



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 4

Diciembre de 2022

## EL PAPEL DE LA ANSIEDAD Y EL AFRONTAMIENTO EN LA ADHERENCIA A LA ALIMENTACIÓN CARDIOSALUDABLE: UNA VISIÓN PSICOSOCIAL EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Jessica Berenice Flores-Mendoza<sup>a1</sup>, Marcoantonio Villanueva Bustamante<sup>b</sup>, Sara Minory Méndez-González<sup>c</sup>, Sharab Vázquez-Pérez<sup>a</sup>, Fernando Tenorio-Bautista<sup>d</sup>, Rolando Díaz-Loving<sup>a</sup>, José Luis Aceves Chimal<sup>e</sup>.

### RESUMEN

La cardiopatía isquémica (CAD) es una de las principales causas de mortalidad en México y a nivel mundial. Su desarrollo se relaciona con factores psicosociales como la ansiedad y los estilos de afrontamiento frente a la enfermedad y la alimentación. Por lo cual, intervenciones que implementen estrategias de alimentación cardiosaludable y manejo del estrés, ayudan para garantizar una adherencia óptima al tratamiento médico y psicológico. El objetivo del estudio fue relacionar el afrontamiento a la alimentación cardiosaludable y la ansiedad con la adherencia a la alimentación cardiosaludable y determinar las diferencias entre grupos a partir del tipo de afrontamiento y la ansiedad en pacientes con CAD. Participaron 309 pacientes mexicanos de un rango de edad de 30- 82 años (M= 52, DT= 12.5) a quienes se les evaluó a través del Cuestionario de alimentación cardiosaludable (PREDIMED), Escala de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable y Escala de ansiedad hospitalaria. Se realizó un análisis de producto momento de Pearson y un análisis de varianza (ANOVA) con un diseño 2 x 4. Los resultados mostraron relaciones significativas moderadas entre las variables. Además, se reportó la presencia de diferencias entre los

<sup>a</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México. [redapsic7@gmail.com](mailto:redapsic7@gmail.com)

<sup>b</sup> Universidad de la Frontera, Chile. [marcopsic95@gmail.com](mailto:marcopsic95@gmail.com)

<sup>c</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México. [psic.saramndez@gmail.com](mailto:psic.saramndez@gmail.com)

<sup>d</sup> Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México. [fer24tenorio@gmail.com](mailto:fer24tenorio@gmail.com)

<sup>e</sup> Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México. [luis.aceves@issste.gob.mx](mailto:luis.aceves@issste.gob.mx)

grupos de ansiedad severa contra los grupos sin ansiedad, con ansiedad leve y moderada.

**Palabras clave:** *cardiopatía isquémica, alimentación cardiosaludable, salud mental, ansiedad, afrontamiento.*

## THE ROLE OF ANXIETY AND COPING IN ADHERENCE TO HEART-HEALTHY EATING: A PSYCHOSOCIAL VIEW IN ISCHEMIC HEART DISEASE

### ABSTRACT

Ischemic cardiomyopathy (CAD) is one of the main causes of mortality in Mexico and worldwide. Its development is related to psychosocial factors such as anxiety and coping styles in relation to illness and eating. Its development is related to psychosocial factors such as anxiety and coping styles in relation to the disease and nutrition. Therefore, interventions that implement heart-healthy eating strategies and stress management help to ensure optimal adherence to medical and psychological treatment. The aim of the study was to relate coping with heart-healthy eating and anxiety to adherence to heart-healthy eating and to determine the differences between groups based on the type of coping and anxiety in patients with CAD. A total of 309 Mexican patients aged 30-82 years ( $M= 52$ ,  $SD= 12.5$ ) participated and were evaluated by means of the Heart-healthy Eating Questionnaire (PREDIMED), the Coping to Heart-healthy Eating Scale and the Hospital Anxiety Scale. Pearson's product moment analysis and analysis of variance (ANOVA) were performed with a 2 x 4 design. The results showed moderate significant relationships between the variables. In addition, the presence of differences between the severe anxiety groups versus the no anxiety, mild anxiety and moderate anxiety groups was reported.

**Keywords:** *ischemic cardiomyopathy, heart-healthy diet, mental health, anxiety, coping.*

Se agradece al Servicio de Cirugía Cardiorácica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); Beca Doctoral No. CVU 814786. Los participantes declaran que no existe conflicto de intereses.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se definen como el grupo de enfermedades que afectan la función óptima del corazón, el sistema vascular y que generan secuelas, las cuales producen un pobre suministro de sangre al organismo. La mayor carga de mortalidad la posee la cardiopatía isquémica (CAD por sus siglas en inglés *coronary artery disease*) con alrededor del 82 %, el accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico, así como la insuficiencia cardiaca.

La CAD es una enfermedad causante de una alta mortalidad y morbilidad a nivel nacional e internacional, tan sólo en 2017 la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) estableció a México como el país con la mayor mortalidad por infarto agudo al miocardio (Borrayo-Sánchez et al., 2020). Por otra parte, según la cuarta definición internacional de infarto al miocardio, este tiene como fisiopatología principal la ruptura de una placa de ateroma (Thygesen, 2019). Al manifestarse este evento se precipitan los siguientes síntomas: dolor torácico que puede o no irradiarse al cuello, mandíbula o brazo izquierdo, disnea, vómito, fatiga, palpitaciones o desmayo (Ibáñez et al., 2017; Reed et al., 2017).

