayor adherencia al ejercicio y a la reducción del alcohol, mientras que la resiliencia se asoció con una mejor adherencia a la medicación (tabla 4). Estas correlaciones tuvieron un tamaño menor que el obtenido con las dimensiones de CV. Las pautas de adherencia que se asociaron ligeramente con un mayor número de FV fueron las relativas a la medicación y a la disminución de alcohol, correlacionando negativamente con la ansiedad, la IE y la II. La depresión y la ansiedad se asociaron también con una menor adherencia a la dieta.

En las mujeres, la aceptación se relacionó con una mayor adherencia a todas las pautas del tratamiento, mientras que la resiliencia se asoció levemente con una mayor adherencia a la medicación y el ejercicio. Ambos FP se relacionaron de forma positiva con la CV, siendo la magnitud de estas correlaciones de nuevo más alta que en el caso de la adherencia (tabla 5). Por otro lado, la ansiedad se asoció con una peor adherencia a la dieta y el ejercicio, mientras que

**Tabla 1** Datos sociodemográficos y clínicos en la muestra total y según género

	Total (N = 198)	Hombres (N = 91)	Mujeres (N = 107)	Diferencias de género $\chi^2$ (g.l.)	$\eta$
<i>Edad, media (DT)</i>	61,3 (12,2)	63,2 (11,3)	59,7 (12,7)	42,8 (43)	0,46
<i>Número de enfermedades comórbidas, N (%)</i>				16,2 (3)*	0,28
Ninguna	94 (47,5)	40 (44,0)	54 (50,5)		
Una	75 (37,9)	28 (30,8)	47 (43,9)		
Dos	26 (13,1)	20 (22,0)	6 (5,6)		
Tres	3 (1,5)	3 (3,2)	0 (0)		
<i>Cantidad de medicamentos diarios pautados, N (%)</i>				1,2 (4)	0,07
Ninguno	1 (0,5)	1 (1,1)	0 (0,0)		
Uno	138 (69,7)	63 (69,2)	75 (70,1)		
Dos	35 (17,7)	16 (17,6)	19 (17,8)		
Tres	15 (7,6)	7 (7,7)	8 (7,5)		
Más de tres	9 (4,5)	4 (4,4)	5 (4,6)		

\*  $p < 0,05$ .

**Tabla 2** Efecto univariado del género sobre los factores de protección y de vulnerabilidad

	$F_{(1, 197)}$	Medias [IC 95%]		$\eta^2_{\text{parcial}}$
		Hombres	Mujeres	
Aceptación	0,96	17,7 [16,8-18,5]	18,3 [17,5-19,1]	0,00
Resiliencia	1,00	67,6 [63,9-71,2]	65,0 [61,7-68,4]	0,00
Depresión	1,45	6,6 [5,4-7,9]	7,7 [6,5-8,8]	0,00
Ansiedad	8,27*	5,3 [4,4-6,2]	7,1 [6,3-7,9]	0,04
Ira exteriorizada	6,82*	10,5 [9,9-11,2]	9,4 [8,9-10,0]	0,03
Ira interiorizada	0,33	12,7 [12,0-13,5]	12,4 [11,8-13,1]	0,00

\*  $p < 0,05$ .**Tabla 3** Efecto univariado del género sobre la adherencia a las pautas del tratamiento y la calidad de vida

	$F_{(1, 197)}$	Medias [IC 95%]		$\eta^2_{\text{parcial}}$
		Hombre	Mujer	
Adherencia medicación	5,86*	23,7 [23,2-24,3]	22,8 [22,2-23,3]	0,02
Adherencia dieta	2,03	15,8 [14,9-16,7]	14,9 [14,1-15,7]	0,01
Adherencia ejercicio	1,44	10,5 [9,8-11,1]	9,9 [9,3-10,5]	0,00
Adherencia disminución tabaco	9,59*	9,0 [8,7-9,3]	9,7 [9,4-10,0]	0,04
Adherencia disminución alcohol	15,52**	9,1 [8,8-9,4]	9,8 [9,6-10,1]	0,07
CV mental	5,34*	52,9 [50,6-55,3]	49,1 [47,0-51,3]	0,02
CV física	2,99	57,1 [54,9-59,3]	54,5 [52,5-56,5]	0,01

CV: calidad de vida.

\*  $p < 0,05$ .\*\*  $p < 0,001$ .**Tabla 4** Correlaciones entre los factores de protección y vulnerabilidad con la adherencia y la calidad de vida en el grupo de hombres

	Aceptación	Resiliencia	Depresión	Ansiedad	Ira exteriorizada	Ira Interiorizada
Adherencia medicación	-0,03	0,25*	-0,11	-0,24*	-0,26*	-0,33*
Adherencia dieta	0,15	0,16	-0,30*	-0,29*	0,03	-0,17
Adherencia ejercicio	0,24*	0,07	-0,14	-0,19	0,05	-0,29*
Adherencia disminución tabaco	0,22*	0,21*	0,03	-0,09	-0,18	-0,02
Adherencia disminución alcohol	0,20*	-0,04	-0,06	-0,33*	-0,27*	-0,27**
CV mental	0,49**	0,53**	-0,70**	-0,60**	-0,39**	-0,54**
CV física	0,49**	0,56**	-0,61**	-0,35*	-0,28*	-0,39*

CV: calidad de vida.