Estadísticamente en el mundo ocurre un ataque al corazón cada 4 segundos y en México cada 3 minutos (Rosas-Peralta et al., 2017). Debido a esto, es importante identificar aquellas variables (factores de riesgo cardiovascular) que predisponen a los pacientes a desarrollar una ECV.

Los factores de riesgo cardiovascular son una característica biológica, condición y/o comportamiento que aumenta la probabilidad de desarrollar alguna ECV o fallecer a causa de ésta (Areiza et al., 2018; Castro y Ortega, 2017; Texas Heart Institute, 2021). Estos factores de riesgo se clasifican en dos grupos: los no modificables (el género, la herencia, los antecedentes familiares y la edad) y los modificables (el tabaquismo, el alcoholismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias, la obesidad, el sobrepeso, la alimentación no saludable, la falta de actividad física y los factores de riesgo psicosocial), los cuales se caracterizan por ser capaces de cambiar en función del tratamiento farmacológico y conductual, adecuando y mejorando los estilos de vida, reduciendo el número de eventos isquémicos antes de las primeras manifestaciones clínicas (prevención primaria) o después (prevención secundaria) (Cisneros y Carranza, 2013; Areiza et al., 2018; Gualpa et al., 2018; Gutiérrez, 2019; Jordá, 2019; Elizondo et al., 2020; OPS, 2021; Texas Heart Institute, 2021; American Heart Association, 2022).

Una de las mejores medidas para intervenir en el tratamiento y prevención en la historia natural de la enfermedad isquémica, es a través de la dieta cardiosaludable, la cual ayuda a modificar múltiples factores de riesgo como la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y la hipertensión. De acuerdo con Piepoli et al. (2016) una dieta

cardiosaludable se compone por lo siguiente:

1. Consumo de ácidos grasos saturados correspondientes a menos del 10% de la ingesta total de energía
2. Ingesta menor de 5 g de sal al día
3. Ingesta de por lo menos 30-45 g de fibra al día
4. Consumo de al menos 200 g de fruta al día
5. Consumo de más de 200 g de verduras por día
6. Ingesta de pescado por lo menos de 1-2 veces a la semana
7. Disminución del consumo de bebidas con alcohol a 20 g al día para los hombres y 10 g al día para las mujeres
8. Limitación del consumo de ácidos grasos trans e insaturados.

Debido a esto, se ha intentado implementar dietas que han demostrado a lo largo del tiempo múltiples beneficios en pacientes con ECV, las dos más popularmente usadas son la dieta mediterránea y la dieta DASH que por sus siglas en inglés significa "dietary approach to stop hypertension".

La dieta mediterránea consiste en un alto consumo de aceite extra virgen, vegetales, frutas, cereales, leguminosas, así como un consumo moderado de carne y alcohol, principalmente vino. Esta dieta en diferentes estudios fue asociada a una disminución del riesgo cardiovascular comparada con el estilo de dieta de otras partes del mundo, después de un seguimiento de 25 años (Bergwerk et al., 2021). Además, los diferentes autores concluyen en que este tipo de dieta mejora la tensión arterial, la cantidad de lípidos, la función endotelial y promueve la disminución de grasa visceral lo cual se ve directamente relacionado a la disminución del riesgo de CAD y el desarrollo de síndrome metabólico, aplicada como prevención primaria o secundaria a estas enfermedades (Davis et al., 2015).

Por otro lado, de acuerdo con la American Heart Association la dieta DASH está dirigida principalmente a la disminución de peso y a la restricción del consumo de sodio, diferentes estudios muestran que la disminución de 10 kg de peso corporal se ve reflejado en una reducción entre 5 y 20 mmHG en la presión arterial, además conlleva a una reducción de las grasas, carne roja, carbohidratos y productos de

origen animal (Sosa-Rosado, 2010; Juraschek et al., 2017; Bergwerk et al., 2021). Con base en lo anterior, el tratamiento de las ECV y sobre todo de la CAD, se debe abordar desde el trabajo multidisciplinario debido a la diversidad de los factores de riesgo, por lo que además de las medidas dietéticas y farmacológicas, se requiere de la modificación de comportamientos, lo cual puede ser complejo debido a que conlleva tiempo el adaptarse y comprende un conjunto de cambios por los que atraviesa el paciente (Rodríguez, 2018; OPS, 2019). Durante este proceso se requiere de una intervención, ya que éstos presentan secuelas físicas, psicológicas y sociales que repercuten en su calidad de vida, lo que puede generar insatisfacción, malestar psicológico y/o psicopatologías (Rodríguez, 2019).

En este sentido, los principales factores de riesgo psicosocial en los que se debe prestar atención son el estrés, la ansiedad y la depresión, debido al riesgo que representan para la salud del paciente con CAD, ya que están expuestos a cambios físicos, psicológicos y sociales debido al tratamiento, lo cual a su vez repercute en la adaptación de un nuevo estilo de vida (Smith y Blumenthal, 2011; Carvalho et al., 2016; Castro y Ortega, 2017).

Diferentes estudios han planteado que los factores de riesgo psicosocial juegan un papel importante en el desarrollo y evolución, así como en la morbilidad y mortalidad de las ECV (García-Batista et al., 2020; Kollia et al., 2017; Mathur et al., 2016; Schnohr et al., 2015; Stoney et al., 2018). Un claro ejemplo es la ansiedad, definida como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura que se expresa a nivel fisiológico, cognitivo y conductual (Anguiano et al., 2017; Sue et al., 2010) y con base en el DSM-5 (2014) se caracteriza por síntomas como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, aceleración de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblor, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestia en el tórax, náuseas, malestar abdominal, mareos, desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización, despersonalización, miedo a perder el control y/o miedo a morir.

La ansiedad se relaciona con las ECV incrementando el riesgo de presentar episodios isquémicos, arritmias y vulnerando la resistencia inmunológica, teniendo efectos negativos sobre la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento

y la rehabilitación cardiovascular (Anguiano et al., 2017; Rodríguez, 2018).

De acuerdo con el estudio de Watkins et al., (2013) en 934 pacientes con cardiopatía coronaria, que evaluó el papel explicativo de la ansiedad y su comorbilidad con la depresión para determinar el riesgo de mortalidad, mostró que los pacientes con síntomas de ansiedad elevada tienen el doble de riesgo de mortalidad y el riesgo se triplica cuando existe una comorbilidad con depresión. Por otro lado, un estudio realizado por Hernández et al. (2014) en 28 pacientes mexicanos con insuficiencia cardiaca, que describió y correlacionó las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud, mostró que el 25% no presentó ansiedad, el 50% tuvo niveles leves a moderados y el 25% restante presentó niveles severos, mostrando una relación negativa entre la ansiedad y la depresión con la calidad de vida relacionada a la salud.

Comúnmente la ansiedad ha sido caracterizada por ser un estado psicofisiológico perjudicial, sin embargo, puede ser protectora cuando acciona ante las respuestas que le hacen frente, sin embargo, es desadaptativa cuando persiste a tal grado que el individuo no puede funcionar de manera efectiva en su vida, trayéndole consecuencias negativas en su salud cardiovascular (Moser, 2007). Damares et al., (2018) realizaron un estudio en 111 pacientes con ECV, que identificó la presencia de compulsión alimenticia, así como su relación con variables sociodemográficas, clínicas y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Los resultados de su estudio mostraron niveles moderados de ansiedad y depresión, acompañados de compulsión alimenticia, la cual se asoció a valores elevados de IMC.

Asimismo, un estudio de Cruz-González et al. (2019) en 183 pacientes mexicanos con enfermedades cardiometabólicas (sobrepeso, obesidad, intolerancia o resistencia a la glucosa, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis carotídea, entre otras) determinó la relación entre ansiedad y riesgo cardiovascular, mostrando que la mayoría de los pacientes (mujeres) con resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, hipertensión y disfunción endotelial presentaron ansiedad leve. Sin embargo, no encontraron relación directa entre la ansiedad y el riesgo cardiovascular, aunque la ansiedad tuvo una asociación media con la presión arterial diastólica ante el ortostatismo.

Finalmente, Perafán-Bautista et al. (2020) realizaron un estudio en 1221 pacientes colombianos con hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedad coronaria de un programa de rehabilitación cardíaca, determinando el efecto de dicho programa con base en los puntajes de ansiedad y depresión de pacientes con ECV. Los resultados mostraron que 56% y 90% de los pacientes con sintomatología de ansiedad y depresión (moderada a severa, respectivamente) cambiaron a una categoría de normalidad ( $p= 0,016$ ), indicando que la prevalencia de ansiedad en estos pacientes después del alta hospitalaria fue significativa y puede disminuir con ayuda de programas de rehabilitación cardíaca.

Con base en lo anterior es importante considerar variables de personalidad como las estrategias de afrontamiento, que expliquen cuáles son los recursos psicológicos que caracterizan a las personas con CAD ante conductas específicas de salud, relacionadas con su tratamiento conductual, que a su vez les permitan hacerle frente a su enfermedad y a los factores de riesgo psicosocial presentes.

Lazarus y Folkman (1986), definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. De acuerdo con Macías et al., (2013) el afrontamiento se considera como una forma de manejar situaciones que pueden generar estrés, busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones para resolver la situación estresante.

Como refieren Castro et al., (2017), existen diversos estilos de afrontamiento, los enfocados en la emoción y los enfocados en el problema, los primeros comprenden la búsqueda de apoyo social desde la moral, la aceptación (asumir el problema), acudir a la religión y negación (negar que exista el problema). Mientras que los enfocados al problema se dividen en afrontamiento activo y afrontamiento demorado. El afrontamiento activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales. El afrontamiento demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad

apropiada para actuar de forma no prematura. Un afrontamiento inadecuado puede agravar la intensidad del estrés percibido y producir repercusiones negativas tanto en el área emocional como en el rendimiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Un estudio realizado por Figueroa et al. (2017), en 62 pacientes mexicanos con diagnóstico de CAD, candidatos a cirugía de revascularización cardiaca (bypass cardiaco), relacionó la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento ante la cirugía, mostrando una relación positiva entre la ansiedad preoperatoria (sentimientos de aprehensión, nerviosismo y alta excitación autónoma) y la estrategia de afrontamiento de preocupación emocional. Por otro lado, Trejo y Reyes (2020) realizaron un estudio en 130 pacientes mexicanos con CAD, el cual relacionó el estrés familiar y los estilos de afrontamiento individual con la adherencia terapéutica. Los resultados mostraron ausencia de correlación en las variables de estudio, sin embargo, el afrontamiento pasivo predominó en 53% de los pacientes, el afrontamiento activo representó el 47% del total de la muestra, así mismo el 94% de los pacientes presentó adherencia terapéutica subóptima.