\*  $p < 0,05$ .\*\*  $p < 0,001$ .**Tabla 5** Correlaciones entre los factores de protección y vulnerabilidad con la adherencia y la calidad de vida en el grupo de mujeres

	Aceptación	Resiliencia	Depresión	Ansiedad	Ira exteriorizada	Ira Interiorizada
Adherencia medicación	0,40**	0,23*	-0,10	-0,12	-0,20*	-0,16
Adherencia dieta	0,23*	0,10	-0,15	-0,21*	-0,13	-0,13
Adherencia ejercicio	0,47**	0,29*	-0,13	-0,20*	-0,14	-0,18
Adherencia disminución tabaco	0,31*	0,03	-0,09	-0,16	-0,15	-0,14
Adherencia disminución alcohol	0,28*	0,07	-0,05	-0,18	-0,16	-0,09
CV mental	0,50**	0,47**	-0,69**	-0,69**	-0,33**	-0,41**
CV física	0,40**	0,40**	-0,53**	-0,47**	-0,24*	-0,27*

CV: calidad de vida.

\*  $p < 0,05$ .\*\*  $p < 0,001$ .



la IE correlacionó con una peor adherencia a la medicación, siendo bajo el tamaño de estas correlaciones.

En ambos géneros, todos los FV se asociaron con una CV física y mental más baja (tablas 4 y 5), siendo estas correlaciones más altas en el caso de la depresión y la ansiedad.

## Discusión

Las diferencias de género en cuanto al curso de la ECV cuentan con una constatada evidencia<sup>1,5,10,13,14</sup>. Los resultados obtenidos en este estudio amplían el conocimiento de dichas diferencias al revelar su presencia con respecto a algunos factores de riesgo psicosocial y la CV, y poner de manifiesto también la ausencia de dichas diferencias con respecto a la resiliencia y la aceptación.

En concreto, las mujeres con ECV refirieron una mayor ansiedad y menor nivel de IE y CV mental, avalando así investigaciones previas que señalan en mujeres con ECV<sup>13,26</sup> una ansiedad y vulnerabilidad emocional más altas, las cuales podrían ser responsables de su peor ajuste psicológico<sup>10</sup>. Asimismo, se apreció en las mujeres una mejor adherencia a la pauta de reducción del tabaco y el alcohol, y una peor adherencia en relación con la medicación, en comparación con los hombres.

Estos datos reflejan que una intervención pertinente en el caso de las mujeres con ECV sería la de incrementar su motivación para seguir el tratamiento farmacológico, mientras que, en los hombres, sería la de motivarles e intervenir para que abandonaran el consumo de tabaco y alcohol.

En cuanto a las relaciones obtenidas entre los FV y FP con la CV, se apreció que, en cada grupo de pacientes, las dimensiones de la CV se asociaban positivamente con los FP y negativamente con los FV, en la línea sugerida por otros estudios<sup>27,28</sup>. Todas estas relaciones fueron más elevadas en el caso de la CV mental. En el caso de los hombres, la resiliencia también se asoció con una mayor CV física, lo cual podría reflejar cómo la resiliencia, o disponer de la capacidad para sobreponerse a la enfermedad, podría atenuar la sintomatología física asociada con ella.

Con respecto a las asociaciones de los FP y FV con la adherencia al tratamiento, destaca que el tamaño de una gran parte de estas correlaciones fue más bajo que el encontrado en las relaciones de los FV y FP con la CV, lo cual sugiere que la asociación de estos factores con las conductas de adherencia podría estar influida por otras variables más específicas y próximas a la conducta, como la percepción de autoeficacia a la hora de realizar cada una de las pautas del tratamiento. En concreto, en los hombres, la aceptación se asoció con una mejor adherencia al ejercicio y a la reducción del tabaco y el alcohol. En las mujeres, en cambio, la aceptación apareció como un recurso asociado a una mejor adherencia a todas las pautas del tratamiento. Estos resultados ponen de manifiesto el papel de la aceptación de la enfermedad a la hora de contribuir, en el caso de los hombres, a disminuir conductas de riesgo que son más frecuentes en ellos, como el consumo de tabaco y alcohol; y, en el caso de las mujeres, a promover una mayor adherencia en general.

En los hombres se observó también un mayor número de FV asociados a una peor adherencia, siendo estos factores la ansiedad, la IE y la II, lo cual revelaría que esta peor adherencia al tratamiento podría estar determinada por

una vulnerabilidad emocional caracterizada, fundamentalmente, por la ansiedad y la falta de una expresión adecuada de la ira.

Finalmente, la ansiedad fue el FV que se asoció de manera más negativa con la adherencia en ambos géneros, apoyando investigaciones previas<sup>29,30</sup> y sugiriendo que algunas de las conductas del tratamiento podrían resultar especialmente difíciles para los pacientes más ansiosos.