Aunado a esto, Zavala et al., (2015), desarrollaron un estudio experimental en pacientes mexicanos con CAD (infarto agudo al miocardio y angina de pecho estable e inestable) y un grupo control conformado por 150 personas sin diagnóstico de enfermedad, el cual relacionó los estresores y los estilos de afrontamiento con la CAD y realizó una comparación en los estilos de afrontamiento entre los pacientes, mostrando que los principales estresores para los pacientes con diagnóstico de CAD se refirieron a tres áreas de la vida: laboral, pérdidas-salud, problemas con la familia y economía. Todos los estresores exceptuando el área social-legal, correlacionaron positivamente con culpa, negación-evasión y distanciamiento, así mismo las diferencias entre el grupo de pacientes y controles, mostraron que la negación-evasión, el distanciamiento y la culpa tuvieron calificaciones estadísticamente significativas sólo para los pacientes con CAD.

Así mismo Valls y Rueda (2013), realizaron un estudio en 107 pacientes con patologías cardíacas (insuficiencia cardiaca, pericarditis, angina de pecho, valvulopatía, arritmias, fibrilación, cirugía bypass, catéter o trasplante y CAD), para predecir la calidad de vida a partir de los rasgos de personalidad y estrategias de

afrontamiento, además de relacionar estas últimas con el nivel de calidad de vida. Los resultados mostraron que la personalidad (estabilidad como rasgo de personalidad) tuvo una correlación positiva baja con la calidad de vida y el bienestar y a su vez fue el rasgo de personalidad que mayor peso tuvo en la predicción de la calidad de vida global, así mismo encontraron una correlación positiva baja entre la estabilidad emocional y las estrategias de afrontamiento de reevaluación y aceptación y correlaciones negativas bajas entre estabilidad emocional y las estrategias de desenganche mental, ventilación y culpa.

Finalmente, una investigación realizada por Saavedra et al., (2021), en 369 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma bronquial, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, insuficiencia renal crónica y CAD) determinó el estilo de afrontamiento (centrado en el problema y en la emoción) hacia estas enfermedades, mostrando que el 58.27% de los pacientes tuvieron un estilo de afrontamiento centrado en el problema y el 50.23% utilizó como estrategia la autodistracción. Respecto al estilo de afrontamiento centrado en la emoción, corresponde al 41.73% del total de la muestra y la estrategia de afrontamiento más empleada por ellos fue la aceptación con el 79.22%.

De esta manera, el objetivo fue relacionar el afrontamiento a la alimentación cardiosaludable y la ansiedad con la adherencia a la alimentación cardiosaludable y determinar las diferencias entre grupos a partir del tipo de afrontamiento y la ansiedad en pacientes diagnosticados con cardiopatía isquémica.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra fue de tipo no probabilística a conveniencia y estuvo conformada por 309 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York NYHA (McMurray et al., 2012), de un Hospital de Salud Pública del Tercer Nivel de Atención de la Ciudad de México. Participaron hombres y mujeres mayores de 18 años que firmaron el consentimiento informado y aviso de privacidad, excluyéndose aquellos pacientes con trastornos

neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no supieran leer y escribir.

Los participantes se encontraban entre los 30 y 82 años ( $M= 52$  años,  $DE= 12.15$ ), de los cuales 43% fueron mujeres y 57% hombres. Con respecto a su estado civil 28.2% fueron solteros, 53.4% casados, 8% en unión libre, 5.2% viudos y 5.2% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 13% se dedicaban al comercio, 29% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 72% eran creyentes o practican alguna religión y el 28% ateos.

#### Diseño

Se planteó un estudio no experimental, con un enfoque cuantitativo y alcance descriptivo correlacional de tipo transversal (Kerlinger y Lee, 2002).

#### Medidas

a) *Cuestionario de adherencia a alimentación cardiosaludable PREDIMED*: conformado por 23 reactivos que miden el consumo de alimentos cardiosaludables (harinas y cereales, frutas y verduras, grasas, pan, lácteos, legumbres, sopas, pescado, marisco, carnes, huevos, conservadores, aderezos, dulces, frutos secos, alimentos preparados, aperitivos, bebidas y alcohol) con tres opciones de respuesta: “a diario, más de 4 raciones por semana”, “menos de 3 raciones por semana” y “excepcionalmente nunca”, con puntajes que van de 0, 3 y 7. Cuanto más cercano sea el resultado final a 0, mayor cumplimiento de las recomendaciones de una dieta cardiosaludable. Originalmente el Predimed tiene 26 reactivos, pero para calcular la confiabilidad se excluyeron los reactivos 14, 15 y 18 debido a que no influyen en el cálculo del indicador total y no proporcionan varianza. Los reactivos 1, 9, 10 y 22 fueron invertidos con un alfa de Cronbach global de .67. Este cuestionario fue adaptado del original desarrollado por Cámara et al., 2014.

b) *Escala de estilos de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable*: conformada por 15 reactivos (adaptados en este estudio a partir de la revisión de literatura de Zavala et al., 2008) que miden las estrategias de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable. El concepto conductual que se evalúa en los primeros cuatro reactivos es el de evasión, los siguientes cuatro reactivos evalúan

la autofocalización negativa y los siete reactivos restantes evalúan el análisis cognitivo reflexivo en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., *“Intente sentirme mejor haciendo mi dieta cardiosaludable”*). Se responde en una escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta: *“0 = No de ninguna manera”, “1 = En alguna medida”, “2 = Generalmente, usualmente”, “3 = Siempre, en gran medida”*. Cuanto más cercano es a tres, mayor describe el estilo de afrontamiento utilizado hacia la alimentación cardiosaludable. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .85 para el factor de evasión, un alfa de Cronbach de .78 para el factor de autofocalización negativa y un alfa de Cronbach de .91 para el factor de análisis cognitivo reflexivo, así mismo un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena y 68% de la varianza acumulada.

c) *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)*: la escala es una herramienta auto aplicada conformada por 14 reactivos, cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto en la ansiedad como en la depresión, se considera normal la puntuación de 0 a 7; como dudosa la que va de 8 a 10. Con un alfa de Cronbach de .68 a .93 para el factor de sintomatología ansiosa y de .67 a .90 para sintomatología depresiva y un alfa de Cronbach global de .94 y una varianza explicada del 59.6%. Versión validada por Herrera et al. (2018) en población mexicana, confiabilizada en pacientes con CAD.

### Procedimiento

Se contactó a través de una llamada telefónica a los pacientes con diagnóstico de CAD de un hospital de Salud Pública del tercer nivel de atención, que cumplieran con los criterios de inclusión de esta investigación. En la que se agendó cita de manera virtual con fecha y hora específica, informándoles sobre el objetivo del estudio e invitándoles a participar, si aceptaban se les pedía que firmaran la carta de Consentimiento Informado y el Aviso de Privacidad (la cual se les enviaba a sus correos electrónicos), asegurando la confidencialidad y anonimato de sus datos.

Debido a la pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19), la aplicación de los instrumentos se realizó mediante la plataforma en línea de Google Forms y la plataforma de ZOOM, teniendo una duración de 30 minutos en total. Antes de iniciar la evaluación se le pedía al participante que estuviera en un espacio con adecuada

conexión a internet, después se le solicitaba activar su micrófono para comenzar la evaluación donde se le daba a conocer cada una de las instrucciones de los instrumentos (escala de estilos de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable, escala de ansiedad hospitalaria y el cuestionario de adherencia a la alimentación cardiosaludable) con sus respectivas opciones de respuesta. Al finalizar la evaluación se les agradecía su participación y se concluía la videollamada.

La investigación se llevó a cabo conforme a los lineamientos éticos expresados en la Declaración de Helsinki de 1975 y fue aprobada por los comités locales de Investigación, Ética y Bioseguridad con registro número 463.2020 de un hospital de Salud Pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México.

#### Estrategia de análisis de datos

Una vez aplicadas las escalas, se procedió a la captura de los datos en el paquete SPSS V25. Se realizó un análisis de correlación producto momento de Pearson con la intención de determinar las relaciones entre las variables independiente (Afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable, Ansiedad) y la dependiente (Adherencia a la alimentación cardiosaludable).

Una vez establecidas las relaciones entre las variables, se procedió a realizar el análisis de varianza (ANOVA) con un diseño 2 x 4. Para tal proceso cada uno de los factores de afrontamiento fue dicotomizado; dividiendo la muestra por la media entre altos y bajos para cada factor de afrontamiento y mediante la clasificación de ansiedad de los participantes. Posteriormente se realizó un análisis de varianza, con la finalidad de determinar los efectos presentes entre las variables. Todos los análisis contaron con valor de  $p < 0.05$  para considerarse significativo.

#### RESULTADOS

El análisis de correlación producto momento de Pearson indicó la presencia de relaciones significativas moderadas entre las variables, estas pueden ser observadas en la Tabla 1.

Tabla 1  
*Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable, la ansiedad y la adherencia a la alimentación cardiosaludable.*

	1	2	3	4	5
1. Adherencia a la alimentación cardiosaludable	1	-.178**	.093	-.174**	.151**
2. Ansiedad		1	-.041	.216**	-.080
3. Evasión			1	.326**	-.149**
4. Autofocalización negativa				1	.082
5. Análisis cognitivo reflexivo					1

*Nota 1:* \*\* La correlación es significativa a .01

Para conocer si hay diferencias entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis de varianza, los resultados de este pueden observarse en la Tabla 2.

Tabla 2  
*Análisis de varianza de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable*

		F	GI	p	p <sup>2</sup>
M1	Evasión	.679	1,301	.411	.002
	Ansiedad	20.66	3,301	.001	.171
	Evasión. Ansiedad	.759	3,301	.411	.002
M2	Autofocalización negativa	1.379	1,301	.242	.005
	Ansiedad	4.542	3,301	.004	.043
	Autofocalización negativa. Ansiedad	.582	3, 301	.627	.006
M3	Análisis cognitivo reflexivo	9.369	1,301	.002	.030
	Ansiedad	18.211	3,301	.001	.154
	Análisis cognitivo reflexivo. Ansiedad	1.088	3, 301	.354	.011

*Nota:* n=309. Intervalo de confianza = .95

Debido a que únicamente la ansiedad resultó ser significativa, se realizó un análisis de varianza de un factor para determinar las diferencias entre los grupos. La prueba indicó ser significativa, el análisis post-hoc evaluado a través de la prueba de Gabriel indicó la presencia de diferencias entre los grupos de ansiedad severa contra los grupos sin ansiedad, con ansiedad leve y moderada. En la Tabla 3 puede observarse la media y la desviación estándar de cada grupo.