Como limitaciones de este estudio cabe señalar su naturaleza correlacional, no siendo posible delimitar una relación causal entre las variables analizadas, para lo cual resulta necesario realizar investigaciones longitudinales. Asimismo, el hecho de que, dentro de la muestra seleccionada, hubiera 83 personas que no participaron en la investigación podría haber afectado a la representatividad de la muestra.

### Lo conocido sobre el tema

Existe amplia evidencia sobre la presencia de diferencias de género en la enfermedad cardiovascular, así como sobre la baja adherencia a los tratamientos y el deterioro de la calidad de vida en estos pacientes.

La clarificación de las posibles diferencias de género respecto a determinados factores de protección y vulnerabilidad, y el estudio del potencial impacto de estos factores sobre la adherencia y la calidad de vida, son aspectos que requieren una mayor investigación.

### Qué aporta este estudio

Se constató, en las mujeres con enfermedad cardiovascular, una mayor ansiedad y una menor ira exteriorizada y calidad de vida, así como una peor adherencia respecto a la toma de medicación. En los hombres, la adherencia a la hora de reducir el consumo de tabaco y alcohol fue más baja.

No se apreciaron diferencias de género en cuanto a las relaciones de los factores de protección y vulnerabilidad con la calidad de vida. Sin embargo, sí aparecieron diferencias en la asociación de estos factores con la adherencia a las pautas del tratamiento dependiendo del género de los pacientes.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006;6 Supl. G:3-12, [http://dx.doi.org/10.1016/S1131-3587\(06\)75324-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1131-3587(06)75324-9).

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares: Nota descriptiva 2015 [consultado 12 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es>.
3. Ruppert T, Delgado J, Temple J. Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nur*. 2015;14:395–404, <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115571213>.
4. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *J Amer Med Assoc*. 2002;288:462–7, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.4.462>.
5. Comin-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro M, Manzano L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:256–71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.034>.
6. Evers AWM, Kraaimat F, Lankveld W, van Jongen PJH, Jacobs JWG, Bijlsma JWJ. Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for Chronic Disease. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:1026–36.
7. Liu J, Chang L, Wu S, Tsai P. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:1846–53, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.005>.
8. Malik S, Afzal N. Predictors of quality of life and resilience among outpatients with heart diseases. *J Pak Psychiatr Soc*. 2015;12:31–3.
9. Ketterer MW, Mahr G, Cao JJ, Hudson M, Smith S, Knysz W. What's 'unstable' in unstable angina? *Psychosomatics*. 2004;45:185–96, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.45.3.185>.
10. Montero P, Rueda B, Bermúdez J. Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardíaca. *Rev Psicopatología Psicol Clín*. 2012;17:93–106, <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11318>.
11. Denollet J, Gidron Y, Vrints CJ, Conraads V. Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 2010;105:1555–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2010.01.015>.
12. Mostofsky E, Maclure M, Tofler G, Muller J, Mittleman M. Relation of outbursts of anger and risk of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2013;112:343–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.03.035>.
13. Tung H, Hunter A, Wei J, Chang CY. Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. *Heart Lung*. 2009;38:469–79, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.006>.
14. Consedine N, Magai C, Chin S. Hostility and anxiety differentially predict cardiovascular disease in men and women. *Sex Roles*. 2004;50:63–75, <http://dx.doi.org/10.1023/B:SERS.0000011073.44105.6f>.
15. Vinnacia S, Arango C. Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Suma Psicol*. 2003;10:43–65.
16. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18:76–82, <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>.
17. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *J Amer Med Assoc*. 1999;282:1737–44, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>.
18. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–70, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
19. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277–83, [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4).
20. Spielberger CD, Sydeman SJ. State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. En: Maruish ME, editor. *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ, USA: L. Erlbaum Associates; 1994. p. 292–321.
21. Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Casado MI, Escalona A. Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *An Psicol*. 1994;10:199–216.
22. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771–6.
23. Alemán JF, Rueda B. Factores asociados con la vulnerabilidad emocional y la baja adherencia al tratamiento en la hipertensión esencial. *Bol Psicol*. 2014;112:35–52 [consultado 1 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N112-2.pdf>.
24. Martín L, Bayarre HD, Grau JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cub Salud Pública*. 2008;34 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012).
25. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence and long-term predictive validity of blood pressure control. *Med Care*. 1986;24:67–74.
26. Moser DK, Dracup K, Mckinley S, Yamasaki K, Kim CJ, Riegel B, et al. An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. *Psychosom Med*. 2003;65:511–6, <http://dx.doi.org/10.1097/01.PSY.0000041543.74028.10>.
27. Ronzanski A. Psychosocial risk factors and cardiovascular disease: Epidemiology, screening, and treatment considerations. *CVIA*. 2016;1:417–31.
28. Chan IWS, Lai JCL, Wong KWN. Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychol Health*. 2006;21:335–49.
29. Bautista LE, Vera-Cala LM, Colombo C, Smith P. Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *Am J Hypertens*. 2012;25:505–11.
30. Pajak A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, de Smedt D, de Bacquer D, EUROASPIRE Study Group. Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: The EUROASPIRE III Study. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20:331–40.