Tabla 3  
*Diferencias entre los grupos de ansiedad*

<b>Categoría de Ansiedad</b>	<b>M</b>	<b>D.E.</b>
Sin ansiedad	53.76	16.530
Ansiedad leve	51.98	16.188
Ansiedad moderada	55.04	15.164
Ansiedad severa	77.81	37.477

*Nota:* M=Media, D.E. =Desviación estándar

## DISCUSIÓN

Los resultados encontrados a partir de los análisis estadísticos realizados indican que sí hay correlaciones entre las variables de estudio. Mostrándose una correlación negativa entre la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la ansiedad. En este sentido, estos resultados son similares a otras investigaciones realizadas en pacientes con ECV, donde se han obtenido correlaciones negativas entre la ansiedad y la adherencia a la dieta, mostrando que la presencia de factores de riesgo, como la ansiedad y la depresión, dificultan la modificación de los estilos de vida (Alemán y Rueda, 2019; Pająk et al., 2013).

Además, se encontró una correlación negativa entre la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la estrategia de autofocalización negativa (enfocarse como responsable del problema en lo negativo de sí mismo, siendo un estilo de afrontamiento desadaptativo emocional). Contrario a lo que se reporta en el estudio realizado por Trejo y Reyes (2020), donde no se encontró asociación entre el afrontamiento pasivo (desadaptativo emocional) con la adherencia terapéutica subóptima en pacientes con CAD.

Por otra parte, se mostró una correlación positiva entre la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la estrategia de análisis cognitivo reflexivo (hecho

que implica realizar un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo). Coincidiendo con el estudio realizado por Patten et al. (2021) en pacientes diabéticos e hipertensos, el cual obtuvo correlaciones positivas entre la adherencia al tratamiento (autoeficacia, control de ingesta de medicamentos y alimentos, y seguimiento médico-conductual) y el afrontamiento centrado en el problema vinculado a la autorreflexión).

Finalmente, al realizarse el análisis de diferencia de grupos, la ansiedad resultó ser significativa, indicando la presencia de diferencias entre los grupos de ansiedad severa contra los grupos sin ansiedad, con ansiedad leve y moderada. De acuerdo con los datos que se obtuvieron en esta investigación se apreció que los pacientes con CAD presentaron síntomas severos de ansiedad, lo cual es un factor de riesgo importante para la evolución de la enfermedad (García-Batista et al., 2020; Kollia et al., 2017; Mathur et al., 2016; Schnohr et al., 2015; Stoney et al., 2018). Además, la presencia de ansiedad ha mostrado efectos negativos sobre la adherencia al tratamiento y la rehabilitación cardiovascular (Anguiano et al., 2017; Rodríguez, 2018), como se observó en este estudio con la adherencia a la alimentación cardiosaludable, que funge como un factor cardioprotector y de prevención secundaria para los pacientes, debido a que forma parte fundamental del tratamiento para mejorar el estilo de vida y reducir los eventos isquémicos y el riesgo de muerte (Cisneros y Carranza, 2013; Areiza et al., 2018; Jordá, 2019; Elizondo et al., 2020; OPS, 2021; Texas Heart Institute, 2021).

Lo que lleva a considerar la importancia de implementar intervenciones psicológicas para abordar factores psicosociales, como lo son la ansiedad y el afrontamiento, así como la modificación de la conducta para generar estilos de vida saludables, disminuir los niveles de ansiedad y enseñar a los paciente a desarrollar herramientas funcionales y adaptativas para su condición médica, mejorando significativamente la calidad de vida y el bienestar del paciente (Gualpa et al., 2018; Gutiérrez, 2019; Perafán-Bautista et al., 2020; Valls y Rueda, 2013).

Como refiere Lizama-Lefno (2016), se deben retomar y trabajar los mecanismos de control del estrés, las estrategias de afrontamiento frente a hechos vitales estresantes, los mecanismos de autorregulación y el manejo emocional, ya que se

han transformado en una de las grandes necesidades de la población a nivel mundial con ECV. La integración de psicólogos clínicos dentro de las instituciones hospitalarias y la formación de equipos de trabajo multidisciplinarios, puede garantizar un mejor servicio de atención e intervención para los pacientes, desde la modificación de aspectos conductuales, emocionales y psicosociales, favoreciendo la participación y el seguimiento de los mismos, además de la implementación de estrategias y el desarrollo de habilidades interpersonales, culturales y de comunicación, lo cual permitirá diseñar modelos para explicar la incidencia del fenómeno de las enfermedades crónico degenerativas, implementando modelos de intervención para pacientes con CAD que permitan modificar su conducta y reestructurar sus cogniciones en torno a la condición médica.

Una de las principales limitaciones y sugerencia para el desarrollo de estudios futuros, sería el uso y la implementación de TIC's ya que el desarrollar un instrumento dentro de plataformas digitales y proporcionarlo a los usuarios puede ser complejo si no cuentan con la estructura de comunicación y el conocimiento básico en herramientas digitales, además de limitar la participación en ocasiones por falta de este recurso. Otra sugerencia para próximos estudios es realizar una evaluación Pre-Post que permita analizar los resultados obtenidos a través de una intervención para realizar comparaciones y desarrollar modelos explicativos conforme a la población de estudio, considerando variables sociodemográficas, psicosociales, culturales y de salud mental. Se agradece al Servicio de Cirugía Cardiorácica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); Beca Doctoral No. CVU 814786. Los participantes declaran que no existe conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemán, J. F. y Rueda, B. (2019). Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Atención Primaria*, 51(9), 529-535. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.003>
- American Heart Association. (2022). *Marcando los 7 pasos para mi salud*. <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/my-life-check--lifes-simple-7/marcando-los-7-pasos-para-me-salud>
- Anguiano, S., Mora, M., Reynoso, L. y Vega, C. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*, 14(1), 24-38. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf#:~:text=Durante%20una%20hospitalizaci%C3%B3n%2C%20el%20paciente.y%20de%20su%20vida%20cotidiana.>
- Areiza, M., Osorio, E., Ceballos, M. y Amariles, P. (2018). Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Revista Colombiana de cardiología*, 25(2), 162-168. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª Ed). Editorial Médica Panamericana.
- Bergwerk, M., Gonen, T., Lustig, Y., Amit, S., Lipsitch, M., Cohen, C., Mandelboim, M., Levin, E. G., Rubin, C. Indenbaum, V., Tal, I., Zavitan, M., Zuckerman, N., Bar-Chaim, A., Kreiss, Y. y Regev-Yochay, G. (2021). Covid-19 breakthrough infections in vaccinated health care workers. *New England Journal of Medicine*, 385(16), 1474-1484. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2109072>
- Borrayo-Sánchez, G., Alcocer-Gamba, M. A., Araiza-Garaygordobil, D., Arias-Mendoza, A., Aubanel-Riedel, P., Cortés-Lawrenz, J., González-Juanatey, J. R., Gutiérrez-Fajardo, P., Martín-Hernández, P., Martínez-Ramírez, L., Merino-Rajme, J. A., Muñoz-Carrillo, J. M., López-Pais, J., Parra-Michel, R., Piña-Reyna, Y., Ortiz-Fernández, P., Ramírez-Arias, E., Robles-Rangel, M. A., Rosas-Peralta, M., Rangel-Velázquez, R., Palami-Antúnez, D., López-Ridaura, R. y Reyes-Terán, G. (2020). Guía práctica interinstitucional para el tratamiento del infarto agudo de miocardio. *Gaceta médica de México*, 156(6), 569-579. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000372>
- Cando, C. J. y Bermeo, B. I. (2016). Afrontamiento del tratamiento de hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica de un centro de hemodiálisis privado de la ciudad de Guayaquil [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santiago Guayaquil]. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7583/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-359.pdf>

- Carvalho, I. G., Bertolli, E. S., Paiva, L., Rossi, L. A., Dantas, A. S. y Pompeo, D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24, 1-10.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>
- Castro, N. S., Gómez, R. M., Lindo, W. E., y Vega, M. C. (2017). *Estilos de afrontamiento al estrés e inteligencia emocional en la mujer ejecutiva en Lima metropolitana*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/8066>
- Castro-Serralde, E. y Ortega-Cedillo, P. (2017). Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 25(3), 189-200.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173f.pdf>
- Cisneros, L. y Carranza, E. (2013). Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(3), 369-378.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n4/mgi10413.pdf>
- Cruz-González, M. L., López-Correa, S. M. y Carranza-Madrugal, J. (2019). Ansiedad y riesgo cardiovascular. *Med Int Méx*, 35(6), 877-884.  
<https://doi.org/10.24245/mim.v35i6.2815>
- Dameres, G., Alcalá, D., Palota, L., Bernardi, C., Pinto, M. y Paiva, L. (2018). Relación entre sintomatología ansiosa, depresiva y compulsión alimenticia en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, 1-9.  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/kZ3pifp9R6LZXYhvpvzq3rkd/?lang=es&format=pdf>
- Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J. y Murphy, K. (2015). Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. *Nutrients*, 7(11), 9139–9153.  
<https://doi.org/10.3390/nu7115459>
- Elizondo, D., Amador, K., Ureña, F., Robledo, A., Canales, E. y Vallanero, M. (2020). Factores de riesgo cardiovascular. *Revista Ciencia y Salud: Integrando Conocimientos*, 4(1), 4-6.  
<http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/108/188>
- Figueroa López, C., Mora Osorio, R., y Ramos del Río, B. (2017). Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(1), 5-9.  
<http://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/64541/56671>

- García-Batista, Z., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S., Flores-Kanter, O. y Medrano, L. (2020). Depresión, ansiedad e ira en adultos que sufrieron ataque al miocardio: un estudio de caso-control. *Revista de Psicología (PUCP)*, 38(1), 223-242.  
<https://dx.doi.org/10.18800/psico.202001.009>
- Gualpa, M., Sacoto N., Gualpa M., Cordero, G. y Álvarez, R. (2018). Factores de riesgo cardiovascular en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(2), 1-11.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2018/cmi182e.pdf>
- Gutiérrez, T. (2019). Factores psicosociales relacionados con la salud y el bienestar en pacientes con enfermedad cardiovascular [tesis de doctorado, Universidad de Córdoba]. <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/19197>
- Hernández, T., Figueroa, C., Ramos del Río, B. y Alcocer, L. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Psicología y Salud*, 24(1), 25-34.  
<https://doi.org/10.25009/pys.v24i1.717>
- Ibáñez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P. y Widimský, P. (2017). Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*, 70(12), 1-61.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.049>
- Jordá, A. (2019). *Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo psicosociales. Papel de la psicología clínica en la salud cardiovascular*. Área de Innovación y Desarrollo, S.L. <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2019.61>
- Juraschek, S. P., Miller, E. R., Weaver, C. M. y Appel, L. J. (2017). Effects of Sodium Reduction and the DASH Diet in Relation to Baseline Blood Pressure. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(23), 2841–2848. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.011>
- Kollia, N., Panagiotakos, D., Georgousopoulou, E., Chrysohoou, C., Yannakoulia, M., Stefanadis, C., Chatterji, S., Haro, J., Papageorgiou, C. y Pitsavos, C. (2017). Exploring the path between depression, anxiety and 10-year cardiovascular disease incidence, among apparently healthy Greek middle-aged adults: The ATTICA study. *Maturitas*, 106, 73-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.005>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.

- Lizama-Lefno, A. (2016). Multidisciplinariedad en el manejo de enfermedades crónicas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3).  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832016000300011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000300011)
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Mathur, R., Pérez-Pinar, M., Foguet-Boreu, Q., Ayis, S. y Ayerbe, L. (2016). Risk of incident cardiovascular events amongst individuals with anxiety and depression: A prospective cohort study in the east London primary care database. *Journal of Affective Disorders*, 206, 41-47.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.046>
- Moser, D. (2007). The rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 16(4), 361-369.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes OPS/NMH/19-001. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50805>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Enfermedades cardiovasculares*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Pajak, 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.  
<https://doi.org/10.1177/2047487312441724>
- Patten, A. C. S., Barros, D. M. B., Ochoa, J. D. C. y Rodríguez, Y. C. H. (2021). Identidad de la enfermedad y afrontamiento: su rol en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos e hipertensos; Ecuador 2019. *Centros: Revista Científica Universitaria*, 10(1), 17-37.  
<https://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/228/2281844002/index.html>
- Perafán-Bautista, P. E., Carrillo-Gómez, D. C., Murillo, Á., Espinosa, D., Adams-Sánchez, C., y Quintero, O. (2020). Effects of cardiac rehabilitation on the cardiovascular patient with anxiety. *Revista Colombiana de Cardiología*, 27(3), 193-200. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.08.003>.
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Coonery, M. T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S.,

- Hobbs, R., Lfchen, M., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D. J., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., Bart van der Worp, H., van Dis, I. y Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*, 74(9), 821-936. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Reed, G. W., Rossi, J. E. y Cannon, C. P. (2017). Acute myocardial infarction. *The Lancet*, 389, 197–210. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30677-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30677-8)
- Rodríguez, T. (2018). La Cardiopatía Isquémica y la situación actual del enfoque de género en esta problemática de salud. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 21(1-2), 33-41. <http://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72838/64270>
- Rodríguez, T. (2019). Pautas del intervencionismo psicológico en el proceso de rehabilitación cardiovascular se pacientes con enfermedades coronarias. *Revista Psicología Científica.com*, 17(05), 1-14. <http://www.psicologiacientifica.com/intervencionismo-psicologico-rehabilitacion-cardiovascular>
- Rosas-Peralta, M., Arizmendi-Uribe, E. y Borrayo-Sánchez, G. (2017). ¿De qué fallecen los adultos en México? Impacto en el desarrollo económico y social de la nación. La carga global de los padecimientos cardiovasculares. *Rev Med Inst Mex Seg Soc*, 55(1), 98-103. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297023>
- Saavedra, R., Blanco, M., Mariño, Y., Santisteban, L.Y. y Pérez, L. E. (2021). *Estilos de afrontamiento a las enfermedades crónicas no transmisibles* [ponencia]. Segundo congreso virtual de ciencias básicas biomédicas en Granma, Manzanillo, México. <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/File/251/188>
- Schnohr, P., Marott, J. L., Kristensen, T. S., Gyntelberg, F., Grønbaek, M., Lange, P., Jensen, M. T., Jensen, G. B. y Prescott, E. (2015). Ranking of psychosocial and traditional risk factors by importance for coronary heart disease: the Copenhagen City Heart Study, *European Heart Journal*, 36(22), 1385–1393. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv027>
- Smith, P. y Blumenthal, J. (2011). Psychiatric and Behavioral Aspects of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment. *Rev Esp Cardiol*, 64(10), 924-933. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2011.06.003>
- Sosa-Rosado, J. M. (2010). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(4), 241-244. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4>

- Stoney, C., Kaufmann, P. y Czajkowski, S. (2018). Cardiovascular disease: Psychological, social, and behavioral influences: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 73(8), 949-954.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000359>
- Sue, D., Wing, D. y Sue, S. (2010). Trastornos de ansiedad. En Psicopatología comprendiendo la conducta anormal (pp 117-174). CENGAGE Learning.
- Texas Heart Institute. (2021). *Factores de riesgo cardiovascular*.  
<https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A. y White, H. D. (2019). Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. *Rev Esp Cardiol*, 72(1), 1-27.  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.011>
- Trejo-Celaya N. G. y Reyes-Jiménez O. (2020). Estrés familiar y afrontamiento individual asociados a la adherencia terapéutica de pacientes con cardiopatía isquémica. *Aten Fam*, 27(3), 145-149.  
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.3.75897>
- Valls, E., y Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, 109, 51-72. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-3.pdf>
- Watkins, L., Koch, G., Sherwood, A., Blumenthal, J., Davidson, J., O'Connor, C. y Sketch, M. (2013). Association of Anxiety and Depression with All-Cause Mortality in Individuals with Coronary Heart Disease. *Journal of the American Heart Association*, 2(2), 1-10.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647264/>
- Zavala, L., Verdejo, M. y Díaz-Loving, R. (2015). Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía isquémica. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 7-15.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944230002>